

RÉORGANISATION SPATIALE DE L'HÔPITAL NEUCHÂTELOIS (HNE)

**Rapport final du
Comité de pilotage (COPIL)
du 29.03.2016**

Table des matières

1	Résumé	4
2	Introduction	6
3	Méthodologie	7
3.1	Organisation du projet	7
3.2	Objectifs du projet	7
3.3	Portée du projet	8
3.4	Démarche réalisée	8
4	Contexte	10
4.1	Systeme de santé	10
4.1.1	<i>Coûts de la santé</i>	11
4.1.2	<i>Réseau sanitaire</i>	11
4.1.3	<i>Place de l'hôpital dans le système de santé</i>	13
4.1.4	<i>Évolution technologique</i>	14
4.1.5	<i>Pénurie de personnel médico-soignant</i>	15
4.1.6	<i>Relève du personnel</i>	16
4.1.7	<i>Évolution de la relation médecin-patient</i>	17
4.2	Patient	18
4.2.1	<i>Évolution épidémiologique</i>	18
4.2.2	<i>Évolution démographique</i>	19
4.2.3	<i>Attentes et comportements des patients</i>	20
4.2.4	<i>Mobilité des patients</i>	21
4.3	Hôpital	23
4.3.1	<i>Virage ambulatoire</i>	23
4.3.2	<i>Hôpital hors des murs</i>	25
4.3.3	<i>Qualité</i>	26
4.3.4	<i>Spécialisation et segmentation</i>	27
4.3.5	<i>Réforme du financement hospitalier</i>	28
4.3.6	<i>Planification hospitalière</i>	29
4.3.7	<i>Stratégies hospitalières</i>	30
4.3.8	<i>Architecture hospitalière</i>	30
4.4	Environnement	32
4.4.1	<i>Aménagement du territoire</i>	32
4.4.2	<i>Mobilité</i>	33
4.4.3	<i>Économie résidentielle</i>	35
4.5	Hôpital neuchâtelois	35
4.5.1	<i>Situation actuelle et difficultés</i>	35
4.5.2	<i>Projet institutionnel 2015 - 2022</i>	36
5	Evolution à long terme de l'hne	37
5.1	Enjeux de l'hôpital de demain	37
5.2	Place de l'HNE	38
5.3	Activités de l'HNE	39
5.3.1	<i>Prestations</i>	39
5.3.2	<i>Policliniques</i>	40
5.3.3	<i>Intégration de la psychiatrie</i>	41
5.3.4	<i>Intégration des soins palliatifs spécialisés</i>	42
5.4	Dimensionnement de l'HNE de demain	42
6	Analyse des variantes	44
6.1	Patient	44
6.1.1	<i>Accessibilité</i>	44
6.1.2	<i>Disponibilité des prestations</i>	47
6.1.3	<i>Qualité et sécurité des soins</i>	48
6.1.4	<i>Information à la population</i>	49
6.2	Hôpital	49
6.2.1	<i>Place de l'HNE dans le réseau hospitalier</i>	49

6.2.2	<i>Qualité</i>	50
6.2.3	<i>Impact sur les prestations</i>	51
6.2.4	<i>Économicité</i>	54
6.3	Environnement	55
6.3.1	<i>Mobilité</i>	55
6.3.2	<i>Aménagement du territoire</i>	55
6.3.3	<i>Faisabilité architecturale</i>	56
6.3.4	<i>Économie résidentielle</i>	56
6.4	Avantages/inconvénients	56
6.5	Recommandation du COPIL sur les variantes	57
7	Analyse des sites	59
7.1	Choix des sites	59
7.2	Mobilité	60
7.3	Aménagement du territoire	61
7.3.1	<i>Méthodologie</i>	61
7.3.2	<i>Résultats</i>	61
7.3.3	<i>Compléments</i>	62
7.4	Faisabilité architecturale	63
7.4.1	<i>Méthodologie</i>	63
7.4.2	<i>Résultats</i>	64
7.5	Économicité	66
7.5.1	<i>Méthodologie</i>	66
7.5.2	<i>Résultats</i>	67
7.6	Concurrence	68
7.7	Recommandation du COPIL sur les scénarios	68
8	Conclusion	70
9	Suite des travaux	72
9.1	Objectifs	72
9.2	Calendrier	72
10	Annexes	73

1 RÉSUMÉ

C'est dans un contexte hospitalier instable que sont lancées sur mandat du Grand Conseil, au printemps 2015, les études sur la réorganisation spatiale de l'HNE destinées à fournir des clés de compréhension et de décision sur la place de l'hôpital neuchâtelois dans un système de santé qui évolue rapidement. Sous l'égide d'un comité de pilotage (COPIL) et accompagnés par un chef de projet expert du domaine hospitalier, cinquante-cinq experts - réunissant des représentants des services de l'État et du réseau sanitaire neuchâtelois - ont travaillé durant une année sur différentes variantes d'organisation :

1. site unique réunissant soins aigus et réadaptation
2. deux sites spécialisés, un de soins aigus et un site de réadaptation
3. deux sites avec répartition des missions de soins aigus et réadaptation sur chacun d'eux.

Ces trois variantes ont été analysées suivant trois axes : le patient, l'hôpital et l'environnement cantonal, apportant ainsi de nouvelles dimensions dans l'analyse d'un dossier déjà largement discuté.

Le présent rapport décrit largement les évolutions que subissent et subiront ces prochaines années le système de santé, et plus particulièrement le secteur hospitalier, sur la base d'études internationales ou nationales réalisées par des instances reconnues (OMS, OCDE, OFS ou Obsan). En effet, ce système connaît une pénurie de personnel spécialisé, rencontre d'importants défis concernant la relève médicale et subit une forte pression financière. La médecine se spécialise et les modes de prise en charge évoluent, notamment avec le développement de l'ambulatoire. La concurrence de plus en plus forte, décidée par les Chambres fédérales, met une pression encore plus importante sur les hôpitaux s'agissant de la qualité et de l'attractivité des médecins. Comme équipement d'utilité publique et plus grand employeur du canton, l'hôpital doit également s'inscrire dans les politiques cantonales en matière d'aménagement du territoire, de la mobilité ou du développement économique.

Dans ce contexte, l'hôpital de demain devra être un maillon du réseau sanitaire favorisant la pluridisciplinarité et la communication entre partenaires. Il devra répondre aux nouveaux besoins des patients vieillissants et présentant plusieurs pathologies, ainsi qu'à l'évolution de leurs attentes et comportements. En ce sens, il devra notamment concentrer ses activités, tout en étant mieux réparti sur le territoire, raison pour laquelle il devra sortir de ses murs et innover.

Tenant compte de ces perspectives, les analyses effectuées mettent en avant le besoin d'une plus grande concentration de l'organisation hospitalière dont la réalisation doit avoir lieu sans attendre, au risque notamment de perdre encore des médecins et des patients. Le regroupement des prestations en deux pôles de compétence, soins aigus d'une part et réadaptation d'autre part, s'avère indispensable pour maintenir un hôpital cantonal public de qualité, offrant un large éventail de prestations, ce que souhaitent les porteurs du présent projet. Ainsi la variante 3, de même qu'une variante qui consisterait à préserver l'organisation que l'on connaît aujourd'hui, doivent être proscrites. Si la variante 1 est la plus visionnaire et adaptée à l'évolution à long terme du système de santé, tenant compte des contraintes liées à l'hôpital, la prise en compte d'autres éléments, tels que la rapidité de mise en œuvre, la mobilité et l'équilibre économique régional, incite le COPIL à recommander la variante 2. Concernant les prestations de psychiatrie, le COPIL préconise des rapprochements ponctuels et ciblés impliquant en particulier la création de deux pôles : le premier concernant la psychogériatrie, en lien avec l'activité de réadaptation et de gériatrie, le second concernant la psychiatrie des enfants, adolescents et adultes, en lien avec l'activité de soins aigus somatiques. Les soins palliatifs quant à eux devraient être rattachés géographiquement à l'activité de réadaptation, dans une organisation respectueuse de leurs spécificités.

La concentration de l'activité proposée ne remet pas en question la sécurité sanitaire. En effet, celle-ci est assurée dans les différentes régions par l'ensemble du réseau sanitaire, notamment la médecine de premier recours et les soins pré-hospitaliers. L'accès aux prestations les plus fréquentes sera assuré dans le cadre du maintien et du développement par l'HNE de polycliniques dans trois régions, qui disposeront en plus de soins de base, de services d'urgences pour les Montagnes et le Littoral et de prestations spécialisées.

Concernant la localisation des sites, les études conduites sous les angles des finances, de l'aménagement du territoire et de l'impact économique et social sur les régions démontrent la nécessité de maintenir l'activité hospitalière dans les deux centres urbains existants. Ce constat est encore appuyé par les études sur la mobilité et le risque de voir les patients neuchâtelois aller se faire traiter hors canton. Vu l'état des bâtiments actuels, seule l'infrastructure de Pourtalès est adaptée et peut être conservée.

Déoulant de ces analyses, le COPIL retient le scénario du site de soins aigus sur Pourtalès, permettant ainsi de conserver le bâtiment actuel et d'affronter au mieux la concurrence extracantonale, et le site de réadaptation à La Chaux-de-Fonds, dans un nouveau bâtiment à construire, considérant les travaux conséquents que nécessiterait la rénovation du bâtiment actuel. Il renonce pour le moment à retenir un terrain pour la localisation précise de ce site et recommande la réalisation rapide – pour ne pas dire urgente – d'une étude complémentaire pour identifier le terrain le plus adéquat.

Les décisions qui découleront du présent rapport ne restent qu'une étape dans la réalisation concrète de la nouvelle organisation hospitalière qui pourra voir le jour d'ici cinq à dix ans. D'autres analyses devront encore être conduites. La suite des travaux inclut donc des études approfondies sur les terrains avec une décision finale sur la localisation de l'hôpital de réadaptation et l'extension de Pourtalès. Il conviendra également de poursuivre l'analyse des besoins avec les utilisateurs, d'effectuer des études de faisabilité détaillée et de préparer le cahier des charges architectural ainsi que les deux concours d'architecture.

2 INTRODUCTION

L'organisation hospitalière fait l'objet d'un large débat en Suisse et en particulier dans le canton de Neuchâtel. Depuis 2008 et les premières options stratégiques concernant l'Hôpital neuchâtelois (HNE) prises par le Conseil d'État dans la répartition des soins aigus somatiques dans le canton, assurer des prestations de qualité dans le canton tout en préservant un équilibre relatif entre ses régions s'est avéré être une équation insoluble.

Dans ce contexte, le Grand Conseil a souhaité que des études soient menées pour déterminer la faisabilité et l'opportunité du regroupement de l'activité de soins aigus et de réadaptation sur un seul et unique lieu ou sur deux sites spécialisés. En 2013, il accordait ainsi un crédit d'investissement de 500'000 francs au Conseil d'État pour réaliser la première phase de ces études.

Au printemps 2015, les conditions étaient réunies pour lancer ces réflexions d'envergure : le mandat était clarifié, un chef de projet était engagé et les partenaires étaient sollicités pour participer à ce projet d'importance cantonale. Sous l'égide d'un comité de pilotage présidé par le chef du Département des finances et de la santé (DFS) et composé de représentants de l'État (le conseiller d'État et chef du Département de la justice, de la sécurité et de la culture-DJSC, le chef du Service de la santé publique-SCSP, le chef du Service de l'aménagement du territoire-SAT), de l'HNE (la présidente et un membre du Conseil d'administration, le directeur général) et du Centre neuchâtelois de psychiatrie-CNP (la présidente du Conseil d'administration), cinquante-cinq personnes se sont engagées dans la réalisation des études, représentant plusieurs services de l'État et divers partenaires du système sanitaire, allant des médecins aux établissements médico-sociaux (EMS), en passant par les services de soins à domicile ou les représentants des droits des patients. Un organe de conduite, chargé de la coordination des travaux, et huit groupes de travail ont été créés pour mener à bien ces travaux.

Concrètement, le mandat consistait à analyser trois variantes d'organisation spatiale, selon trois points de vue : patient, hôpital et environnement.

Au-delà de ces questions concrètes, un objectif important du présent projet était de décrire ce que devrait être l'hôpital de demain, avec un horizon temporel de réflexion portant à horizon 2035, c'est-à-dire au-delà des plans stratégiques déjà connus ou des planifications hospitalières déjà arrêtées. Il est toutefois admis que les premières réalisations, en cas d'acceptation du projet, pourront voir le jour dans des délais beaucoup plus brefs.

Après quelques mois de travail intensif et un investissement conséquent de l'ensemble des protagonistes, les réflexions des différents groupes de travail ont pu être consolidées dans le but d'apporter les réponses à ces questions. Le présent rapport décrit l'ensemble des travaux et présente les recommandations du comité de pilotage, le tout ayant été effectué dans des délais records vu la complexité du sujet et la masse de travail réalisée.

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Organisation du projet

Le comité de pilotage (COFIL), organe décisionnel du projet présidé par le chef du Département des finances et de la santé (DFS), comprenait le chef du Département de la justice de la sécurité et de la culture (DJSC), la présidente du Conseil d'administration de l'Hôpital neuchâtelois (HNE), un de ses membres et son directeur général, la présidente du Conseil d'administration du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), ainsi que deux chefs de service (santé publique et aménagement du territoire).

La conduite et la coordination des travaux ont été confiées à un organe de conduite comprenant des représentants de l'État (DFS, santé publique et bâtiments), de l'HNE et du CNP (direction générale). Cet organe de conduite s'est appuyé sur huit groupes de travail thématiques pour la réalisation des travaux. Des représentants de l'administration cantonale, de l'HNE, du CNP, de NOMAD, des médecins installés, des droits des patients, etc., siégeaient dans ces groupes. Au total, ce sont cinquante-cinq personnes qui ont participé à ces travaux d'envergure dans les domaines de la vision, des besoins dans les régions, de la qualité, de l'économicité, des partenariats et régions, du cahier des charges, de l'architecture et de l'aménagement du territoire.

3.2 Objectifs du projet

Pour rappel, le projet consistait à mener les études et les analyses pour fournir aux décideurs les éléments leur permettant de comparer les trois variantes d'organisation suivantes, présentées schématiquement à la figure 1 :

1. regroupement des soins aigus et de réadaptation sur un seul et même site;
2. regroupement de toutes les missions de soins aigus, respectivement de toutes les missions de réadaptation, chacune sur un site;
3. regroupement des missions de médecine interne, de réadaptation et de gériatrie sur deux sites urbains (sur le Littoral et dans les Montagnes) aux fonctions comparables, à défaut d'être rigoureusement identiques, et regroupement des autres missions de soins aigus (centre femmes-mères-enfants, chirurgie, etc.) sur l'un de ces deux sites.

Figure 1: variantes étudiées

L'Hôpital neuchâtelois	Variante I Un seul et unique site hospitalier pour toutes les missions	Variante II Deux sites hospitaliers, dont 1 site aigu et 1 site de réadaptation	Variante III Deux sites hospitaliers, avec des prestations aigus et de réadaptation sur chacun de sites
Site 1	SA, CTR, Poli	SA, Poli	GYN/OBS, CHIR, MED, CTR/GER, Poli
Site 2	Poli	CTR, Poli	MED, CTR/GER, Poli
Site 3	Poli	Poli	Poli

Toutes les variantes étudiées devaient prévoir l'existence d'une policlinique dans chacune des régions des Montagnes, du Littoral et du Val-de-Travers. De plus, elles ont fait l'objet d'un scénario bis, évaluant l'opportunité d'intégrer les prestations hospitalières de la psychiatrie à la structure géographique retenue pour les soins somatiques et formulant des propositions d'organisation ad hoc.

Le rendu final devait permettre de se positionner sur l'une ou l'autre variante en prenant en compte les avis d'experts sur les huit thématiques suivantes : vision, besoins sanitaires, qualité, économicité, partenariats, cahier des charges, faisabilité architecturale et aménagement du territoire. L'objectif était de réduire le nombre de scénarios et d'en identifier deux ou trois qui devraient ensuite faire l'objet d'études approfondies.

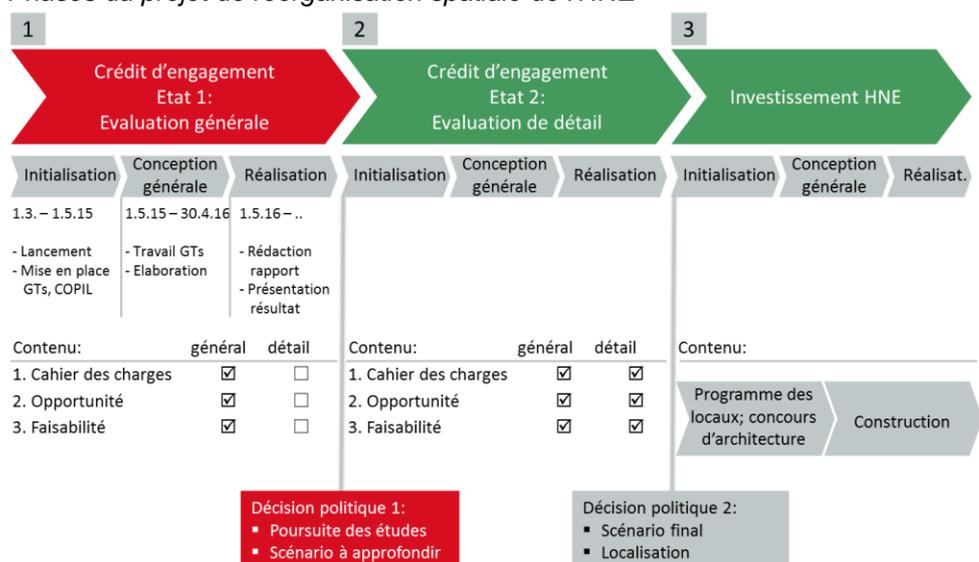
Cela dit, le projet est allé au-delà de ce mandat initial dans la mesure où de nombreuses évaluations plus détaillées ont été demandées pour permettre de déterminer un scénario à retenir, avant même la réalisation des études de détail. Pour ce faire, plusieurs hypothèses ont été posées.

3.3 Portée du projet

Le Grand Conseil a souhaité limiter la portée du présent projet en accordant un crédit d'investissement de 500'000 francs au lieu des 3,5 millions sollicités par le Conseil d'État (voir rapport 12.055 du Conseil d'État¹). Ce budget a été exploité au mieux pour permettre d'aller le plus loin possible dans les études à réaliser. Néanmoins, il convient de rappeler que le présent projet a consisté en la réalisation d'études générales devant permettre d'identifier la faisabilité et l'opportunité de revoir l'organisation spatiale de l'HNE selon les variantes décrites au chapitre 3.2. Cette première phase du projet devait permettre de déterminer les scénarios sur lesquels des études de détail devraient être menées.

Schématiquement, les trois phases principales de ce projet prennent la forme suivante :

Figure 2: Phases du projet de réorganisation spatiale de l'HNE



3.4 Démarche réalisée

Entre juillet 2015 et janvier 2016, les huit groupes de travail mis sur pied se sont réunis à de nombreuses reprises. Chaque groupe réunissait des personnes aux compétences complémentaires afin d'avoir un retour d'experts complet et objectif sur chaque thématique. De nombreux partenaires ont été associés à ces travaux : représentants de l'administration cantonale (services financier, de l'aménagement du territoire, des bâtiments, des ponts et chaussées, des transports, de l'économie et de la santé publique), de l'HNE, du CNP, de NOMAD, des droits des patients, de l'Association suisse des infirmier-ière-s (ASI), ainsi que des médecins installés. Ce projet a donc été construit avec des partenaires du système de santé et de son environnement, directement impactés par la réorganisation de l'HNE. En outre, un appui par des experts externes a été sollicité pour réaliser certaines analyses plus techniques ou nécessitant des compétences spécifiques indisponibles auprès des participants au projet.

¹ <http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/hopitaux-institutions/Documents/DemCredHNESiteUnique.pdf>

Au total, ce sont donc cinquante-cinq participants qui ont travaillé plus de 1'400 heures à l'élaboration du présent document, dans le cadre d'un projet complexe et sensible qui est venu s'ajouter à leur travail quotidien déjà bien prenant.

Le fait de devoir aborder différentes thématiques dans des délais très courts n'a pas permis au projet de se dérouler dans une chronologie idéale. En effet, l'ensemble des groupes de travail a dû travailler en parallèle alors qu'il aurait été plus optimal de séquencer les travaux des groupes. Si cette contrainte a poussé les groupes de travail à poser un certain nombre d'hypothèses, les quelques différences qui pouvaient exister ont pu être aplanies, permettant l'élaboration d'un résultat final cohérent.

Enfin, précisons qu'il était demandé de challenger les propositions d'organisation spatiale faites par l'HNE dans le cadre de son projet institutionnel déposé en juillet 2015. En effet, au-delà de la seule organisation hospitalière, ce projet devait apporter des réponses des points de vue des patients et de l'environnement cantonal au sens large. Relevons encore que l'horizon temporel du projet institutionnel et du présent projet n'était pas le même, le premier se projetant à l'horizon 2022 alors que le second porte à horizon 2035.

4 CONTEXTE

Les conditions-cadres du système sanitaire sont en constante et rapide évolution. Celles-ci sont souvent largement méconnues de la population, voire également de ses représentants politiques. Il convient ainsi de rappeler les principaux éléments contextuels qui ont influencé les réflexions tenues dans le cadre du présent projet et qui vont, à n'en pas douter, continuer d'influencer l'évolution future des secteurs de la santé et de l'hôpital en particulier.

La médecine de demain ne sera plus la médecine d'aujourd'hui qui n'est, elle-même, déjà plus la médecine d'hier. Cette lapalissade tient compte de l'évolution de la place du patient, des innovations médicales et techniques, des systèmes sanitaire et hospitalier, ainsi que de l'environnement cantonal dans lequel elle s'inscrit. Dans ce cadre, il a été jugé indispensable d'ouvrir la réflexion sur le système de santé et de ne pas se limiter strictement aux trois axes définis dans le cadre du mandat que sont le patient, l'hôpital et l'environnement.

Pour ce faire, nous avons utilisé comme fil conducteur un rapport² réalisé en 2011 par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à la demande de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), dans lequel des experts internationaux des systèmes de santé présentent une évaluation et des recommandations sur le système de santé suisse, notamment les évolutions que celui-ci sera appelé à suivre à l'avenir.

Partant de ces constats et les étayant encore par diverses études ou articles réalisés notamment par des organismes fédéraux, le présent chapitre dresse le contexte dans lequel doit s'inscrire la réorganisation spatiale de l'HNE. Si des experts cantonaux ont été impliqués sur le présent projet, il est toutefois apparu nécessaire de fonder le raisonnement qui suit également sur des faits et chiffres issus d'études menées au niveau national ou international, ceci dans le but de démontrer que les constats mis en évidence ci-après ne sont pas le fruit de quelques personnes, mais bien d'une évaluation largement partagée, au-delà des frontières cantonales, voire nationales.

4.1 Système de santé

S'agissant du système de santé et de son évolution, l'OCDE présente l'évaluation suivante :

➤ *Au sujet de l'évolution des coûts*

- "le système de santé suisse est parmi les meilleurs de la zone de l'OCDE. Mais **cette excellence a un prix** puisque la Suisse a consacré 10.9% de son PIB à la santé en 2013, ce qui est nettement plus que la moyenne pour la zone de l'OCDE qui ressort à 9.3 % du PIB"³,
- "services de santé coûteux ne signifie pas toujours services de santé de grande qualité : **le système suisse doit s'assurer que l'argent est employé au mieux**" ;

➤ *Au sujet des priorités sanitaires*

- "le système de santé suisse d'aujourd'hui devra s'adapter pour faire face aux défis de demain. En particulier, l'offre importante de services hospitaliers, qui a bien rempli son rôle par le passé, pourrait ne pas être adaptée à l'avenir, lorsque le système devra prendre en charge un nombre croissant de personnes ayant besoin en permanence de soins moins aigus que ceux que dispensent les hôpitaux. Il faut, d'urgence, réorienter les efforts dans l'autre sens — en s'attachant à **promouvoir la bonne santé grâce à des actions de santé publique, de prévention et de soins primaires**",
- "la Suisse doit déployer des efforts soutenus et coordonnés en matière de **prévention et de promotion de la santé**" ;

² Examen de l'OCD des systèmes de santé – Suisse - OCDE 2011

³ Chiffres 2013 selon Panorama de la santé 2015, Les indicateurs de l'OCDE

➤ *Au sujet des processus décisionnels*

- "ayant institué la couverture universelle, des niveaux élevés d'accès aux services et des niveaux élevés de satisfaction des patients, la Suisse doit désormais poursuivre les réformes en matière de santé. Le processus politique suisse privilégie la recherche du consensus. Cela aide à garantir un large soutien en faveur des réformes, mais cela peut aussi rendre difficile ou différer indûment la mise en œuvre des changements nécessaires" ;

➤ *Au sujet de la coordination des soins*

- "le défi pour les années à venir sera de **mettre en place un système apte à répondre à l'évolution des risques et des besoins** des résidents suisses en matière de santé (notamment) :
 - des réformes sont nécessaires pour encourager la **coordination efficiente** des soins entre des services et des prestataires multiples et sur une longue période plutôt que ponctuellement
 - une **répartition différente des compétences des personnels de santé** en Suisse sera nécessaire et cela créera un besoin accru de médecins généralistes et d'infirmières de soins primaires",
- il s'agira pour la Suisse de "mettre en place le dossier électronique des patients, un identifiant personnel unique et des cartes à puce individuelles pour améliorer la coordination et la prestation des soins de santé" ;

➤ *Au sujet du personnel de santé*

- "la Suisse bénéficie d'une densité de professionnels de santé plus importante que la plupart des pays de l'OCDE, mais il existe tout de même des craintes à propos de pénuries dans certaines professions et zones géographiques. Alors que **le pays va devoir s'appuyer de plus en plus sur les professionnels des soins primaires** pour assurer la coordination et répondre aux besoins des patients souffrant de maladies chroniques, le nombre de médecins généralistes est en baisse par rapport à celui des spécialistes, et les écarts sont importants d'un canton à l'autre. Des **pénuries de main-d'œuvre** sont susceptibles d'apparaître avec l'évolution de la démographie des personnels de santé. Les effectifs médicaux et infirmiers suisses vieillissent et on anticipe un nombre important de départs à la retraite au cours des deux prochaines décennies. Dans le même temps, la féminisation croissante de l'effectif, outre les préférences des nouvelles générations, pousse à une flexibilisation des horaires de travail. On pourrait renforcer cette tendance souhaitable en encourageant davantage le développement de cabinets de groupe, ce qui permettrait également de limiter l'isolement professionnel auquel les médecins exerçant seuls sont souvent confrontés".

4.1.1 Coûts de la santé

Selon l'Office fédéral de la statistique⁴ (OFS), les dépenses de santé se sont élevées en Suisse au total à 69,2 milliards de francs en 2013, ce qui représente 2,5% de plus que l'année précédente, un taux toutefois inférieur à la moyenne des cinq dernières années (+3,5%). Les dépenses par personne ont augmenté à 713 francs (+ 9 francs) par mois. Dans le contexte d'une croissance de l'activité économique de 1,7%, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB) a augmenté pour atteindre 10,9%.

Le secteur de la santé pèse donc très lourd dans l'économie nationale et impacte considérablement les dépenses des ménages.

4.1.2 Réseau sanitaire

Le parcours de prise en charge du patient ne débute que rarement à l'hôpital et ne se termine pas automatiquement à sa sortie de cet établissement.

⁴ OFS, Coût et financement du système de santé en 2013, 2015

Bon nombre de patients sont orientés vers l'hôpital par leur médecin traitant. En outre, il est révélé dans une récente étude réalisée par l'Observatoire suisse de la santé⁵ (Obsan) qu'environ 10% des patients continuent d'être pris en charge de manière stationnaire après un séjour hospitalier en soins aigus. La moitié d'entre eux (4% du total) est réhospitalisée dans les dix jours qui suivent, tandis que l'autre moitié (5% du total) est traitée en clinique de réadaptation. Une petite partie seulement (1%) est transférée en clinique psychiatrique. La proportion de personnes prises en charge par l'aide et les soins à domicile ou par un établissement médico-social se monte à 3% de toutes les hospitalisations. Ce sont principalement les patients âgés qui nécessitent une offre de soins en dehors du domaine des soins hospitaliers aigus.

Au-delà de ces constats concernant l'hôpital, le développement des réseaux est une réalité dans le domaine de la santé. Des réseaux formels aux réseaux informels, la prise en charge des patients ne peut plus aujourd'hui être assumée par un seul et unique prestataire. De même divers avis peuvent être nécessaires pour assurer une évaluation et une prise en charge adéquate d'un patient.

Interdisciplinarité, favorisant le travail entre différentes disciplines médicales, et interprofessionnalité, favorisant le travail entre différentes professions, se développent. C'est dans ce contexte que s'est créée la plateforme Interprofessionnalité⁶, regroupant divers partenaires dont Médecins de famille et d'enfants Suisse, l'ASI ou Physiosuisse pour ne citer qu'eux. Cette démarche a été initiée suite au constat que *"diagnostiquer et traiter les patients a été pendant de nombreuses années le domaine exclusif des médecins. Devant l'évolution démographique (augmentation du nombre de naissances, de l'espérance de vie, et des maladies chroniques), le manque croissant de médecins et de professionnels suppose de chercher des alternatives aux modèles de soins en vigueur jusqu'à présent. Entretemps, les changements dans la société et les progrès de la médecine ont influencé le système de formation et le rôle de certains métiers. Dans un secteur de la santé où les différenciations sont perpétuelles, de nouveaux groupes de professionnels occupent une place de plus en plus centrale. La médecine devient aujourd'hui un travail d'équipe entre différents groupes professionnels"*⁶.

Aujourd'hui, l'ensemble des partenaires du système de soins reconnaissent la nécessité d'un travail en réseau. Réseaux de soins intégrés de type "managed care" ou réseau de soins sans lien financier, la forme des réseaux importe peu, ce qui compte est le travail en commun et assurer un parcours de soins adéquat pour le patient. Le développement des technologies de communication vont également permettre le développement de tels réseaux.

Dans le canton de Neuchâtel, la planification médico-sociale ainsi que les récents plans stratégiques présentés par le CNP ou NOMAD mettent en perspective les interactions nécessaires entre les différents prestataires. Ainsi, le CNP entend développer ses équipes mobiles, la psychiatrie de liaison, les liens avec les cabinets médicaux, etc. Les réseaux de médecins se développent également et aboutissent la plupart du temps à la création de cabinets de groupe. De nombreux médecins se sont d'ailleurs rattachés au Réseau de soins Neuchâtelois⁷. Cette évolution met en évidence le besoin des professionnels de santé de pouvoir échanger sur leur activité afin de se développer professionnellement. Le développement, en 2012, de l'Equipe mobile en soins palliatifs BEJUNE poursuit également un objectif de partage de compétences dans un domaine médical de plus en plus pointu.

Le canton de Vaud a, par exemple, organisé ses réseaux de soins en quatre régions. Ces réseaux de soins regroupent, au niveau régional, des médecins, des services à domicile, des établissements médico-sociaux et des hôpitaux ainsi que d'autres prestataires de soins. Ils offrent ainsi une gamme complète de prestations. Ils ont pour mission l'amélioration de la coordination des soins, l'orientation des usagers et l'utilisation efficace des ressources.

⁵ Widmer, M. & Kohler, D. (2015). Les chaînes de prise en charge et leurs interfaces (Bulletin Obsan 1/2015) Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé

⁶ www.interprofessionalite.ch

⁷ www.rsne.ch

Le canton de Genève a développé le concept de maisons de santé, qui se positionne en complément des structures hospitalières. Les maisons de santé sont des structures ambulatoires avec la possibilité d'y joindre un secteur dédié aux hospitalisations, notamment pour l'accueil temporaire de type gériatrique. La taille de la structure dépend de la région couverte, mais aussi du nombre de professionnels intégrés dans celle-ci. L'expérience montre une volonté des médecins à s'installer dans ce type de structure, leur intérêt résidant dans la synergie produite par la collaboration des différents professionnels et le suivi du parcours patient par le médecin traitant, par exemple.

La maison de santé présente les avantages suivants :

- évite des hospitalisations inappropriées
- prise en charge pluridisciplinaire
- collaboration entre les professionnels intensifiée
- permet de décharger les urgences hospitalières des cas "non urgents"
- complémentarité avec les autres structures hospitalières
- répond aux attentes des futurs patients de "grand âge" avec leur fragilité et maladie chronique
- possibilité de collaboration avec des acteurs privés.

4.1.3 Place de l'hôpital dans le système de santé

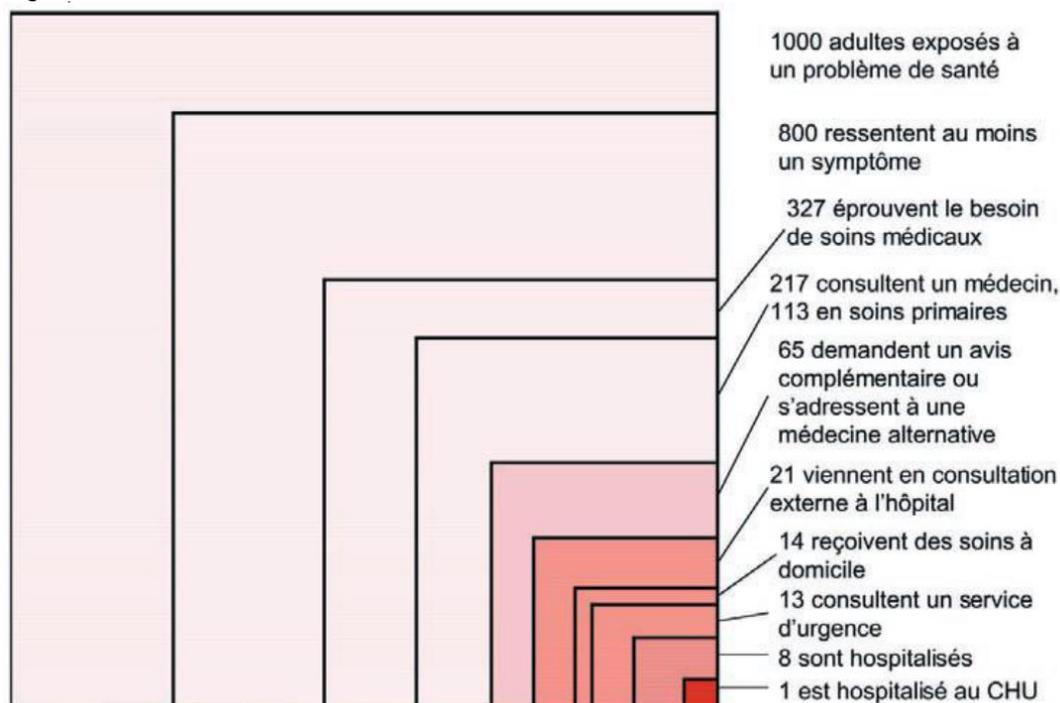
L'hôpital occupe depuis toujours une place particulière, si ce n'est centrale, dans la société. Aujourd'hui, ce secteur pèse si lourd dans l'économie des pays développés qu'on finirait par oublier les autres recours possibles⁸. L'hôpital n'est toutefois qu'un maillon du réseau sanitaire qui fait lui-même partie du système de santé, plus large. Il faut donc sortir de cette vision hospitalo-centrée qui tend à faire de l'hôpital le seul acteur digne de ce nom du système de soins, voire de santé.

Nous en voulons pour preuve les études menées à la fin des années nonante par Kerr White qui s'était intéressé au recours aux soins. Ses études ont pu être synthétisées dans un diagramme appelé "carré de White" qui mettait en évidence le fait que seules huit personnes sur 1'000 exposées à un problème de santé devaient être hospitalisées. Ces travaux ont été actualisés en 2001 par Green et al.⁹ qui ont révisé le diagramme de White en utilisant des informations plus récentes sur la prédominance mensuelle des soins dans la population et les réponses recherchées aux demandes de soins. Il en est ressorti que, sur une population de 1'000 personnes : 217 consultaient un médecin, 21 s'adressaient à l'hôpital pour une consultation ambulatoire, 13 s'adressaient à un service d'urgences, 8 étaient hospitalisées et moins d'une personne était hospitalisée dans un hôpital universitaire. Ces chiffres sont schématisés dans un "carré de White" revisité ci-dessous.

⁸ Les Actes du Festival international de géographie 2000: Géographie et Santé; FAUT-IL OSER LE DÉSERT SANITAIRE, Alain VAGUET

⁹ Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med* 2001;344:2021-5

Figure 3: Carré de White



L'hôpital ne prend donc en charge qu'une part congrue des personnes nécessitant des soins. La grande part de celles-ci s'adresse à un médecin dans le cadre d'une consultation ambulatoire.

4.1.4 Évolution technologique

Depuis très longtemps, les découvertes scientifiques et technologiques sont rapidement intégrées aux sciences et aux technologies médicales. Le progrès technologique dans le domaine médical stimule à la fois l'offre et la demande de soins. Ainsi, les nouvelles techniques médicales permettent de soigner des maladies auparavant non traitées ou de détecter plus précocement certaines pathologies. L'existence même de ces nouvelles possibilités thérapeutiques modifie le comportement tant de l'offreur que du demandeur de soins. Dès lors, que la technique existe et que l'on en connaît l'existence, il est difficile de ne pas y recourir, pour le médecin comme pour le patient, et donc de ne pas faire évoluer la consommation.

Les progrès de la technologie médicale, qui s'inscrivent souvent dans un contexte de pression sur les coûts, poussent vers la réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital et le développement de pratiques ambulatoires. Ils élargissent les possibilités diagnostiques et thérapeutiques et engendrent l'apparition de nouveaux métiers ou de nouvelles spécialisations toujours plus pointues. Il n'en demeure pas moins que cela a des conséquences sur le reste de l'offre sanitaire, notamment sur les besoins d'accompagnement à domicile et de structures d'hébergement temporaire, permettant la prise en charge de patients qui, indépendamment de leur âge, n'ont pas toujours retrouvé toutes leur indépendance lorsqu'ils quittent l'hôpital après y avoir passé parfois quelques heures seulement.

Il y a également lieu de relever les potentialités liées à la cybersanté (ou e-Health), qui regroupe tous les services électroniques de santé. Dans ce cadre, les technologies de l'information et de la communication sont utilisées de façon à améliorer les processus du système de santé et à mettre en réseau les acteurs concernés (voir chapitre 4.1.2).

S'il est extrêmement difficile de prédire quel niveau technologique sera atteint dans vingt ans, on peut s'imaginer que les impacts seront conséquents. On peut citer Guy Vallancien, chirurgien français, professeur d'urologie à l'université Paris Descartes, qui prédit que : *"l'irruption des nano biotechnologies, des sciences cognitives et des nouvelles technologies d'information nous amène à redéfinir l'intégralité des champs d'actions des professionnels de santé et des malades dans un système non plus organisé de façon verticale, mais bien régulé de manière transversale. Le rôle et la place de chaque acteur, comme des établissements de soins, doivent être repensés à l'aune de ces*

*progrès technoscientifiques, depuis la génomique jusqu'à la robotique. L'analyse des data multiples permettra un pilotage de l'organisation des soins adapté au terrain en temps réel. Les objets connectés, les données de santé suivies en temps réel, le quantified self, les traitements personnalisés par médicaments distribués à la dose près au moyen d'imprimantes 3D, bouleversent les approches traditionnelles de prévention et de traitement à un stade précoce, très en amont de la survenue des complications"*¹⁰.

Le système de santé va donc largement subir les effets de l'évolution technologique et devra s'y adapter. C'est à la fois une chance et un risque mais cette évolution est incontournable.

4.1.5 Pénurie de personnel médico-soignant

Diverses études réalisées au niveau national ou régional démontrent qu'une pénurie de personnel médico-soignant existe ou deviendra prochainement une réalité. L'Obsan¹¹ considère que, à horizon 2030, la demande de consultations médicales excèdera l'offre de 40% s'agissant de la médecine de base et de 20% dans les domaines de la médecine spécialisée. Il constate, en outre, que le corps médical est confronté à des pressions démographiques (vieillesse et féminisation des effectifs) et structurelles (concentration de la profession en milieu urbain, prédominance de la médecine spécialisée, diminution du temps de travail et désintérêt croissant pour la profession, notamment pour la médecine de premier recours).

D'autres spécialistes¹² relèvent que "la Suisse, comme les pays qui l'entourent, va connaître une pénurie de médecins, surtout de premier recours. Les causes de cette évolution sont multiples, mais les plus importantes sont liées à des phénomènes de société : on peut donc parler de «tendances lourdes». Citons, par exemple, le développement considérable des spécialités médicales observé ces vingt à trente dernières années : des nouvelles disciplines ont attiré des pourcentages toujours plus élevés de jeunes médecins en formation. Plus récemment, la féminisation de la profession est devenue une partie du problème, compte tenu du souhait de travail à temps partiel, d'un accès limité à des crèches dans certaines régions et, dans des zones retirées, d'une absence d'opportunité professionnelle pour le conjoint. Enfin, pour les hommes comme pour les femmes, on a beaucoup évoqué certaines caractéristiques des jeunes générations, dont les représentants souhaitent garder un équilibre entre vie professionnelle et vie privée meilleur que celui que connaissaient leurs prédécesseurs".

Rappelons ici également que la loi fédérale sur le travail (LTr) s'applique également dans le domaine hospitalier, depuis le 1^{er} janvier 2005, à tous les médecins-assistants. L'objectif de la LTr, en plafonnant les heures supplémentaires, n'est pas de les légitimer comme si elles devaient faire partie de l'horaire normal du médecin, mais bien d'affirmer qu'un médecin doit pouvoir exercer sa fonction à l'hôpital et accomplir sa formation postgraduée en travaillant cinquante heures par semaine.

Cette évolution n'est pas sans conséquence pour les hôpitaux qui ont dû engager du personnel supplémentaire pour couvrir les besoins. En effet, une étude¹³ a fait ressortir que *"la réduction du temps de travail ainsi que les nouvelles prescriptions concernant les tours de service (travail par roulement) ont entraîné, entre autres, une augmentation du nombre de places de formation postgraduée de 8% entre 2003 et 2006"*. En outre, dans le cadre d'un travail de diplôme réalisé au CHUV¹⁴, certaines difficultés consécutives à l'entrée en vigueur de la LTr ont été mises en évidence : *"par exemple, la difficulté du respect des cinquante heures, les divergences dans la définition et l'interprétation des heures supplémentaires, le risque de diminution de la qualité du suivi des patients, les impacts sur la durée de la formation postgraduée"*. Mais, s'il ne devait en retenir qu'une, il porterait son choix sur *"l'accentuation des difficultés de recrutement des médecins provoquée par la nécessité de création de nouveaux postes"*.

¹⁰ http://www.huffingtonpost.fr/guy-vallancien/grande-conference-de-sant_b_9038674.html

¹¹ Observatoire suisse de la santé, Laurence Seematter-Bagnoud, Julien Junod, Hélène Jaccard Ruedin, Maik Roth, Claudia Foletti, Brigitte Santos-Eggimann - Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030, juillet 2008

¹² Rev Med Suisse 2015,218-219, Pénurie médicale : le Valais monte au front

¹³ Bulletin des médecins suisses, Orlow P, Siegrist M, Giger M. Principaux résultats de l'enquête effectuée en 2006 auprès des médecins-assistants 2007;88: 14/15

¹⁴ Regards croisés sur l'application aux médecins-assistants de la loi sur le travail dès le 1^{er} janvier 2005, Didier Grob, Mémoire n° 106, Août 2007

Par ailleurs, dans le domaine des soins intensifs, le Dr Adrian Frutiger, ancien président de la Société suisse de médecine intensive et qui était appelé à se prononcer sur le bienfondé des réorganisations entreprises au sein de l'HNE dans le domaine de soins intensifs, décrit une situation de pénurie de personnel soignant¹⁵. Il compare ainsi cette situation à une anémie chronique et progressive, suite à des pertes de sang répétitives (abandons fréquents de personnel diplômé spécialisé), à l'impossibilité de se procurer des transfusions (personnel soignant diplômé pratiquement introuvable) et à l'incapacité de l'organisme de reproduire suffisamment de globules rouges (diminution du nombre d'étudiants et échecs fréquents). Les données de l'OdASanté pour tous les centres éducatifs de soins intensifs sont inquiétantes à mesure qu'une moyenne de 25% des étudiants abandonne leurs études chaque année. Il relève enfin que Zürich souffre d'une pénurie grave, précisant que même les grands centres sont concernés. Une autre étude a mis en évidence une situation similaire dans le domaine de la radiologie¹⁶.

L'HNE relevait dans son plan stratégique 2015-2022 que "la pénurie de professionnels, qu'ils soient médecins ou soignants spécialisés (instrumentistes, soins intensifs, notamment) est une réalité depuis plusieurs années en Europe et en Suisse. Elle contraint les hôpitaux à recruter à l'étranger pour bénéficier des compétences nécessaires à leur fonctionnement, au détriment des pays qui ont investi dans la formation de ces professionnels, amenés eux-mêmes à se tourner vers d'autres marchés. La pénurie est particulièrement marquée dans les régions «périphériques» et dans les structures multisites".

L'Hôpital fribourgeois mettait également en évidence ces difficultés de recrutement dans le cadre de son plan stratégique 2013-2022. Il constatait que, "outre l'augmentation des soins nécessitant de plus en plus de professionnels de la santé, cette spécialisation accrue renforce la pénurie de compétences. Pour les institutions de soins, cette pénurie de professionnels de la santé se traduit en difficultés de recrutement".

Cette pénurie de personnel touche également le CHUV qui indique dans son plan stratégique 2014-2018 qu'il "subit aussi une pénurie de professionnels toujours plus forte".

Enfin, les Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois (ehnv) décrivent, dans leur plan stratégique présenté en 2015, un contexte dans lequel "les collaborateurs formés dans le domaine des soins (médecins, infirmiers, techniciens en radiologie médicale, techniciens en analyses biomédicales, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens) sont rares sur le marché du travail, particulièrement ceux qui ont suivi une formation spécialisée".

Le constat est donc largement partagé au sein des acteurs hospitaliers sur la pénurie existante et annoncée concernant le personnel de la santé.

4.1.6 Relève du personnel

Dans ce contexte de pénurie, la formation prend un sens autrement plus important. Les cantons en sont parfaitement conscients et ont lancé ces derniers mois divers projets pour soutenir la formation et ainsi pallier à la pénurie de personnel.

Initié il y a déjà quelques années, le projet de Coursus romand de médecine de famille a pour objectif de contribuer à la formation dans le domaine de la médecine de premier recours. Le canton de Neuchâtel a mis en place son cursus cantonal, en commun entre l'Association Médecins de famille Neuchâtel, l'HNE et l'État. Ce programme a récemment été élargi aux pédiatres également. Il est relevé que, sur les 10 médecins ayant eu accès à ce cursus, 7 se sont installés ensuite dans le canton de Neuchâtel.

Par ailleurs, axant son action sur les cursus de formation, la Conférence latine des affaires sociales et sanitaires (CLASS) a récemment confié un mandat au Prof. Michaud, professeur honoraire à l'UNIL, pour la mise en place d'une filière de formation continue ne s'arrêtant pas aux frontières cantonales. Cette étude¹⁷ part des constats suivants : manque de médecins (de premiers recours), difficultés

¹⁵ Rapport concernant la réorganisation des unités de soins intensifs du HNE proposée par les cadres des unités SI à Neuchâtel et à Chaux-de-Fonds, Adrian Frutiger, Chur, Juillet 2015

¹⁶ État de la démographie des radiologues en formation en Suisse romande au 31.12.2013, département médical de radiologie du CHUV, avril 2014

¹⁷ P-A Michaud, OPTIMISATION DES PARCOURS DE FORMATION POSTGRADUÉE EN SUISSE ROMANDE, septembre 2015

de recrutement (de médecins cadres notamment dans les hôpitaux périphériques), des parcours de formation parfois erratiques et une répartition des disciplines ne répondant pas aux besoins. Son objectif est d'explorer et promouvoir des modèles de filières de formation postgraduée mieux structurés, organisés de façon rationnelle (et plus brefs) à l'échelon romand, notamment sous l'angle des réseaux de formation, de la collaboration interhospitalière, de l'orientation professionnelle et de la gouvernance. Il est ainsi visé une collaboration accrue entre hôpitaux universitaires et non universitaires au niveau latin de manière à assurer une rotation adéquate des médecins en formation.

Toujours dans le cadre d'une approche intercantonale, les cantons sont appelés à ratifier une convention sur le financement de la formation des médecins développée par la CDS. Partant du constat d'une pénurie médicale et considérant que cette problématique nécessite une action intercantonale, cette convention fixe un système de péréquation financière entre les cantons. Les cantons qui forment peu de médecins par rapport à leur population financent les cantons qui en forment plus (notamment les cantons avec hôpitaux universitaires).

Au niveau cantonal également, une étude¹⁸ est en cours de réalisation sur la question de la formation des domaines de la santé et du social. Celle-ci met une fois de plus en évidence une situation délicate en termes de relève.

Un des modèles pour l'avenir qui est déjà en cours est le «Skill mix»¹⁹, c'est-à-dire une modification de l'éventail des qualifications. En Suisse, c'est surtout la substitution du personnel infirmier au médecin qui retient le plus d'attention. L'établissement d'un nouveau cursus infirmier, basé sur des études universitaires, ainsi que le développement de la formation d'infirmière en pratique avancée, ouvrent de nouveaux champs de compétences et d'activités à ce corps de métier.

Des efforts doivent donc être consentis à différents niveaux pour assurer la relève du personnel médico-soignant, ce point étant essentiel pour garantir la couverture des besoins en soins des prochaines générations.

4.1.7 Évolution de la relation médecin-patient

Traditionnellement, la relation médecin-patient suivait un modèle "paternaliste" : le médecin prenait les décisions en respectant le principe de bienfaisance. Or, les pays occidentaux évoluent depuis plusieurs décennies vers un modèle "délibératif" : un dialogue s'instaure entre le médecin et le patient qui devient partie prenante de la prise en charge.

Découlant de ces changements de société, les comportements attendus et exigés des professionnels de la santé évoluent²⁰. De nouvelles règles du système de soins doivent ainsi être mises en place - communication, collaboration, transparence - comme le démontre la figure 4 ci-dessous.

Figure 4: Évolution des règles de prise en charge des patients

Anciennes règles	Nouvelles règles
Les soins sont basés sur un évènement ponctuel	Les soins sont basés sur une relation continue
L'autonomie professionnelle amène la variabilité	Les soins sont adaptés selon les valeurs et besoins du patient
Les professionnels contrôlent les soins	Le patient est au centre du contrôle
L'information est enregistrée	La connaissance est partagée et l'information circule librement
La décision est prise selon la formation et l'expérience	La prise de décision est partagée et basée sur des évidences scientifiques
Ne pas nuire est une responsabilité personnelle	La sécurité est une propriété du système
Le secret est nécessaire	La transparence est nécessaire
Le système réagit aux besoins	Les besoins sont anticipés
La réduction des coûts est recherchée	Les pertes sont continuellement diminuées
Les professionnels priment sur le système	La collaboration entre professionnels est indispensable

¹⁸ Configuration d'un dispositif cantonal de formation (AFP, CFC et ES) répondant aux besoins des employeurs en matière de professionnels, Phase 1 : Etude statistique, Enkidu Conseil, décembre 2015

¹⁹ B. Genton, L. Loutan, "Skill mix", rien de nouveau sous le soleil, RevMed Suisse 2013

²⁰ Institute of Medicine, "Crossing the Quality Chasm", 2001

Ces changements de paradigmes améliorent à n'en pas douter la prise en charge du patient, mais ils complexifient le travail du médecin qui doit tenir compte de nouveaux paramètres dans son travail de tous les jours.

4.2 Patient

S'agissant des patients justement, l'OCDE établit le constat suivant :

- *"Les défis, à l'avenir, pour maintenir et améliorer le système de santé suisse seront notables. La population, en Suisse, est **plus âgée** que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Par ailleurs, les changements dans le mode de vie laissent présager une montée des risques pour la santé au sein de la population suisse, à l'avenir. Même si elle reste faible, la prévalence de l'obésité est en augmentation, en particulier chez les jeunes. Ces tendances, conjuguées aux avancées dans les technologies médicales, font que les résidents suisses, dans les prochaines décennies, seront davantage susceptibles de vivre avec une affection chronique que ce n'est le cas aujourd'hui. En vérité, ils pourraient présenter **plusieurs affections chroniques ou pathologies**. Compte tenu de ces tendances, **les demandes à l'égard des services de santé en Suisse sont appelées à augmenter**"²¹.*

4.2.1 Évolution épidémiologique

Maladies chroniques

Dans ce même rapport sur le système suisse de santé, l'OCDE estime que les maladies chroniques sont le principal problème sanitaire que notre pays devra résoudre dans les années à venir. En Suisse, 2,2 millions de personnes souffrent d'une affection chronique et près de 20% de la population de plus de 50 ans sont atteints de maladies chroniques multiples (multimorbidité). Ce sont principalement, mais pas exclusivement, des personnes relativement âgées. Par leur prévalence et leur charge de morbidité, les maladies chroniques majeures sont les cancers, le diabète, les troubles cardiovasculaires, les maladies des voies respiratoires et musculo-squelettiques, la dépression et la démence.

L'Obsan²², pour sa part, relève que, *"suite à l'évolution des modes de vie dans les pays riches et pauvres, la part des décès imputables aux maladies cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux, cancers, diabètes et affections pulmonaires chroniques ne cesse de croître. Les affections chroniques non transmissibles représentent aujourd'hui près de 90% de la charge de morbidité en Suisse (WHO, 2008) et elles continueront, selon toute vraisemblance, de progresser. Le problème, au plan individuel et collectif, est énorme et notre système de santé n'y est pas suffisamment préparé"*.

Au-delà d'un problème que semble décrire l'Obsan, l'évolution des maladies chroniques est surtout un défi que le système de santé doit et devra relever. Parmi les pistes existantes, la responsabilisation du patient semble être une approche à creuser comme le démontre les citations suivantes :

- *"l'une des pistes les plus prometteuses est celle de l'autonomisation des patients. Les études montrent que les problèmes liés aux maladies chroniques sont mieux résolus si les personnes touchées participent activement à la gestion de leurs maux"*²³,
- *"le malade, lui-même acquerra les moyens de gérer de façon autonome sa maladie dans 70 à 80% des actes qu'impliquent les soins le concernant, notamment dans les maladies chroniques"*²⁴.

²¹ EXAMEN DE L'OCDE DES SYSTÈME DE SANTÉ – SUISSE - OCDE 2011

²² Observatoire suisse de la santé (éd.) (2015). La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Berne: Hogrefe Verlag

²³ Relever le défi des maladies chroniques, Le Temps, 20.08.2015

²⁴ http://www.huffingtonpost.fr/guy-vallancien/grande-conference-de-sant_b_9038674.html

Polymorbidité

Les personnes ne sont souvent pas atteintes d'une seule maladie, mais de plusieurs. Comme le montre l'analyse des causes de décès en Suisse réalisée par l'OFS en 2013, 11% des décès correspondent à un diagnostic, 24% à deux diagnostics, 30% à trois diagnostics et 31% à quatre diagnostics. Cette situation n'est pas sans conséquence.

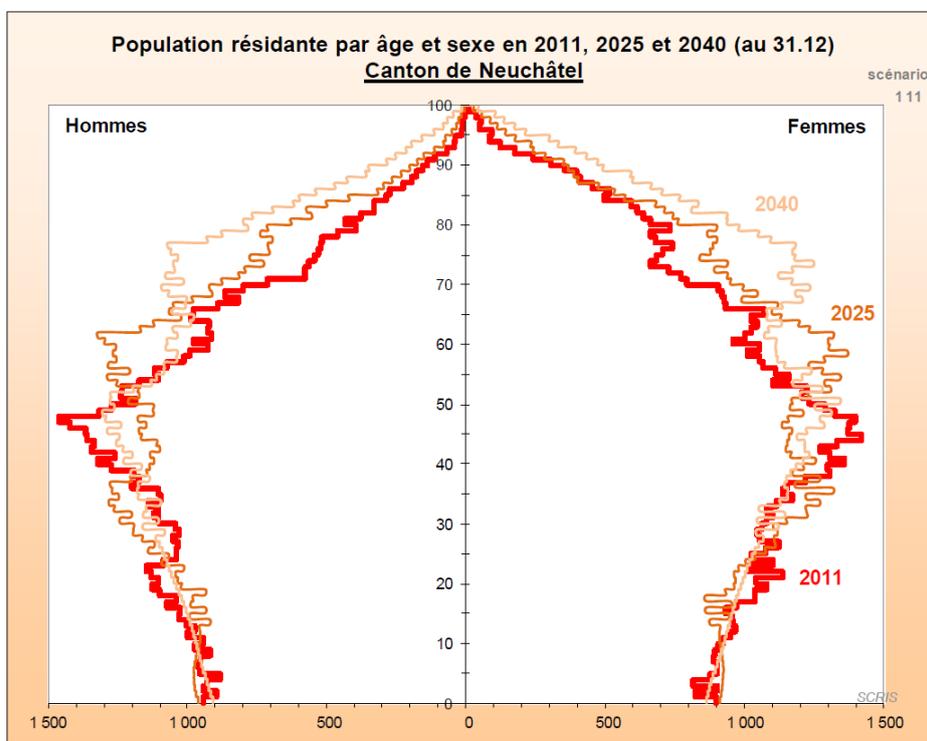
En effet, une étude de l'Obsan identifiait que la polymorbidité a "de multiples conséquences pour les personnes concernées et pour les acteurs du système de santé. Pour les patients, cela peut conduire à des limitations fonctionnelles, une perte d'autonomie et de qualité de vie avec une évolution moins favorable qu'avec une seule maladie. Elle serait aussi significativement associée à un risque d'hospitalisation plus élevé, des coûts de traitement plus conséquents et une augmentation du nombre de prescriptions de médicaments (Marengoni, Angleman et al. 2011). Les médecins sont quant à eux confrontés à des patients complexes pour lesquels il n'existe pas ou peu de guidelines et qui doivent souvent prendre de nombreux médicaments avec des risques d'interactions défavorables pour leur santé"²⁵.

À nouveau, le système de santé doit s'adapter à ce contexte changeant pour répondre au mieux aux besoins des patients. L'interdisciplinarité et un travail en réseau (voir chapitre 4.1.2) autour du patient apparaissent comme une réponse essentielle pour assurer une prise en charge adéquate.

4.2.2 Évolution démographique

Selon le rapport de politique sanitaire du Conseil d'État 2015-2022, il faut ainsi s'attendre dans le canton de Neuchâtel, entre 2014 et 2024, à une croissance de la population des plus de 65 ans de près de 15,17% et de celle des plus de 80 ans de près de 20%, alors que celle des 0 à 65 ans n'augmentera que d'un peu plus de 1% pendant la même période. Le phénomène se poursuivra entre 2024 et 2034 avec une hausse de plus de 18% des plus de 65 ans et de près de 28% des plus de 80 ans. S'agissant de ces derniers, leur population va presque doubler d'ici 2040. Par contre, la population des 0 à 65 ans diminuera de l'ordre de 1,5%.

Figure 5: Population résidante par âge et sexe en 2011, 2025 et 2040 dans le canton de Neuchâtel



Source: Perspectives régionalisées de population - Canton de Neuchâtel, 2011-2040, Statistique

²⁵ Moreau-Gruet, F. (2013). La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Obsan Bulletin 4/2013). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé

Ce processus de vieillissement de la population, qui date déjà du début des années 70, est lié aussi à une fécondité inférieure au seuil de remplacement (qui devrait être de 2,1 enfants par femme pour renouveler les générations). Ainsi, l'âge moyen de la population, qui était de 36 ans en 1970, devrait dépasser 43 ans en 2023 et 45 ans en 2040 selon le scénario de base retenu dans le rapport sur les perspectives démographiques du canton pour 2040. Il est intéressant de relever que l'espérance de vie a doublé en 100 ans.

Cela dit, prendre en charge une population vieillissante, c'est se confronter à des personnes présentant des affections chroniques ou multiples (polymorbidité) et à des problèmes de santé physique conjugués à des atteintes à la santé mentale (démences). C'est aussi voir se développer de nouveaux métiers dans le domaine de la gériatrie, pour lesquels il faut former et obtenir des nouvelles reconnaissances. C'est également voir partir de l'hôpital des personnes souvent dépendantes, qui doivent pouvoir compter sur des structures d'accueil temporaires ou des prestations favorisant leur maintien à domicile.

Pour l'hôpital en particulier, ces changements au niveau de la patientèle impliquent inévitablement de repenser la prise en charge, pour le bien des patients. En effet, des études²⁶ ont montré qu'environ 50% du déclin fonctionnel survenant dans une population âgée apparaît à l'occasion d'une hospitalisation aiguë. En effet, l'hospitalisation constitue en soi un facteur de risque supplémentaire pour les personnes âgées en raison d'un environnement et de processus de soins mal adaptés à leurs besoins dans un hôpital qui reste organisé prioritairement pour prendre en charge des patients souffrant d'une maladie aiguë (infections, infarctus du myocarde, AVC). Or, les patients âgés, hospitalisés en soins aigus, souffrent en parallèle de pathologies multiples chroniques (voir chapitre 4.2.1), auxquelles viennent s'ajouter des problématiques cognitives, affectives et sociales. Dans ce contexte changeant, les processus de prise en charge des patients âgés doivent être repensés pour pouvoir intégrer une optique de prévention et de réadaptation précoce, associée à la prise en charge du problème aigu.

Enfin, les effets d'une prise en charge spécifique des seniors lors d'une hospitalisation en soins aigus ont fait l'objet d'études²⁷ qui ont mis en évidence les bénéfices obtenus en termes de qualité, à savoir diminution du nombre de chutes, d'états confusionnels, de déclin fonctionnel à la sortie et des durées d'hospitalisation.

4.2.3 Attentes et comportements des patients

Comme indiqué au chapitre 4.1.7, l'évolution de la relation entre le médecin et son patient a profondément changé ces dernières années, impliquant une nouvelle approche par le médecin. Dans le même sens, le patient s'adapte aussi à cette relation.

Parce qu'ils sont mieux (ou plus) informés sur les prestations, parce qu'ils disposent d'un choix plus large de prestataires, parce qu'ils estiment payer suffisamment de primes maladie et pour toute autre bonne raison, les patients attendent une prise en charge rapide et optimale pour tous les problèmes de santé auxquels ils sont confrontés. Ces attentes et le comportement qui en découle évoluent en effet avec le système de santé (voir chapitre 4.1) et avec la société.

Dans son baromètre des hôpitaux et des cliniques²⁸, H+ met en évidence certains comportements de patients à l'égard de leur prise en charge et des hôpitaux. Pour le compte du présent projet, il a été demandé d'évaluer les résultats de ce baromètre pour déterminer si les résultats des Romands différaient significativement de ceux présentés à l'échelon national, sachant que des résultats pertinents ne pouvaient pas être obtenus pour le seul canton de Neuchâtel. Il en est ressorti que les Romands ne se distinguent pas ou que peu des autres régions linguistiques.

²⁶ Joly et al. Gériatrie aiguë: un modèle d'unité intégrée de soins aux seniors Rev Med Suisse 2012; 8:2128-32

²⁷ Fox et al JAGS 2012; 60: 2237-2245

²⁸ gfs.berne, Baromètre des hôpitaux et des cliniques de H+, juin/juillet 2015

Le patient 2.0

Ce sondage met en évidence que près de 2/3 des citoyens considèrent qu'ils sont les mieux placés pour décider dans quel hôpital ils souhaitent se faire soigner. 61% d'entre eux s'informent toujours avec précision sur leur médecin ou leur hôpital avant une prise en charge.

Internet a modifié la relation des patients à l'information dans le domaine de la santé. Ainsi, 41% des personnes interrogées dans le cadre du sondage H+ indiquent commencer par rechercher des informations sur Internet. Plus loin de chez nous, mais dans une réalité partagée, une étude publiée en 2011, effectuée sur un panel d'adultes aux Etats-Unis²⁹ montre que 80% de la population connectée utilise Internet pour s'informer sur des sujets concernant la santé, 34% lit les commentaires d'autres internautes et 18% recherche des personnes présentant une même pathologie.

En outre, on assiste depuis une dizaine d'années au développement de nouveaux réseaux sociaux spécialisés dans certaines pathologies, en particulier les maladies chroniques et les maladies rares. *"Tout devient alors une question de participation et d'échange entre les patients regroupés dans un même espace virtuel. L'environnement du patient connecté a largement évolué, à tel point qu'on parle désormais de «patients 2.0» ou encore de «e-patients» pour caractériser l'émergence d'une population éclairée. Ces patients utilisent Internet pour rechercher de l'information médicale mais aussi pour divulguer les expériences qui les concernent ou concernent leurs proches. Et, au-delà du monde virtuel, les effets se propagent à toutes les étapes du processus de soins, dès la consultation.*^{30"}

Patient ou consommateur ?

La population devient plus exigeante : elle veut un accès rapide à un large éventail de prestations, tout en bénéficiant des meilleures compétences. La consultation médicale devient un produit de consommation. Ainsi, par exemple, chaque patient souhaitera être pris en charge sans délai par le spécialiste le mieux à même de lui prodiguer le traitement requis.

On peut citer un récent article³¹ illustrant le recours fréquent aux urgences pédiatriques : "Ces dernières années, la fréquentation des urgences pédiatriques a explosé en Suisse. Dans certains cantons romands, la hausse est de 10% en un an. A Genève, on parle même d'un doublement des consultations sur les vingt dernières années. A Zurich, l'évolution est de 25% en cinq ans." Si cette évolution est pour une part liée à l'évolution des professionnels de la santé (pénurie de médecins de 1^{er} recours, moins disposés à travailler sur des horaires élargis), "les patients aussi ont changé en vingt ans. Et cela a une incidence directe sur les urgences pédiatriques. Généralement plus actifs et plus stressés, les parents maximisent leur temps à disposition."

4.2.4 Mobilité des patients

Le changement de comportement des patients s'observe également dans sa propension à recourir à des prestations qui ne sont plus directement à proximité de chez eux. Nous détaillerons ce volet au chapitre 6.1.1. L'amélioration des voies de communication, l'évolution de la société à l'égard des temps de déplacement et la réforme du financement (des soins de longue durée et des hôpitaux) sont autant d'éléments qui font du patient d'aujourd'hui un patient mobile, dans tous les cas pour certains types de prestations.

A ce sujet, l'Obsan a publié en 2015 un rapport³² évaluant les effets de l'introduction du libre choix de l'hôpital sur les flux intercantonaux de patients (voir chapitre 4.3.5). Cette étude met en évidence une augmentation des flux intercantonaux de patients liée à l'introduction du libre choix de l'hôpital, comme le démontre la figure 6 ci-dessous.

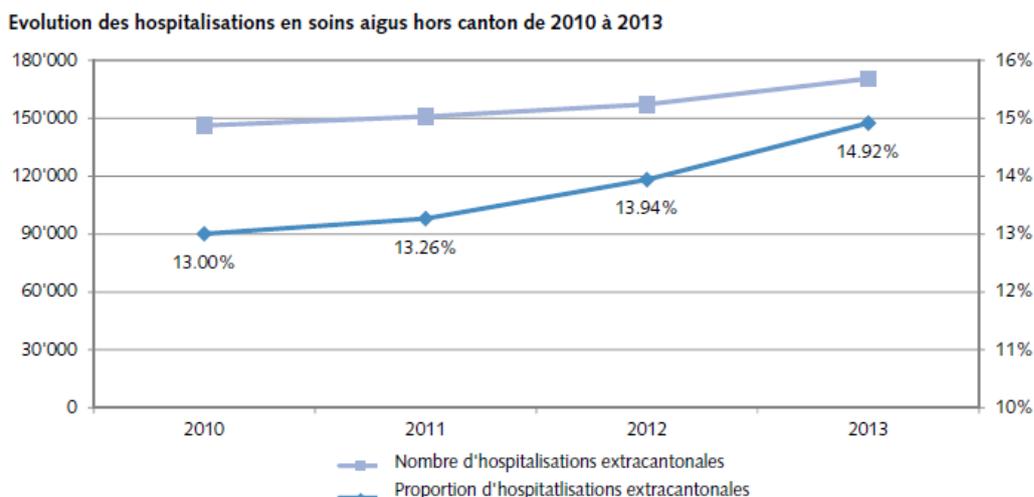
²⁹ S. Fox, PewResearchCenter, The Social Life of Health Information, 2011

³⁰ R. Laubie, Le patient connecté ou les métamorphoses de la santé, l'Expansion Management Review, 2011

³¹ <http://www.lematin.ch/matindimanche/Les-parents-emmenent-trop-vite-leurs-enfants-aux-urgences/story/28981866>

³² OBSAN, Séjours hospitaliers hors du canton de domicile Description des flux de patients et analyse des déterminants, 2015

Figure 6: Evolution des hospitalisations en soins aigus hors canton de 2010 à 2013



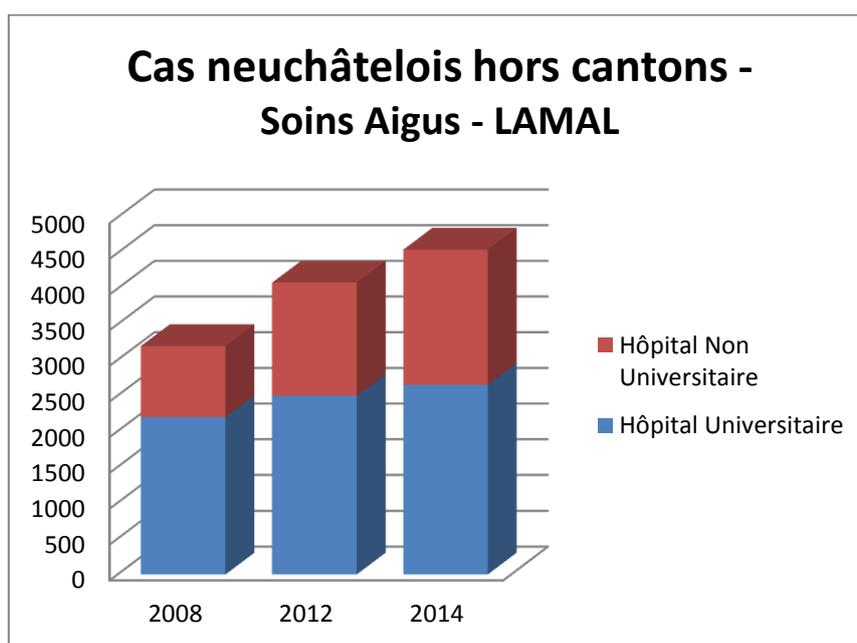
Sources: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, STATPOP; propre exploitation.

L'analyse des domaines de prestations et des groupes de prestations confirme l'hypothèse selon laquelle la part des cas extracantonaux est particulièrement importante dans les domaines des prestations (hautement) spécialisées. La part des cas extracantonaux a cependant aussi augmenté dans les prestations de base en soins somatiques aigus stationnaires, bien que cette offre soit généralement disponible dans le canton de domicile du patient.

L'analyse effectuée pour les cas neuchâtelois rejoint les conclusions de l'Obsan. Il est en effet constaté que, pour le canton de Neuchâtel, plus de 20% des cas soins aigus et réadaptation sont traités hors canton.

L'évolution des cas traités hors canton est plus forte (6%) entre 2013 et 2014 que l'évolution des cas neuchâtelois traités dans le canton (stabilisation, 0.2%). De 2008 à 2014, on observe une augmentation des cas des soins aigus LAMal avec principalement une augmentation des cas traités en hôpital non universitaire (doublement des cas entre 2008 et 2014), comme l'indique la figure 7 ci-dessous.

Figure 7: Hospitalisations neuchâteloises hors canton en soins aigus somatiques relevant de la LAMal, nombre de cas 2008-2014



En 2014, 57% des cas hors canton de soins aigus LAMal le sont dans des hôpitaux universitaires (soit 2651 cas). Un tiers de ces cas a trait à la cardiologie (892 cas).

Un focus particulier a été mis sur les hospitalisations hors canton en hôpital non universitaire. En 2014, les 1'895 cas traités dans ces hôpitaux ont principalement été pris en charge dans les hôpitaux limitrophes, notamment à l'Hôpital du Jura bernois (HJB - 534 cas, soit 28%) et dans les cliniques privées bernoises (505 cas, soit 26%). Il s'agit majoritairement des cas liés au secteur mère-enfant pour l'HJB (233 cas de gynéco-obstétrique – 153 naissances) et à l'orthopédie pour les cliniques bernoises (225 cas).

4.3 Hôpital

Dans le domaine spécifique des hôpitaux, l'OCDE relève les constats suivants :

- *"le secteur hospitalier est souvent une source majeure d'accroissement des coûts et, par comparaison avec d'autres pays de l'OCDE, la Suisse compte un nombre important d'hôpitaux par rapport à sa population et à sa superficie",*
- *"le nombre des hôpitaux, en Suisse, par rapport à la population étant l'un des plus élevés des pays de l'OCDE, les réformes du financement amèneront aussi probablement des interrogations sur la viabilité de certains hôpitaux (en particulier les petits établissements), dont les volumes d'activité pourraient être insuffisants pour être viables dans un système de financement fondé sur l'éventail des pathologies traitées. Pour déterminer le niveau de l'offre d'hôpitaux souhaitable à l'avenir, les cantons devraient exploiter les nouvelles informations sur le coût des services hospitaliers, ainsi que les données indiquant si ces hôpitaux sont sûrs et produisent de meilleurs résultats pour les patients",*
- *"malgré les réductions opérées au cours de la dernière décennie, la durée des séjours à l'hôpital, en Suisse, est supérieure à ce qu'elle est, en moyenne, dans la zone de l'OCDE, et il y a moins d'hospitalisations de jour en proportion de l'ensemble des cas traités à l'hôpital, en Suisse, que dans plusieurs autres pays".*

4.3.1 Virage ambulatoire

Les activités de l'hôpital sont diverses et variées. Si elles peuvent prendre la forme d'hospitalisations, ce type de prise en charge ne représente cependant qu'une partie des activités de l'hôpital. En outre, le volet stationnaire hospitalier ne devrait voir d'augmentations majeures que dans les domaines de la médecine (chronicité et polymorbidité), de la gériatrie aiguë et de la réadaptation en lien avec les évolutions attendues concernant les patients (voir chapitre 4.2).

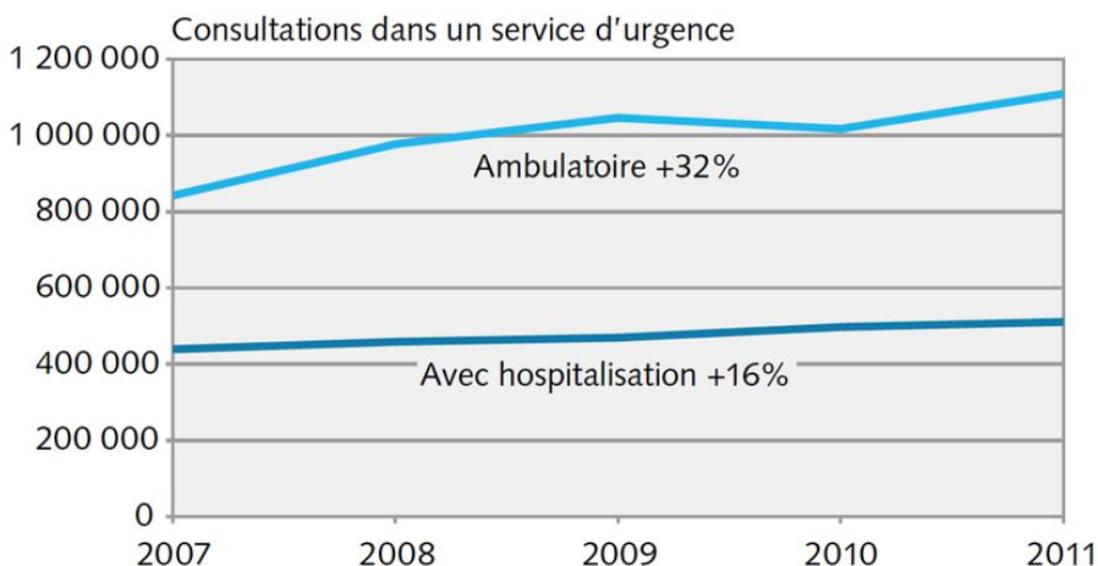
Le volet ambulatoire de l'activité de l'hôpital représente la plus grande part des recours de patients à ce prestataire de soins, et de loin. L'analyse de l'activité 2014 de l'HNE met ainsi en évidence que les déplacements des patients pour se rendre à l'hôpital sont en moyenne dix fois plus importants pour les prestations ambulatoires que pour les prestations stationnaires (hospitalisations), comme le démontrent les données présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Importance des déplacements pour les consultations ambulatoires et hospitalisations

District	Nombre de déplacements pour des consultations ambulatoires (journées-visite)	Nombre d'hospitalisations (tous sites confondus)	Importance des déplacements pour des hospitalisations par rapport au total des déplacements pour une prise en charge ambulatoire ou hospitalière
Neuchâtel	49'522	5'200	10%
Boudry	32'629	3'559	9%
La Chaux-de-Fonds	50'843	4'647	11%
Le Locle	18'219	1'668	11%
Val-de-Ruz	15'772	1'490	11%
Val-de-Travers	14'593	1287	11%
total	181'578	17'851	10%

Ce constat s'est amplifié ces dernières années, le rôle de l'hôpital dans ce domaine s'étant fortement accru, en partie pour pallier à certains manques de la médecine de ville (voir chapitre 4.1.5). Il ressort d'ailleurs d'une étude réalisée par l'Obsan³³ en 2013 que les consultations ambulatoires dans un service d'urgences ont considérablement augmenté, deux fois plus que les hospitalisations, comme le démontre la figure 8 ci-dessous.

Figure 8: Volumes de consultations (ambulatoire et avec hospitalisation) dans un service d'urgence, Suisse 2007-2011



Source: Statistique médicale OFS et Pool tarifaire SASIS, 2007–2011

© Obsan

³³ Vilpert, S. (2013). Consultations dans un service d'urgence en Suisse (Obsan Bulletin 3/2013). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Par ailleurs, avec le développement technologique, notamment des méthodes de chirurgie mini-invasive, et la pression mise sur les coûts de l'hôpital, ce dernier est poussé à accentuer le virage ambulatoire. H+ communiquait d'ailleurs sur ce sujet en 2014³⁴. Il indiquait que *"la croissance des prestations des hôpitaux et des cliniques dans le secteur ambulatoire est due aux raisons suivantes : la hausse de la demande en prestations ambulatoires des hôpitaux, l'augmentation des maladies chroniques et multiples ainsi que le progrès médical. Le développement démographique, caractérisé par le vieillissement de la population et par le fait que la génération du baby-boom doit recourir désormais davantage aux soins, accentue cette évolution. La demande accrue en prestations ambulatoires hospitalières est accompagnée par un recul de la proportion des traitements stationnaires dans les hôpitaux et les cliniques"*.

H+ relevait par ailleurs que *"cette évolution est judicieuse tant du point de vue de l'économie de la santé que du point de vue de l'économie en général"*. L'Obsan confirmait, dans une étude récente³⁵, que le virage ambulatoire amène une économie *"pour les procédures où l'ambulatoire remplace le stationnaire"*. Les exemples suivants peuvent être cités : une opération des varices coûte environ 2'600 francs en ambulatoire contre 7'400 francs en stationnaire, une opération du ménisque revient à 2'400 francs en ambulatoire contre 3'700 en stationnaire (Kassensturz, 26.08.2014).

De plus, diverses études mettent en évidence des raisons médicales qui soutiennent le développement de l'ambulatoire, à savoir :

- **la réduction du risque d'infections nosocomiales** : En raison de la brièveté du séjour, la probabilité de contracter une maladie est réduite par rapport à une hospitalisation traditionnelle. Selon les sources, le risque d'infection nosocomiale varie mais le taux de 0,5% apparaît globalement accepté alors que dans les services de chirurgie des hôpitaux, le taux d'infections nosocomiales des patients opérés est de l'ordre de 5%³⁶,
- **l'amélioration du rétablissement postopératoire** : La chirurgie ambulatoire permet de raccourcir l'incapacité postopératoire et le temps de convalescence³⁷. En outre, la chirurgie ambulatoire réduit également le risque de complications thromboemboliques causées en partie par l'alitement,
- **un mode de prise en charge adapté au confort des patients** : Les études révèlent un haut degré de satisfaction des patients pris en charge en ambulatoire³⁸,
- **une diminution du niveau d'anxiété notamment pour les personnes âgées** : le patient ne subit plus l'organisation d'un service d'hospitalisation classique, la prise en charge en hospitalisation ambulatoire se fait sur un mode continu permettant une attention du sujet toujours stimulée. Le sentiment d'abandon se fait moins sentir avec diminution de l'angoisse et du stress.³⁹

Si ce virage ambulatoire a déjà été pris, en particulier dans les pays anglo-saxons, il reste un potentiel d'adaptation encore important dans les hôpitaux suisses, et notamment neuchâtelois. A l'HNE, la part d'actes chirurgicaux réalisés de manière ambulatoire est de l'ordre de 26% en 2015, alors que l'établissement estime pouvoir faire évoluer ce taux à 50%⁴⁰. D'autres pays connaissent un taux de prestations ambulatoires encore plus élevé. La France a notamment fixé un objectif à 60% pour ses hôpitaux.

4.3.2 Hôpital hors des murs

Dans un contexte épidémiologique marqué notamment par l'importance des comorbidités et des maladies chroniques de longue durée (voir chapitre 4.2.1), il est plus que jamais question de trouver des alternatives à une hospitalisation réputée coûteuse.

³⁴ H+ Les Hôpitaux de Suisse, Fiche d'information, Prestations ambulatoires dans les hôpitaux et les cliniques, mai 2014

³⁵ Roth, S. & Pellegrini, S. (2015). Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins ? (Obsan Rapport 68). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

³⁶ Incidence of surgical-site infections in ambulatory surgery: results of the INCISO surveillance network in 1999-2000

³⁷ Fast track surgery. Stake in Health service, stake for the patients, stake for PMR? G. Kemoun et al, 23 January 2006.

³⁸ Randomized Clinical Trial of One-Day Surgery: Patient Satisfaction, Clinical résultats, and Costs Raynald Pineault et al, Medical Care, Vol. 23, No. 2

³⁹ Chirurgie ambulatoire: y'a-t-il une limite d'âge? N Dufeu, M Beaussier, e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2013

⁴⁰ Stratégie 2015-2022 de l'HNE, juin 2015

Ainsi, dans le but d'éviter de recourir à l'hospitalisation traditionnelle, de nouvelles formes de prise en charge se développent dans le cadre de l'hôpital, mais en marge des sites hospitaliers proprement dits. En effet, on observe le développement d'un "hôpital hors les murs". Plus ancienne dans le secteur psychiatrique, avec le mouvement "désaliéniste", la démarche correspond d'abord à des préoccupations assez répandues au niveau international, d'ordre organisationnel, économique ou de gestion : le "désengorgement" et le "décloisonnement" des services, la "continuité" et la "coordination des soins", en particulier avec la médecine de ville⁴¹. Cette démarche rencontre aussi une aspiration professionnelle à mieux prendre en charge le patient, en allant à sa rencontre et en l'accompagnant (via une recherche « de proximité » avec ce dernier). En termes d'enjeux sociaux, certaines expériences restent porteuses d'avenir, car il s'agit souvent de secteurs clefs du développement de la santé, du point de vue de ses besoins complexes (vieillesse, maladies chroniques, maladies infectieuses, problématiques psycho-sociales).

Un hôpital peut ainsi être porteur de diverses structures intervenant dans le parcours des patients sur un territoire donné. Il doit pouvoir démontrer qu'un hôpital peut sortir de ses murs, en mettant à la disposition des professionnels de ville, des familles et des partenaires, des outils de prévention, de soins, d'aide et d'accompagnement avec des personnels hospitaliers compétents. Quelques exemples français démontrent, dans les domaines de la gériatrie⁴² ou de l'éducation thérapeutique⁴³, que l'hôpital peut, voire doit, prendre ce virage.

Si nous connaissons déjà le concept des équipes mobiles en Suisse et dans le canton, l'hospitalisation à domicile tend à devenir une référence intéressante pour la prise en charge des patients. Un sondage français réalisé en 2015 par Ipsos, à la demande de la Fédération hospitalière de France⁴⁴, démontre que la population veut "un hôpital hors les murs". Ainsi, les Français estiment, à plus de 80%, qu'il serait indispensable de développer l'hospitalisation à domicile. Toujours en France, l'Institut national du cancer estime que le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) est aujourd'hui une réelle demande des patients et de leur entourage.

Le Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits de la femme définit l'hospitalisation à domicile (HAD) comme suit⁴⁵: *"L'HAD ne doit pas être intégralement assimilée à un séjour à l'hôpital, puisqu'elle n'héberge pas la personne et n'assure ni la présence permanente ni les moyens techniques et humains qu'on y trouve. Elle intègre en revanche des préoccupations différentes : l'évaluation et l'adaptation du domicile aux besoins de soins, la prise en compte de l'environnement et de l'entourage dans les soins, la coordination avec les professionnels sanitaires et sociaux de la ville (médecins traitants, professionnels de santé libéraux, officines pharmaceutiques, services à domicile, services sociaux), ce qui en fait un dispositif unique en son genre."* La prise en charge en HAD répond à la définition du code de la santé publique (art. R.712-2-1) disposant que les «structures d'HAD sont chargées d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes". Sans l'HAD, les personnes qu'elle accueille seraient maintenues en établissement hospitalier ; elle permet donc de raccourcir une hospitalisation en établissement, voire parfois de l'éviter complètement.

4.3.3 Qualité

De manière générale, les standards de qualité sont de plus en plus élevés dans nos hôpitaux suisses. Ils peuvent prendre différentes formes : recommandations des sociétés médicales, développement des indicateurs de qualité, attentes des patients, planification hospitalière et concurrence.

Les sociétés médicales définissent les standards de qualité à respecter par un hôpital pour se voir reconnaître comme centre de compétence ou de formation dans une discipline donnée. Lorsque ce n'est pas déjà le cas aujourd'hui, ces standards devront tôt ou tard être respectés pour qu'un hôpital puisse prétendre à exploiter les services en question, ainsi qu'à une rémunération de ses prestations.

⁴¹ Sainsaulieu Ivan, Vega Anne, « Introduction. », Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle 3/2014 (Vol. 47), p. 7-11

⁴² Hôpital les Magnolias, http://www.hopital-les-magnolias.com/ewb_pages/h/hopital-hors-les-murs.php

⁴³ <http://www.ladepeche.fr/article/2014/06/10/1897075-cardiologie-education-therapeutique-existe-hors-murs-hopital.htm>

⁴⁴ Sondage FHF / Ipsos : Observatoire de l'égalité d'accès aux soins, mai 2015

⁴⁵ Circulaire DHOS/O no 2004-44, du 4 février 2004, relative à l'hospitalisation à domicile

À titre d'exemple, citons les nouvelles directives de reconnaissance des unités de soins intermédiaires (IMCU) établies par la Société suisse de médecine intensive (SSMI). En effet, même si de telles unités intermédiaires existent dans différents hôpitaux depuis longtemps, il en manquait une définition généralement acceptée. Un groupe de travail mené par la SSMI en collaboration avec huit autres sociétés médicales a donc pris l'initiative de développer des recommandations qui sont formalisées dans le document «directives pour la reconnaissance IMCU» et valables depuis janvier 2014. Ces directives définissent les infrastructures et les compétences minimales nécessaires pour exploiter une IMCU qui doit assurer une prise en charge de qualité à un coût acceptable. Un système de certification est également proposé dans ce cadre.

Par ailleurs, dans le domaine des soins palliatifs, des critères pour la certification et l'obtention d'un label qualité ont été établis récemment.

Enfin, dans un registre similaire, l'Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (IFSM) et les sociétés médicales fixent les critères de reconnaissance pour les établissements de formation postgraduée, y compris sur le volume de cas qui doit être fourni. Le médecin qui souhaite obtenir un titre de spécialiste doit ensuite effectuer sa formation dans des établissements de formation postgraduée reconnus. Cet élément est fondamental pour l'attractivité de l'établissement hospitalier.

S'agissant des indicateurs de qualité, ceux-ci se développent de plus en plus, notamment sous l'impulsion de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) qui a été constituée en 2009. Elle coordonne et met en œuvre des mesures de qualité dans différents domaines (médecine somatique aiguë, réadaptation et psychiatrie). Les résultats permettent de faire des comparaisons au niveau national, à partir desquelles les hôpitaux et les cliniques peuvent développer des mesures ciblées pour améliorer leur qualité. Les membres de l'ANQ sont H+, santésuisse, les cantons et les assurances sociales fédérales. Même si ces indicateurs, qui sont publiés, ne sont pas encore la panacée, ils s'imposent de plus en plus comme des outils incontournables pour le pilotage et la comparaison entre hôpitaux.

Sur cette base, notamment, des comparaisons entre hôpitaux sont désormais réalisées. Santésuisse a d'ailleurs récemment mis en place un site Internet⁴⁶ devant permettre des comparaisons selon différents indicateurs de qualité.

Le développement des standards de qualité prennent également d'autres formes qui sont traitées dans d'autres chapitres : la définition de nouveaux critères de planification hospitalières comprenant des exigences médicales strictes (voir chapitre 4.3.6), la révision de la LAMal et l'introduction d'une concurrence entre hôpitaux qui se joue en grande partie sur le thème de la qualité (voir chapitre 4.3.5), ainsi que l'évolution des attentes des patients qui se montrent de plus en plus exigeants (voir chapitre 4.2.3).

4.3.4 Spécialisation et segmentation

L'hôpital de demain se caractérise par une forte spécialisation et une grande technicité. La médecine somatique aiguë tend à se segmenter avec le développement de sous-spécialisations qui impose aux prestataires individuels qu'ils soient disponibles au même endroit géographique. Ces sous-spécialités rendent difficile, voire impossible à terme, d'offrir toutes ces prestations spécialisées dans différents lieux, par manque de forces vives. L'hôpital devient la somme de technicités des personnes hyperspécialisées qui doivent graviter autour d'un patient sur un même site.

L'exemple le plus parlant concerne la chirurgie. Alors que les chirurgiens disposaient de compétences générales en chirurgie il y a encore quelques années, pratiquant des interventions en chirurgie viscérale, en orthopédie, etc., les chirurgiens d'aujourd'hui sont des spécialistes, voire des hyperspécialistes, qui ne pratiquent plus que dans un des secteurs ou sous-secteurs de la chirurgie. En orthopédie, les médecins se spécialisent dans les interventions concernant une partie bien spécifique du corps : genou, hanche, main, etc.

46 <http://www.hostofinder.ch/fr/>

À ce sujet, l'Obsan relève, dans un rapport sur l'offre et le recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse⁴⁷, que le corps médical est confronté à des pressions diverses dont la prédominance de la médecine spécialisée. Ce constat est également partagé par des spécialistes du domaine. Ainsi, Dr Bertrand Kiefer écrit ce qui suit concernant l'évolution de l'hôpital⁴⁸: *"Ce qui se profile, pour le moment, ce sont des hôpitaux capables d'offrir à la fois des services de base [...] mais aussi des offres cliniques performantes – à la fois au niveau de la qualité et du prix – ce qui suppose une spécialisation, en particulier pour les établissements de taille moyenne... À l'hôpital ne restera donc, dans un futur très proche, que la haute technologie"*. Enfin, lors d'un congrès d'H+, Charles Kleiber⁴⁹, ancien président du conseil d'administration de l'Hôpital du Valais, parlait également de *"spécialisation et fragmentation irréversibles des pratiques médicales"*.

4.3.5 Réforme du financement hospitalier

En 2007, les Chambres fédérales approuvaient la révision de la LAMal pour sa partie relative au financement hospitalier. La LAMal révisée est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, mais la mise en œuvre des principales modifications a eu lieu le 1^{er} janvier 2012. Cette réforme avait pour objectif d'améliorer l'économicité et la qualité des prestations en mettant en place une forme de concurrence entre les hôpitaux. Cette concurrence se joue entre l'ensemble des acteurs du système, que ce soit les hôpitaux publics ou les cliniques privées, et quel que soit leur canton d'implantation. La réforme a introduit la libre circulation des patients qui est caractérisée par la prise en charge systématique par le canton de domicile de sa part de financement de la prestation. Les cantons financent ainsi les soins de leur population et non plus des infrastructures avec leurs coûts d'exploitation.

Par ailleurs, dans le cadre de cette réforme, les systèmes de rémunération ont été revus. Des structures nationales sont élaborées pour introduire un mode de financement forfaitaire à la prestation. Alors que les SwissDRG s'appliquent déjà aujourd'hui dans le domaine des soins somatiques aigus pour les patients stationnaires, ST Reha (pour la réadaptation) et TARPSY (pour la psychiatrie) sont en cours d'élaboration au niveau national et devraient entrer en vigueur en 2018. Ces systèmes de rémunération poussent et pousseront les hôpitaux à améliorer leur organisation interne pour pouvoir exploiter au mieux le cadre qui leur est donné.

À ce sujet, il convient de relever que, dans le domaine de la réadaptation, la structure tarifaire (dénommée ST Reha) est basée sur la constitution de groupes homogènes de coûts et de prestations, reflétant de façon forfaitaire le type et l'intensité de la prestation. Ce système de classification est basé sur différentes filières de soins, limitées pour le moment au nombre de quatre⁵⁰ (neurologique, musculo-squelettique, cardiologique et pneumologique). Des critères d'admission dans chacune de ces filières, ainsi que des programmes de traitement bien établis sont prévus, de même que des mesures de la qualité découlant de cette classification.

Une refonte importante du TARMED est également en cours au niveau national s'agissant du financement ambulatoire. Cette révision de la structure tarifaire intervient notamment dans le prolongement d'une décision du Conseil fédéral en 2014 qui a revalorisé les prestations de médecine de premier recours au détriment de la médecine spécialisée. Les hôpitaux sont évidemment touchés par ce genre de décision et ont vu leurs recettes diminuer. Il n'est pas exclu que les révisions à venir aient un impact similaire.

Cette concurrence nouvelle et ces nouvelles règles de financement ont déjà passablement modifié les comportements des acteurs du système de santé, même si les effets s'en feront essentiellement ressentir à moyen ou long termes. Ainsi, le Crédit Suisse⁵¹ estime, dans une étude de 2013, que *"la concurrence ne va pouvoir déployer toute sa force qu'à long terme, et qu'en attendant, des distorsions existeront entre les différents cantons orientés vers le secteur privé et entre hôpitaux publics et privés"*.

⁴⁷ Observatoire suisse de la santé, Hélène Jaccard Ruedin, Maik Roth, Carine Bétrisey, Nicola Marzo, André Busato, Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse, Document de travail 22, avril 2007

⁴⁸ B. Kiefer, Crise hospitalière et choix démocratique, Revue Médicale Suisse, 18 février 2015.

⁴⁹ C. Kleiber / Congrès H+ / Réinventer l'hôpital / 07.11.2013

⁵⁰ Des hôpitaux suisses, dont l'HNE, militent pour qu'une filière de réadaptation gériatrique soit également incluse dans le catalogue des prestations.

⁵¹ Crédit Suisse, Système de santé suisse 2013, Le marché hospitalier en mutation, août 2013

4.3.6 Planification hospitalière

Toujours dans le cadre de la réforme du financement hospitalier décrit au chapitre précédent, de nouvelles règles de planification hospitalière ont été définies dans les domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS), critères uniformes de planification et coordination intercantonale.

Médecine hautement spécialisée

Pour rappel, dans le domaine de la MHS, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse (art. 39 LAMal, al 2bis). Au lieu des vingt-six planifications cantonales, il n'existe qu'une seule planification pour la MHS, menée conjointement par tous les cantons, conformément à la Convention intercantonale relative à la MHS (CIMHS) que l'ensemble des cantons ont signée.

Aujourd'hui, ce sont près de quarante domaines de prestations qui ont été planifiés par les cantons comme relevant de la MHS : grands brûlés, transplantations, chirurgie viscérale complexe, etc. Plusieurs autres domaines sont désormais sous la loupe en vue de concentrations, comme la chirurgie thoracique, la chirurgie vasculaire ou l'oncologie. Il est admis que le processus de concentration continuera dans les temps à venir, et fort probablement dans des domaines qui ne sont plus ceux de la haute spécialisation uniquement. En effet, certaines prestations aujourd'hui réalisées dans les hôpitaux comme l'HNE seront à l'avenir intégrées dans le giron de la MHS, obligeant les hôpitaux à respecter des critères de qualité, notamment faire état d'une activité suffisante dans le domaine considéré, pour se voir attribuer un mandat de prestations.

Ces activités ne pourront ainsi être maintenues dans les hôpitaux régionaux ou cantonaux qu'à condition de remplir tous les critères fixés, ce qui n'est de loin pas acquis. Ainsi, cette démarche de planification hospitalière intercantonale a et aura pour conséquence de concentrer l'activité hautement spécialisées dans quelques centres seulement, dont les centres universitaires. Cette démarche risque de faire perdre une part de l'activité assumée aujourd'hui par les hôpitaux non universitaires.

Critères de planification

La LAMal révisée en 2009 a également introduit des critères uniformes de planification qui sont édictés par le Conseil fédéral. A titre d'exemple, la planification liée aux prestations est désormais obligatoire pour le secteur des soins aigus somatiques.

Tenant compte de ces nouvelles règles de planification hospitalière, les cantons de Zurich et de Berne ont développé un modèle de groupement des prestations pour le secteur des soins somatiques aigus (dénommé groupes de prestations pour la planification hospitalière ou GPPH). Ce concept comprend des exigences spécifiques aux groupes de prestations qui ont trait notamment à :

- l'obtention de titres de spécialiste par les médecins
- la disponibilité des médecins dans un délai adéquat
- l'existence d'un service des urgences dans l'hôpital
- la disponibilité de soins intensifs ou d'une surveillance continue dans l'hôpital
- la disponibilité des laboratoires
- l'existence d'équipements de radiologie
- l'existence d'un tumorboard
- la fourniture d'un nombre minimum de cas par année
- la réalisation de la prestation en interne uniquement
- le lien avec d'autres groupes de prestations.

A défaut de pouvoir respecter l'ensemble des conditions posées, un établissement pourrait ne pas se voir octroyer de mandat ou se voir retirer son mandat de prestations. Des contrôles sont effectués à ce sujet.

L'utilisation de ce modèle et, partant, de ces exigences médicales, a été recommandée par la CDS. Il est aujourd'hui appliqué dans une vingtaine de cantons suisses, dont le canton de Neuchâtel.

Collaborations intercantionales

La LAMal révisée édicte que les cantons doivent coordonner leur planification. Différentes approches existent pour respecter cette demande, allant de la simple consultation d'autres cantons dans le cadre des décisions prises en matière de planification hospitalière jusqu'à l'intégration complète des planifications intercantionales.

Les cantons romands, dans le cadre de la Conférence latine des affaires sociales et sanitaires (CLASS), ont récemment décidé de s'engager dans une démarche commune de planification. A l'été 2015, ils ont à cet effet mandaté un expert pour réaliser, d'ici à l'été 2016, une étude portant sur l'opportunité de mettre en place une planification intercantonale romande sous la forme d'une mise en réseau des hôpitaux de soins somatiques aigus de la Suisse romande. Cette étude doit prendre notamment en compte les critères que sont les flux actuels de patients et les collaborations existantes (ensemble du territoire national), la qualité des soins, la disponibilité du personnel médico-soignant, la reconnaissance de la formation médicale, l'économicité des prestations, l'accessibilité (distance et délai), la densité de la population et les planifications hospitalières cantonales et de MHS.

4.3.7 Stratégies hospitalières

La réforme du financement hospitalier entrée en force en 2012 a clairement posé les bases pour augmenter la concurrence entre les hôpitaux. Tous les hôpitaux suisses doivent s'inscrire dans ces nouvelles conditions cadres ainsi que dans celles décrites dans les chapitres précédents s'agissant du système de santé, des patients et de l'hôpital. Les effets de cette évolution se sont fait ressentir depuis une vingtaine d'années déjà. Certains hôpitaux se concentrent, d'autres cessent leur activité. Tous repensent leur mode de fonctionnement. Et c'est d'autant plus vrai depuis 2012.

Les récents plans stratégiques présentés par l'Hôpital fribourgeois (HFR), par l'Hôpital du Jura (HJU) ou par les Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois (ehnv), pour ne citer qu'eux, en sont la preuve. Le secteur privé n'est pas en reste et voit les deux plus grands groupes de cliniques privées reprendre tour à tour des cliniques jusqu'alors indépendantes, celles-ci peinant à s'en sortir dans ce nouveau contexte national. Les cantons également repensent leur système hospitalier : celui de Berne voit l'Inselspital fusionner avec les hôpitaux de Spitalnetz Bern et autonomise ses hôpitaux psychiatriques, ceux de Vaud et du Valais construisent en commun un nouvel hôpital intercantonal pour la région Riviera-Chablais.

Si toutes ces réorganisations ont une origine commune, en particulier celle expliquée dans les chapitres précédents, elles ont cependant chacune leur spécificité. Celle-ci découle du contexte politique, économique, territorial ou architectural propre à chaque canton et chaque hôpital. L'importance du réseau hospitalier et médico-social cantonal, le besoin et l'envie d'être un centre de formation reconnu, les permanences à assurer, la proximité des axes de communication ou la présence de cliniques privées sur le territoire cantonal sont autant de facteurs qui influencent les orientations prises ou à prendre.

Néanmoins, une chose est sûre, l'hôpital doit se repenser constamment, parfois de manière plus profonde que d'autres.

4.3.8 Architecture hospitalière

L'architecture hospitalière doit également s'adapter aux besoins changeants de ses utilisateurs, à savoir les patients et le personnel. Les hôpitaux modernes sont conçus pour minimiser les efforts du personnel médical et réduire les risques de contamination, tout en optimisant l'efficacité du système dans son ensemble. La longueur des déplacements du personnel au sein de l'hôpital est réduite et le transport des patients d'une unité à une autre facilité.

L'Inselspital a bien intégré cette évolution puisque son projet de réorganisation architecturale vise à réduire au maximum les distances entre les services qui ont des flux importants entre eux. Alors que cet hôpital peut déjà se vanter de regrouper toutes les compétences sur un même terrain, il entend faire encore un pas supplémentaire pour minimiser les distances à parcourir pour son personnel, pour le bien du patient et l'efficacité de l'institution.

L'architecture doit également pouvoir absorber et s'adapter aux différentes évolutions, notamment :

- des développements technologiques (ex. automatisation de la pharmacie)
- des attentes de patients (ex. chambres à 1 lit, sanitaires individuels)
- du virage ambulatoire et des parcours internes des patients.

Sur ce dernier sujet, relevons que *"l'hôpital est de moins en moins un lieu de séjour, il sera de plus en plus un lieu de passage. Ceci va influencer la conception des espaces où, à côté du plateau technique, vont se développer des espaces réservés à l'ambulatoire, des espaces ouverts à d'autres acteurs comme la médecine libérale ou les associations de malades, ou bien encore des services complémentaires ou connexes à la santé"*⁵².

De manière générale, on remarque que les hôpitaux «modernes» sont souvent le produit d'une croissance qui s'étale sur des décennies, souvent mal contrôlée. Cette croissance a entraîné des ajouts successifs, nécessaires mais désorganisés, en fonction des besoins et des ressources financières à disposition. Ces ressources doivent être importantes au regard de la complexité des constructions à réaliser, du plateau technique qui les accompagne généralement et des enjeux qui y sont liés. La figure 9 ci-dessous présente les coûts de certains projets de rénovation ou de constructions hospitalières en cours en Suisse.

Figure 9: Exemple de travaux en cours en Suisse

Les projets en cours

Mio. CHF	Type de projet	Calendrier
2100	Hôpital universitaire de Zurich Rénovation complète	2014–2044
1000	Hôpital cantonal de Lucerne Construction/transformation/ agrandissement	2016–2030
900	Hôpital universitaire de Bâle Modernisation/ agrandissement	2012–2028
750	Hôpital de l'île de Berne Construction/transformation/ agrandissement	2008–2025
600	Hôpital cantonal de Saint-Gall Construction	2014–2027
530	Hôpital cantonal de Baden Construction de remplacement/ agrandissement	2014–2021
500	Hôpital cantonal d'Aarau Construction/ agrandissement	2013–2025
400	Hôpital cantonal de Coire Construction	2014–2021
351	Bürgerspital de Soleure Rénovation complète	2014–2020
278	Hôpital cantonal de Frauenfeld Construction	2015–2019
270	Hôpital de Limmattal Construction	2015–2019
240	Hôpital cantonal de Schaffhouse Construction/ agrandissement	2017–2022

Dans un monde mouvant comme celui de la santé, les constructions doivent pouvoir évoluer avec les besoins. Vu la complexité du domaine et les montants engagés dans les constructions hospitalières, il est indispensable de prévoir une grande évolutivité et flexibilité aux nouveaux bâtiments.

⁵² Les Actes du Festival international de géographie 2000: Géographie et Santé; QUELS ESPACES POUR L'HÔPITAL DE DEMAIN ?, Guy BERNFELD, Directeur du patrimoine, Assistance Publique des hôpitaux de Paris

4.4 Environnement

4.4.1 Aménagement du territoire

Par arrêté du 22 juin 2011, le Conseil d'État a validé le plan directeur cantonal (PDC) de l'aménagement du territoire. Ce plan sert à la mise en œuvre des priorités politiques définies par le parlement neuchâtelois dans la conception directrice de l'aménagement du territoire. Il lie les autorités (notamment cantonales et communales) dans l'exercice de leur pouvoir décisionnel en matière d'aménagement du territoire. Le PDC a par ailleurs été approuvé par le Conseil fédéral en juin 2013.

Sans retracer l'ensemble de la stratégie définie par le Conseil d'État, les principales priorités concernant l'organisation hospitalière cantonale développées dans le cadre du Projet du territoire sont mises en perspective ci-après :

- **A.2 - Viser un report modal fort vers les transports publics (TP) et les mobilités douces (MD)** : En lien avec l'évolution de l'urbanisation sur le plan cantonal et national, la demande de mobilité interne continuera d'augmenter. Pour y répondre de manière durable, le Canton opte pour un plafonnement du trafic individuel motorisé (TIM) et une prise en charge de la croissance des déplacements par les TP et les MD. Cela implique un report modal sur les transports publics et les mobilités douces, qui permettra d'éviter de nouveaux investissements majeurs dans les routes, qui seraient contraires à un développement durable à long terme,
- **U.1 - Politique d'urbanisation durable** : La priorité stratégique du Canton est de localiser le développement dans les agglomérations denses et sur des pôles forts bien desservis par les transports publics,
- **U.3 – Élever le niveau général des équipements et des services** : Isolément, chaque ville n'a que des possibilités limitées d'améliorer les équipements et les services urbains. Les progrès viendront des synergies et des complémentarités qu'il sera possible de développer entre les villes du réseau urbain neuchâtelois,
- **S.1 - Garantir l'accessibilité et les services de base** : Les services publics seront assurés dans tous les espaces du canton (d'agglomération, périurbains, ruraux), mais avec une intensité variable.

Ces éléments sont ensuite déclinés en fiches thématiques. En particulier, il s'agit des fiches U_11, U_31 et S_11 qui sont décrites ci-dessous :

Fiches PDC	Titre	Principes
U_11	Poursuivre une politique d'urbanisation durable	Organiser et coordonner le développement de l'urbanisation avec les transports et l'environnement, afin de limiter l'étalement urbain et maîtriser les impacts de la croissance de la mobilité
U_31	Optimiser la localisation des équipements publics	Concentrer des équipements publics d'importance cantonale à proximité des centres de forte densité de population bénéficiant d'une très bonne accessibilité TP, afin d'en accroître l'accès pour la majorité des usagers et favoriser le report modal
S_11	Garantir l'accès aux services de base	Garantir un accès équitable et durable aux services de base, en conciliant la demande d'accès aux services avec les impératifs du développement durable, en garantissant un accès minimum aux services, et en coordonnant l'accès aux services et la desserte TP sur le plan régional

Compte tenu du caractère d'intérêt public d'un équipement hospitalier comme l'HNE, susceptible d'être utilisé par l'ensemble de la population du canton, son implantation nécessite d'être évaluée en considérant le PDC.

4.4.2 Mobilité

La stratégie cantonale en matière de mobilité est décrite dans le rapport 15.024 du Conseil d'État, Neuchâtel Mobilité 2030, adopté par le Grand Conseil en novembre 2015. Cette stratégie globale, visant le développement multimodal des transports, se décline à travers des projets d'infrastructure planifiés pour les vingt prochaines années. Pour ce faire, il est souhaité mettre en œuvre une stratégie de mobilité bâtie sur quatre piliers complémentaires que sont le RER neuchâtelois (notamment la ligne ferroviaire directe entre Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds), les routes nationales (notamment H20 – Évitements du Locle et de La Chaux-de-Fonds), les routes cantonales et la mobilité douce. Ces piliers reposent sur une lecture de la mobilité qui n'oppose pas les modes de transports les uns aux autres mais les concilie. Ils visent, en outre, à mettre en place la vision du Conseil d'État annoncée dans son programme de législature 2013-2017 : "un canton, un espace".

Si cette stratégie a été approuvée par le peuple en février 2016, elle reste fortement dépendante de décisions de financement qu'est encore appelée à prendre la Confédération.

La réorganisation hospitalière impliquera inévitablement des flux de patients nouveaux rendant les questions de mobilité particulièrement importante s'agissant de l'accessibilité au système de santé, pour les employés, d'une part, et pour les patients, d'autre part. Deux évaluations ont été réalisées dans le cadre du présent projet pour chiffrer leurs déplacements respectifs à l'heure actuelle et suivant la variante retenue.

Employés de l'HNE

Dans le cadre de l'évaluation réalisée sur les employés de l'HNE en 2015, les constats suivants sont posés :

- au 1^{er} octobre 2015, l'HNE employait 2'756 personnes, soit 2'108 équivalents plein temps (EPT)⁵³ ;
- les districts de Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds et Boudry recensent 57% des lieux de domicile des EPT. Ces trois districts sont aussi les plus importants du canton en termes d'habitants. Le bassin de Morteau est le quatrième bassin de domicile des employés le plus important (près de 10%), et les régions frontalières recensent un nombre d'employés plus élevé que le reste de la Suisse (canton de Neuchâtel exclu), démontrant l'influence transnationale de l'HNE en tant qu'employeur, respectivement sa dépendance au bassin de population de proximité, y compris transfrontalier ;
- sur les trois sites hospitaliers que sont Pourtalès, La Chaux-de-Fonds et Landeyeux, la part la plus importante des employés travaille et réside dans le même district, suivie de ceux qui résident dans un district limitrophe du site hospitalier considéré. Dans la configuration actuelle, les distances domicile - travail sont donc minimisées ;
- à l'heure actuelle, le site de l'HNE qui génère le plus grand nombre de flux d'employés est celui de Pourtalès, à Neuchâtel. Il attire des employés résidant tant à proximité (districts de Neuchâtel, de Boudry) qu'à plus large échelle (autres cantons, France). A l'inverse, bien qu'il soit le deuxième site en termes d'EPT, l'hôpital de La Chaux-de-Fonds possède une aire d'influence plus locale, avec des employés résidant en majorité dans un périmètre plus restreint ;
- dans cette configuration multisite et avec les hypothèses de travail utilisées (transport uniquement en voiture, tous les EPT présents), les distances cumulées par l'ensemble des 2'108 EPT pour leurs trajets domicile-travail s'élèvent à plus de 41'500 kilomètres par jour, soit environ 20 kilomètres par EPT par trajet. En considérant des conditions de trafic optimales, les temps de parcours cumulés des collaborateurs de l'HNE pour leurs trajets domicile-travail sont de l'ordre de 675 heures, soit en moyenne 19 minutes par EPT par trajet. En heure de pointe, la durée moyenne de trajet est de 21 minutes par EPT par trajet, soit environ 9% de plus qu'en heure creuse. Le site de Pourtalès génère à lui seul plus de la moitié des prestations kilométriques et près de la moitié des temps de parcours cumulés, du fait du nombre important d'employés qui y travaillent ainsi que de sa vaste aire d'influence.

⁵³ À noter que l'effectif de l'HNE prévu au budget 2016 est de 2'037 équivalents plein temps (EPT), occupés par environ 2'650 personnes.

Patients de l'HNE

Une seconde évaluation a été réalisée sur la base des statistiques d'activité 2014 de l'HNE. Sur cette base, les constats suivants peuvent être posés :

- l'HNE a pris en charge 17'851 patients hospitalisés ;
- selon une démarche estimative tenant compte de la région de domicile du patient et du site hospitalier de prise en charge, les patients neuchâtelois ont parcouru un total de l'ordre de 370'000 kilomètres pour se rendre à l'hôpital et rentrer à leur domicile, soit environ 20,6 km par patient ;
- les patients du district de Neuchâtel parcourent aujourd'hui quelque 35'000 kilomètre, soit deux fois moins que les patients de La Chaux-de-Fonds (77'000 km). Les patients du district de Boudry sont ceux qui génèrent le plus de kilomètres (90'000 km) ;
- le site de Pourtalès génère à lui seul plus de 70% des prestations kilométriques des patients. Les patients domiciliés dans le district de Boudry et pris en charge à Pourtalès engendrent près d'un cinquième des distances parcourues au total par les patients (25% si l'on considère ceux qui sont pris en charge dans les autres sites).
- selon les mêmes hypothèses, en considérant des conditions de trafic optimales, les temps de parcours cumulés des patients de l'HNE pour leurs trajets vers le site de prise en charge sont de l'ordre de 13'000 heures, soit en moyenne 10 minutes par patient par trajet. En heure de pointe, la durée moyenne de trajet est de 12 minutes par patient par trajet.

Tableau 2: Kilomètres parcourus par les patients neuchâtelois hospitalisés à l'HNE en 2014

Site hospitalier / Région	CDF	PRT	BER	LOC	VDT	VDR	TOTAL
Neuchâtel	7'051	-	6'300	538	10'328	10'726	34'943
Boudry	7'614	72'648	-	397	3'876	4'532	89'067
La Chaux-de-Fonds	-	63'248	2'202	6'484	2'940	1'932	76'806
Le Locle	16'512	28'426	746	-	1'086	883	46'770
Val-de-Ruz	5'506	33'852	1'478	219	2'030	-	43'085
Val-de-Travers	12'132	60'204	1'104	50	-	1'890	75'380
Total	48'815	258'378	11'830	7'688	20'260	19'963	366'934

En conclusion, les distances et les temps de parcours moyens pour les trajets domicile-hôpital sont moins élevés pour les patients que pour les employés, mettant en exergue une influence plus localisée de l'HNE dans son rôle de prise en charge que d'employeur (incidences des flux frontaliers notamment).

4.4.3 Économie résidentielle

Avec ses quelque 2'650 collaborateurs, l'HNE est le plus grand employeur du canton. Ces derniers sont répartis sur les différents sites de l'institution et contribuent à la vie économique de la région dans laquelle ils travaillent.

Tenant compte de ces constats évidents, une analyse des retombées économiques régionales liées à l'HNE a été effectuée par le Groupe de recherche en économie territoriale (GRET) de l'Université de Neuchâtel. Cette étude traite des retombées directes (achat de biens et services pour l'hôpital et distribution des salaires), ainsi que des retombées indirectes (production de biens et services quelconques liés aux achats directs et production de biens et services quelconques pour satisfaire la demande des salariés). L'étude se base sur la situation 2015 de l'HNE.

En termes de répartition spatiale des salaires des employés de HNE, environ 75% des revenus salariaux perçus par les travailleurs de HNE se maintiennent dans le canton. En particulier, 74% des revenus salariaux des employés du site de Pourtalès et 66% des revenus salariaux des employés du site de La Chaux-de-Fonds se maintiennent dans le canton.

En termes de répartition spatiale des dépenses, sur un total de quelque 11 millions de francs dépensés par les salariés de l'HNE, plus de 75% le sont dans le canton de Neuchâtel, comme le démontre le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3: Retombées économiques sur le lieu de travail pour les employés de l'HNE

Type de dépenses	Portalès	La CDF	VDR	Le Locle	La Béroche	VDT
Dépenses totales (CHF), dont*:	6'056'449	3'526'827	539'984	310'669	267'927	347'434
1. Dépenses dans le canton de Neuchâtel	81.0%	71.2%	87.1%	70.6%	93.3%	67.1%
<i>Dépense dans la commune de travail</i>	70.5%	81.2%	18.2%	74.0%	35.9%	49.3%
<i>Dépense à Neuchâtel (centre urbain)</i>	NA	5.2%	38.1%	2.7%	42.6%	38.5%
<i>Dépense à La Chaux-de-Fonds (centre urbain)</i>	4.1%	NA	18.6%	15.5%	0.8%	2.4%
2. Dépenses dans les autres cantons	8.7%	6.0%	7.0%	0.7%	5.4%	3.2%
3. Dépenses en France (frontaliers)	10.3%	22.8%	5.9%	28.7%	1.3%	29.7%

*il s'agit des dépenses après soustraction de 20% de dépenses autres (voyages, dépenses autres régions, etc.)
Source: GRET

Ce tableau souligne l'importance des retombées économiques sur le lieu de travail, même si la pendularité pratiquée par les collaborateurs de l'HNE reste élevée. Cela s'explique notamment par le nombre important de collaborateurs de l'HNE qui habitent et travaillent sur les deux sites de Portalès et de La Chaux-de-Fonds et y effectuent, par conséquent, l'essentiel de leurs dépenses. En outre, sur ces deux sites, "l'effet d'agglomération" des deux villes y est fort. Ce sont deux places centrales (en termes d'emplois résidentiels) de consommation qui attirent aussi les pendulaires établis par exemple dans les communes du Littoral pour consommer. Neuchâtel bénéficie ainsi pleinement de ces deux facteurs de dépense. En effet, le nombre d'emplois de l'économie résidentielle pour 1'000 habitants est environ deux fois supérieur à Neuchâtel qu'à La Chaux-de-Fonds (608 contre 344).

4.5 Hôpital neuchâtelois

4.5.1 Situation actuelle et difficultés

Depuis sa création, l'HNE a régulièrement réfléchi à améliorer son fonctionnement et la qualité de la prise en charge des patients et réduire ses coûts. Diverses propositions en ce sens ont été faites, entraînant souvent des réactions en chaîne d'opposition ou de soutien. Cette situation a conduit l'HNE dans une ornière de laquelle il peine à s'extirper.

Par ailleurs, le cadre stratégique applicable à l'HNE a été défini dans le cadre d'options stratégiques portant à horizon 2017. Décidées en deux temps par les autorités politiques, puis pour certaines par le peuple, ces options peinent à s'appliquer concrètement sur le terrain. En effet, le contexte décrit dans les chapitres précédents rend certaines d'entre elles inapplicables ou applicables qu'à court ou moyen terme : difficultés de recrutement, problèmes financiers, recherche d'efficacité, etc.

Les autorités politiques ont bien compris cette situation puisqu'elles ont autorisés l'HNE à être délié de certaines options stratégiques. Pour la plupart d'entre elles, il s'agit d'options qui déterminent la répartition des missions entre les sites de l'HNE.

Il convient encore de préciser que l'HNE a vu sa direction générale être largement remaniée en 2015, lui faisant vivre une période de gouvernance troublée.

4.5.2 *Projet institutionnel 2015 – 2022*

Dans son projet institutionnel 2015 – 2022, l'HNE décrit sa vision, ses valeurs et ses missions. Il y propose en outre sa vision de l'organisation spatiale qu'il souhaite pouvoir mettre en œuvre, dans une approche centrée sur l'hôpital et son fonctionnement. Dans ce cadre, il considère qu'un hôpital cantonal se situant sur un seul et même site pour l'ensemble des prestations constitue la vision idéale pour les professionnels. Toutefois, l'organisation hospitalière proposée par l'HNE pour 2022 et au-delà répond au principe de réalité, sous l'angle des bâtiments existants – notamment de leur état de vétusté –, mais également en tant que réponse à une répartition spatiale équilibrée des prestations et de l'accès aux soins. Dès lors, elle se présente comme suit :

- les soins aigus ambulatoires et stationnaires sont regroupés sur le site de Neuchâtel, qui dispose du seul plateau médico-technique de l'HNE. Le site de soins aigus comprend un service d'urgences 24h/24 et une policlinique ambulatoire ;
- les soins de réadaptation et les suites de traitements, organisés par filières médicales, sont regroupés dans les Montagnes. Le site de réadaptation comprend un service d'urgences 24h/24, une policlinique ambulatoire, ainsi qu'une unité de lits d'observation. Ce site nécessitera une construction architecturale nouvelle ;
- une policlinique supplémentaire est située sur le site du Val-de-Travers, assurant le rôle de lieu de consultations ambulatoires sur place et de référent pour le transfert en milieu stationnaire.

L'HNE relève que cette nouvelle organisation est dépendante des décisions politiques à venir. Son projet institutionnel constitue en ce sens une base précieuse pour les études qui sont menées dans le cadre du présent projet.

L'HNE note enfin que, pendant la période de transition devant le conduire vers une nouvelle organisation, il devra clarifier les contours de ses filières de soins, notamment sur le plan architectural. Cela inclut la définition d'itinéraires de soins en dehors des murs de l'hôpital. L'acceptation d'une vision d'avenir claire permettra de décider des investissements futurs et de définir des priorités financières.

5 EVOLUTION À LONG TERME DE L'HNE

Avant d'évaluer les différentes variantes soumises à étude, il s'agit de déterminer comment va devoir évoluer l'hôpital dans le contexte décrit précédemment, indépendamment de son organisation spatiale. Ce chapitre présente ainsi l'évolution que les enjeux que les hôpitaux devront relever à moyen et long termes et dresse le rôle que doit jouer l'HNE dans ce monde en évolution. Enfin, il définit les prestations que l'HNE devra assumer, en particulier suite à sa réorganisation spatiale.

5.1 Enjeux de l'hôpital de demain

Dans un environnement en pleine mutation, l'hôpital de demain devra s'adapter pour répondre à des enjeux de taille dans le but de répondre aux besoins des patients, du système de santé et du territoire, de même qu'à ses propres besoins. Quatre enjeux principaux et généraux ont ainsi pu être posés.

1. L'hôpital de demain, maillon d'un réseau de santé qui communique

L'importance du travail en réseau a été démontrée dans les chapitres précédents. Ce réseau part *"des structures des médecins généralistes, avec des prolongements sur le médico-social, en multipliant les systèmes mobiles, les points d'écoute et d'orientation et l'hospitalisation à domicile. Ce réseau doit prendre en compte le malade dans toute sa globalité"*⁵⁴. Il doit en outre reposer sur la pluridisciplinarité et l'interprofessionnalité. L'hôpital doit être partie prenante à ce réseau.

*"Ces réseaux concernent aussi la télémédecine qui concerne autant la transmission d'images (radiographies, échographies, scanner, IRM...) que la surveillance médicale à domicile (grossesses à risques, diabétiques, personnes âgées, etc.). L'hôpital reposera de plus en plus sur un système d'information sophistiqué plutôt que sur un bâtiment monumental"*⁵⁵. En résumé, la médecine de demain sera une médecine de communication ;

2. L'hôpital de demain doit répondre aux défis démographique et épidémiologique

Avec l'évolution des caractéristiques des patients, la Confédération, les cantons et d'autres acteurs importants du système de santé s'accordent sur la nécessité de revoir les priorités du système de santé. *"Il faut passer d'un régime aujourd'hui centré sur les maladies aiguës à un dispositif qui permette de prendre en charge efficacement et durablement les malades chroniques et multimorbides, et qui reposera sur le patient. Autrement dit, il faut passer du «cure» au «care». Cela suppose une réorganisation des professions de la santé, la création de différentes formes de collaborations et une nouvelle division du travail"*⁵⁶. L'hôpital doit donc s'adapter en conséquence ;

3. L'hôpital de demain doit être bien réparti sur le territoire, mais plus concentré dans ses activités

*"L'hôpital de demain aura sans doute besoin de grandes emprises qui hébergeront des pôles médicaux très techniques, très denses, très spécialisés et localisés à des points stratégiques du territoire, en cœur de bassin de vie. Dans le même temps, la ville ne pourra se passer d'espaces hospitaliers de proximité moins médicalisés, plus généralistes et plus à l'échelle humaine, plus réduits en taille, plus dispersés mais plus intégrés au tissu urbain"*⁵⁷ ;

⁵⁴ Les Actes du Festival international de géographie 2000: Géographie et Santé; QUELS ESPACES POUR L'HÔPITAL DE DEMAIN ?, Guy BERNFELD, Directeur du patrimoine, Assistance Publique des hôpitaux de Paris

⁵⁵ Idem

⁵⁶ Observatoire suisse de la santé (éd.) (2015). La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Berne: Hogrefe Verlag

⁵⁷ Les Actes du Festival international de géographie 2000: Géographie et Santé; QUELS ESPACES POUR L'HÔPITAL DE DEMAIN ?, Guy BERNFELD, Directeur du patrimoine, Assistance Publique des hôpitaux de Paris

4. L'hôpital de demain doit innover et sortir de ses murs

L'hôpital doit repenser ses modes de prise en charge. C'est notamment "autour des soins ambulatoires que l'organisation urbaine de l'hôpital doit innover"⁵⁸. En outre, "l'évolution de l'hôpital va largement se faire virtuellement hors les murs par la compétence des équipes qui se délocalisent en se rendant au chevet du malade et dans les maisons de retraite, par la permanence du service public y compris dans le domaine médico-social, ..."⁵⁹.

5.2 Place de l'HNE

Comme indiqué au chapitre 4.5.2, l'HNE a défini sa mission, ses valeurs et sa vision dans le cadre de son projet institutionnel 2015 - 2022. Sur cette base, nous avons tenu à préciser le rôle et la place de l'HNE en tant qu'acteur sanitaire et économique, selon quatre principes essentiels.

1. Un hôpital public

Les mécanismes déclenchés par la réforme du financement hospitalier au niveau fédéral poussent à faire du secteur hospitalier un marché au sens économique du terme. Concurrence, rentabilité, positionnement sont devenus des termes usuels dans ce domaine de la santé qui ne répond pourtant que peu aux conditions d'un tel marché. Dans ce contexte, les prestataires privés profitent de leur expérience sur un marché concurrentiel alors que l'hôpital public doit se réinventer.

Ce dernier doit toutefois conserver ses orientations fondamentales qui sont en particulier de garantir un standard de soins à la population générale, en particulier aux personnes démunies et vulnérables, accessibles en tout temps, et poursuivre ses activités de recherche et d'enseignement⁶⁰. Le vieillissement de la population, l'accroissement des possibilités de soins, l'évolution épidémiologique, de même que la pénurie de personnel plaident en faveur du renforcement de l'hôpital public.

L'HNE doit se positionner comme hôpital de formation, ceci afin de garantir une relève adéquate de personnel médico-soignant dans les différentes régions du canton. En ce sens, il doit axer ses efforts sur l'attractivité pour son personnel.

Cela étant, l'HNE doit réaffirmer ce rôle d'hôpital public malgré les influences fortes subies dans le secteur.

2. Un hôpital cantonal

Dans le contexte décrit au chapitre précédent, il convient de bien positionner l'HNE sur l'échiquier hospitalier national, régional et cantonal. L'HNE est un hôpital non universitaire qui doit répondre aux besoins d'une population de moins de 200'000 habitants. En effet, il semble difficile d'inscrire l'HNE dans une vision supra cantonale, à mesure que les hôpitaux des cantons limitrophes semblent avoir un agenda différent de celui de l'HNE et des contraintes de collaboration dans d'autres directions et avec d'autres hôpitaux. Néanmoins, tous partagent les mêmes constats s'agissant du besoin de travailler en réseau. Il convient dès lors de considérer l'HNE comme un hôpital cantonal et non comme un hôpital régional au sens intercantonal, même si les collaborations avec d'autres hôpitaux doivent se poursuivre et s'intensifier et que les flux de patients entre cantons existent.

Par hôpital cantonal, il faut également comprendre un hôpital qui fournit ses prestations à l'ensemble de la population du canton, qui garantit un accès à tous les résidents neuchâtelois et qui assure, en partenariat avec d'autres prestataires, la sécurité sanitaire en tout endroit du canton. Un canton, un espace, un hôpital.

⁵⁸ Cantal-Dupart Michel, « Un hôpital urbain, idéalement implanté dans la ville. », Les Tribunes de la santé 4/2012 (n° 37) , p. 75-81, www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2012-4-page-75.htm

⁵⁹ Les Actes du Festival international de géographie 2000: Géographie et Santé; QUELS ESPACES POUR L'HÔPITAL DE DEMAIN ?, Guy BERNFELD, Directeur du patrimoine, Assistance Publique des hôpitaux de Paris

⁶⁰ Bertrand Kiefer, La privatisation (floue) de l'hôpital public, Rev Med Suisse 2013;1608-1608 <http://www.revmed.ch/rms/2013/RMS-N-396/La-privatisation-floue-de-l-hopital-public>

L'annexe 4 met en évidence les différences qui peuvent exister entre un hôpital cantonal, comme l'HNE, et un hôpital régional, comme l'Hôpital du Jura bernois. Les catalogues de prestations offertes sont très différents ainsi que les offres et reconnaissances en matière de formation des médecins.

3. Une porte d'entrée dans le système de santé par ses policliniques

Pour l'HNE, la grande majorité des enjeux présentés au chapitre précédent devra être relevée dans le cadre de ses policliniques. Si le besoin des policliniques n'est plus à démontrer, c'est surtout leur évolution qu'il s'agit de dessiner. Ces policliniques constituent et constitueront plus encore à l'avenir des portes d'entrée dans l'hôpital, et même plus largement dans le système de soins. Elles tiendront une place importante dans le réseau de soins, s'inscriront en complémentarité avec les acteurs privés, tant les médecins installés que les cliniques, et s'appuieront sur un système de communication performant et largement partagé. Elles joueront un rôle essentiel dans la formation de la relève, nécessitant au passage une séniorisation de leur personnel. Ces lieux devront privilégier l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité, la chronicité pouvant être en particulier traitée par des infirmières en pratique avancée.

Dans ce contexte, ces lieux doivent être pensés comme des plateformes de santé pouvant réunir d'autres partenaires comme les soins à domicile, la psychiatrie, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, etc. Ces structures médicales doivent offrir des accès de proximité (accessibles en moins de 30 minutes), dans les trois régions principales du canton, permettant de répondre aux besoins fréquents. Quelle que soit la forme exacte que prendront ces structures de proximité, les enjeux consisteront à offrir une prise en charge intégrée et à définir les rôles du public et du privé.

4. Un acteur économique majeur

L'HNE, comme premier employeur du canton, est également un acteur économique de premier ordre. Il a donc une responsabilité sociale et collective en tant que tel et pas seulement en tant qu'acteur sanitaire. Son organisation doit être pensée aussi en termes d'impact sur le marché du travail, sur les retombées économiques, sur l'équilibre interne du canton et sur sa participation aux grands défis du canton de Neuchâtel, en particulier la résolution de son paradoxe qui le voit produire des richesses et avoir des difficultés à les conserver.

5.3 Activités de l'HNE

Pour dessiner l'HNE de demain et une fois les enjeux posés et les principes généraux arrêtés, il s'agit de déterminer les prestations que l'institution devra assumer. Sans les décrire dans le détail, il est important d'en dessiner les contours généraux afin de déterminer les moyens nécessaires pour satisfaire à ces ambitions. Le présent chapitre décrit dès lors le type de prestations que l'HNE est appelé à assumer et précise ce que devraient recouvrir les policliniques. Par ailleurs, il répond au mandat confié de savoir quelles synergies peuvent être trouvées avec la psychiatrie. Enfin, il décrit la place imaginée pour les soins palliatifs qui mérite d'être repensée en même temps que l'ensemble de l'organisation spatiale de l'HNE.

5.3.1 Prestations

Les lignes directrices élaborées par l'HNE dans son projet institutionnel HNE sont reprises à mesure qu'elles apparaissent comme parfaitement pertinentes. "Le périmètre de responsabilité d'un hôpital cantonal non-universitaire se décline en excluant la prise en charge des cas hautement complexes et en tenant compte de son bassin de population, donc de recrutement de patients. Plus ce bassin sera grand, plus la variété des prestations offertes pourra l'être aussi ; un volume important de cas attirera médecins chevronnés et médecins en formation. Les prestations de l'HNE doivent, par ailleurs, se déclinier en fonction des besoins de la population et seront fournies en mode stationnaire ou ambulatoire en fonction des spécialités. L'évolution de l'activité est non seulement conditionnée par la démographie et l'épidémiologie, mais également par la présence des médecins, des chirurgiens, techniciens et soignants nécessaires pour suivre cette activité. Aux prestations de base viennent s'ajouter des prestations d'opportunité, de type "pré-universitaire", liées à la présence de spécialistes à l'HNE. A l'heure actuelle, on peut citer dans cette catégorie de prestations la neurochirurgie, la chirurgie bariatrique, l'oncogynécologie et l'urogynécologie, la sénologie, les consultations en lien avec les maladies infectieuses et hépatiques, les maladies inflammatoires de l'intestin.

Aujourd'hui, l'HNE est en mesure de couvrir environ 80% des besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise. L'objectif est de maintenir ce taux de couverture à l'avenir.

Policliniques

En préambule, rappelons que toutes les variantes du projet prévoient l'existence d'au moins trois policliniques, une sur le Littoral neuchâtelois, une dans les Montagnes neuchâteloises et une au Val-de-Travers.

Les propositions faites ici ont été initialement élaborées par l'HNE dans le cadre de son mandat visant la description de l'organisation des centres de diagnostic et de traitement, portes d'entrée à l'HNE⁶¹, de 2014. Aux yeux des porteurs du présent projet, elles demeurent pertinentes et adéquates pour répondre aux défis précités. Il est important de souligner que les prestations sont définies en fonction des bassins de population et sans faire d'hypothèse sur la localisation du site de soins aigus :

- **Urgences et ambulatoire non-programmé** : Les urgences vitales (environ 20% des cas) sont acheminées directement vers un site de soins aigus, car une hospitalisation est requise. En particulier, les urgences vitales pédiatriques et gynécologiques sont dirigées vers le secteur mère-enfant du site de soins aigus. Les urgences a priori non vitales sont accueillies dans les policliniques ouvertes 24h/24. Il n'y a pas de prise en charge d'urgences dans la policlinique du Val-de-Travers. Cette dernière reçoit uniquement des consultations programmées et assure une permanence de consultations sans rendez-vous ;
- **Ambulatoire programmé** : Il est proposé de conserver l'offre suivante : policlinique générale, de chirurgie et de pédiatrie sur le site n'abritant pas les soins aigus / policlinique générale et de chirurgie sur le site de soins aigus / permanence médico-chirurgicale au Val-de-Travers ;
- **Consultations spécialisées** : Un certain nombre de consultations spécialisées proposées actuellement dans les policliniques y sont maintenues, car elles correspondent à un besoin de la population et à une optimisation de la trajectoire du patient. Ce sont en général des prestations insuffisamment couvertes par la médecine de ville. Il s'agit notamment des consultations spécialisées d'orthopédie, d'oncologie, de gynécologie, de chirurgie générale et de médecine générale. Il est également proposé d'ajouter aux trois régions des consultations de gériatrie, avec évaluation gériatrique ;
- **Médecine de ville, médecine de premier recours** : Le partenariat des policliniques avec la médecine de ville et les plateformes santé est une réussite. Médecins et hôpital sont ravis du mode de fonctionnement actuel, notamment dans les maisons de garde, et entendent poursuivre dans cette voie ;
- **Consultations chroniques, thérapeutes en pratique avancée** : Il est proposé que certaines consultations puissent se faire avec du personnel soignant formé spécifiquement. Les patients souffrant de maladies chroniques ont des traitements lourds et difficiles à suivre. Vue la pénurie prévisible de médecins de premier recours, il est envisageable que ce soit des thérapeutes en pratique avancée qui puissent prendre la relève pour certaines consultations. De même, les médecins spécialistes ne sont ainsi pas obligés d'être présents si les policliniques disposent de thérapeutes en pratique avancée, car ces derniers se chargent de transmettre les informations au médecin spécialiste ;
- **Hôpital de jour** : il est proposé de créer un hôpital de jour multidisciplinaire dans les policliniques des Montagnes et du Littoral dont les lits seront utilisés pour des traitements ambulatoires électifs ;
- **Orientation patient / réseau** : Les policliniques accueilleront dans leurs murs un bureau d'orientation des patients ouverts la journée. NOMAD est actuellement déjà présent dans les murs des policliniques des trois régions. Les prestations seront amenées à être précisées dans le cadre de l'organisation de l'orientation patient dans le réseau, notamment sur la base de l'expérience acquise dans le cadre du projet pilote AROSS (Association Réseau Orientation Santé Social) ;
- **Autres prestations** : Les demandes de prise en charge ambulatoire dans le domaine médico-thérapeutique sont en augmentation, spécialement pour la physiothérapie, l'ergothérapie et la

⁶¹ Mandat visant la description de l'organisation des centres de diagnostic et de traitement, portes d'entrée HNE, Rapport de l'équipe de projet, avril 2014

diététique. Il s'agira également de maintenir des consultations ambulatoires de psychiatrie dans les policliniques ;

- **Plateau technique** : Afin de pouvoir répondre à leurs missions, en particulier effectuer les investigations nécessaires et poser un diagnostic, les policliniques se doivent d'être dotées d'un large plateau technique. À côté de la radiologie conventionnelle, il s'agira de mettre à disposition un scanner et des modalités de télémédecine : la présence de scanner permet d'éviter le transport de patient sur un site de soins aigus pour effectuer cet examen (beaucoup de scanner sont réalisés parce qu'il y a suspicion d'embolie pulmonaire et la majorité de ces examens se révèlent négatifs) ; la télémédecine peut dispenser de la présence d'un radiologue sur site (analyse et détermination à distance sur image) ;
- **Transfert patient** : La policlinique constitue une porte d'entrée à l'hôpital. Pour cette raison, le transfert vers un site de soins aigus de patients nécessitant une prise en charge plus poussée doit être organisé et pris en charge par l'HNE. Il conviendra de renforcer l'offre de transport pour les patients devant uniquement effectuer un examen complémentaire sur un autre site. Cette thématique est développée au chapitre 6.1.1.

Les contours définitifs des trois policliniques pourront être précisés dès validation de l'organisation spatiale retenue.

5.3.2 Intégration de la psychiatrie

La localisation de certaines activités hospitalières psychiatriques dans des structures de type somatique est envisageable, favorisant ainsi l'interdisciplinarité des pratiques médicales et soignantes somato-psychiatriques.

Les propositions présentées ci-dessous sont détaillées dans l'annexe 1 :

- **Psychogériatrie** : La création d'un pôle de compétence de l'âge avancé doit offrir des compétences médicales spécifiques diversifiées, somatiques et psychiatriques, afin de prendre en charge, dans un même lieu, des situations cliniques complexes et intriquées. Dans l'ensemble, c'est une quarantaine de lits de psychogériatrie qui est concernée par ce rapprochement au sein du CNP ;
- **Psychiatrie adulte** : Le déplacement d'une unité de l'hôpital psychiatrique pour créer une unité d'admission-crise psychiatrique d'une quinzaine de lits au sein de l'hôpital somatique aigu, conçue comme une extension du Centre d'urgence psychiatrique (CUP) pourrait répondre aux recommandations de l'OMS et permettre des synergies avec l'HNE ;
- **Psychiatrie des enfants et adolescents** : Le maintien de la situation actuelle avec des lits intégrés au département de pédiatrie est à préconiser. Il serait de plus souhaitable que l'unité de psychiatrie de l'adolescent se trouve dans un bâtiment proche, mais pas au sein du bâtiment central de l'hôpital somatique. Une telle structure, dans la mesure où elle serait située dans un lieu d'accès aisé, pourrait aussi accueillir l'hôpital de jour pour adolescents, favorisant ainsi les synergies cliniques et de gestion.

Au contraire du secteur somatique, la psychiatrie n'est pas dépendante d'un plateau technique qui impose d'importants investissements, des permanences coûteuses et une course à l'équipement dans un environnement concurrentiel. En outre, la spécialisation constatée dans les soins somatiques est moins marquée dans le domaine de la psychiatrie. Ainsi, si des difficultés de recrutement existent également dans ce domaine, elles ne justifient pas une concentration complète de l'activité. La priorité doit être mise sur la proximité des prestations pertinentes (par exemple, psychogériatrie avec gériatrie et réadaptation).

Sur la base de ce constat, il apparaît que la variante choisie dans le cadre de ce projet n'a finalement que peu d'impact sur la décision d'intégrer ou non la psychiatrie au somatique. Des rapprochements ponctuels et ciblés sont à préconiser plutôt que d'imaginer une intégration de l'entier de l'activité hospitalière du CNP. Dans tous les cas, le CNP ne dédoublerait pas ses prestations quelle que soit la variante retenue. Deux pôles seraient de toute manière créés : le premier concernant la psychogériatrie en lien avec l'activité de réadaptation et de gériatrie, et le second concernant la psychiatrie enfants, adolescents et adultes en lien avec l'activité de soins aigus somatiques.

5.3.3 Intégration des soins palliatifs spécialisés

Vu l'importance d'éviter les ruptures dans les filières de prise en charge, le service de soins palliatifs spécialisés devrait être intégré au reste de l'activité stationnaire de l'hôpital. Cette intégration devrait cependant prendre la forme d'une structure implantée à proximité immédiate de l'hôpital, mais qui permettrait de garder un fonctionnement propre, de type "maison de soins palliatifs" tel qu'il existe aujourd'hui, à mesure qu'il est considéré comme bénéfique dans la prise en charge palliative. Les soins palliatifs devraient être rattachés au site de réadaptation, à mesure que ces soins sont plus en lien avec la phase de traitement de soins palliatifs généralistes, eux-mêmes rattachés à la réadaptation, et considérant que les durées de séjour y sont plus longues. Une équipe mobile intra-hospitalière assurant la liaison entre spécialistes des soins palliatifs d'une part, et patients et personnel de soins aigus d'autre part, devrait, elle, être liée aux soins aigus.

5.4 Dimensionnement de l'HNE de demain

Afin de permettre d'identifier des sites dans le canton susceptibles d'accueillir un site hospitalier (de soins aigus, de réadaptation ou un site unique) et de déterminer si les sites hospitaliers actuels seraient appropriés pour accueillir les activités envisagées voire, cas échéant, si des adaptations seraient nécessaires pour poursuivre leur exploitation, un dimensionnement de l'HNE de demain a été réalisé. Les surfaces nécessaires ont été calculées à partir de l'activité 2012 à 2014 pour les soins aigus et la réadaptation, tenant compte d'un certain nombre d'hypothèses d'évolution : évolution des besoins, de la prise en charge ou de l'organisation de l'hôpital. Ces hypothèses portent notamment sur les éléments suivants :

- taux d'hospitalisation
- durée moyenne de séjour
- virage ambulatoire
- taux d'occupation des lits
- horaires d'ouverture (bloc opératoire, policliniques, radiologie)
- taille de la station en nombre de lits
- ratio de chambres à 1 et à 2 lits.

Par ailleurs, pour l'élaboration du programme, il a été choisi de définir trois tailles de policliniques, répondant aux besoins d'une population de 100'000 habitants, 60'000 habitants et 10'000 habitants, pour représenter les régions du Canton. Pour les deux policliniques les plus grandes, il a été défini de disposer d'un accueil d'urgences et de lits d'observation.

Sur la base de ces analyses, il apparaît que les surfaces nécessaires (chiffres arrondis) se montent à :

- site unique: 31'000 m² (y compris policlinique)
- deux sites: 26'000 m² pour le site de soins aigus et 13'000-14'000 m² pour le site de réadaptation (y compris policliniques)
- policliniques (situées hors site de soins aigus ou de réadaptation) : 2'000 à 4'000 m².

Un ratio de 2 a également pu être établi entre le programme net des locaux, exprimant ces mètres carrés de surface utile, et les surfaces de plancher, exprimant des mètres carrés réels à construire (y compris circulations, locaux de service, éléments de construction, etc.).

Pour l'emprise au sol, un regroupement sur un même étage du plateau technique (urgences, bloc opératoire, salles d'accouchements, radiologie,...), soit 4'500 m² (surface utile) est préconisé comme hypothèse de travail.

Les résultats détaillés peuvent être consultés dans l'annexe 2.

Toutes les hypothèses retenues devront être revues avec précision une fois que le scénario d'organisation définitif aura été validé. Il conviendra alors de soumettre ce programme aux utilisateurs pour validation et adaptation des paramètres. Cela dit, à ce stade des réflexions, les estimations présentées dans ce chapitre sont largement suffisantes pour répondre au mandat qui était confié et déterminer la faisabilité générale des différents scénarios.

6 ANALYSE DES VARIANTES

Dans ce chapitre, les différentes variantes d'organisation décrites au chapitre 3.2 sont examinées selon les trois axes que sont le patient, l'hôpital et l'environnement. Ces analyses permettent au COPIL d'émettre une recommandation concernant ces variantes.

6.1 Patient

Tri téléphonique professionnel, bonne information sur les numéros d'appels sanitaires urgents, médecine de premier recours en toute région, garde médicale, policliniques, soins à domicile, livraison de médicaments à domicile, prise en charge par des infirmières générales et spécialisées au domicile, prise en charge physiothérapeutiques et ergothérapeutiques en cabinet et au domicile : autant de fondamentaux du système sanitaire qu'il convient d'assurer pour répondre aux besoins les plus courants du patient. C'est bien le patient qui doit être au centre du réseau de soins.

Indépendamment de la localisation géographique des lits hospitaliers, l'enjeu principal sera de montrer à la population comment et où ses besoins seront pris en charge. En ce sens, ce projet, plus encore peut-être que ceux menés ces dernières années dans notre canton, met en avant la perspective du patient et s'attèle à y apporter les réponses nécessaires sur la base des trois piliers constituant la sécurité sanitaire, à savoir la qualité et la sécurité des soins, l'accessibilité ainsi que la couverture des besoins.

6.1.1 Accessibilité

"L'accès aux soins de santé est une question sociale, économique et politique et par-dessus tout un droit humain fondamental."⁶²

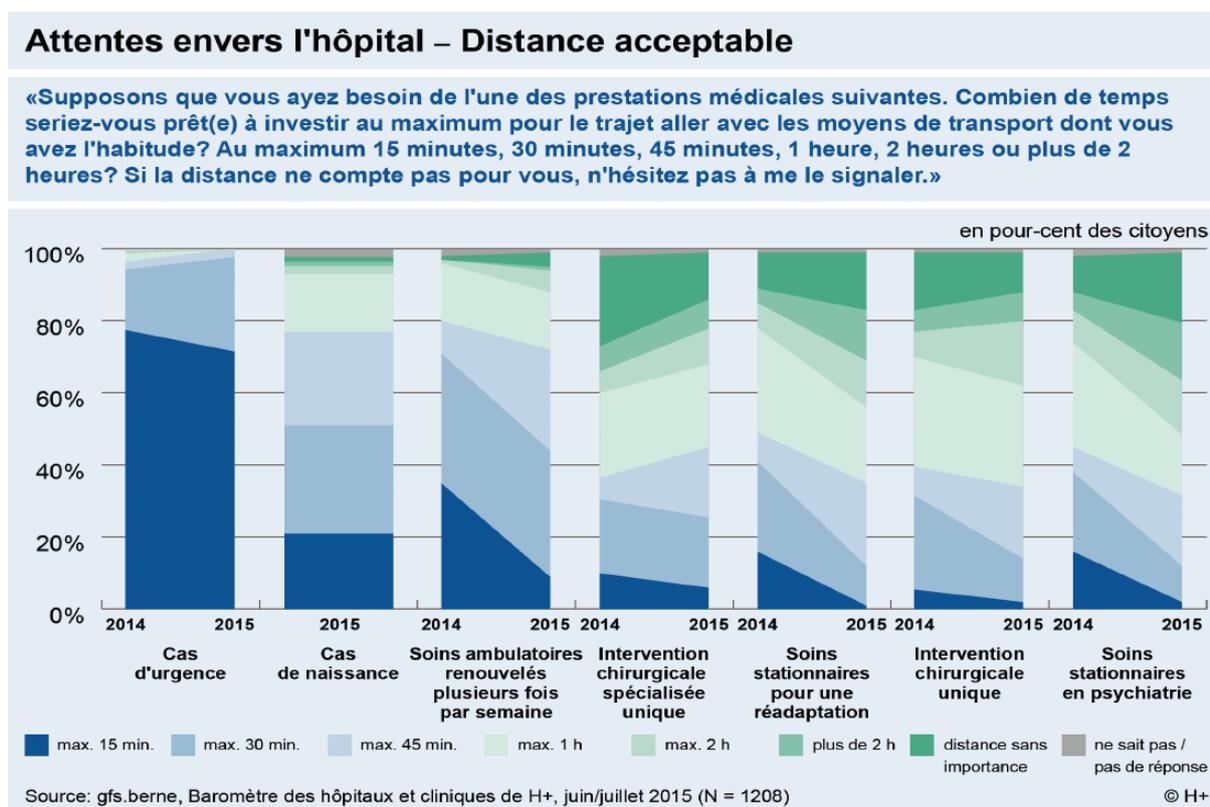
Le concept d'accès s'applique habituellement à la présence ou à l'absence d'obstacles matériels ou économiques auxquels les populations peuvent se heurter pour l'utilisation des services de santé. Les obstacles matériels sont habituellement perçus comme ayant trait à l'offre et à la disponibilité des services de santé en général, et la distance par rapport aux établissements de santé. L'accessibilité est la capacité de la population ou d'un segment de la population à obtenir des services de santé disponibles.

Si en Suisse la disponibilité des prestations ne pose pas de problème majeur, comme nous le verrons au chapitre 6.1.2, nous pouvons aborder l'angle de l'accessibilité en termes de déplacements des patients. Nous l'avons vu, les patients se déplacent de plus en plus (voir chapitre 4.2.4) et *"de manière générale, les citoyens sont davantage disposés à effectuer des parcours plus longs, pour autant que cela ne pose pas de problème médical."⁶³* Les distances que les patients sont prêts à effectuer dépendent du type de prestation, en particulier de son degré d'urgence ou de sa récurrence. Les soins qui doivent avoir lieu plusieurs fois par semaine devraient être proches du domicile, les soins plus ponctuels peuvent être effectués à plus grande distance. C'est ce constat qui est illustré dans la figure 10.

⁶² Déclaration d'Alma-Ata; OMS, 1978

⁶³ gfs.berne, Baromètre des hôpitaux et des cliniques de H+, juin/juillet 2015

Figure 10: Baromètre des hôpitaux H+, distance acceptable



Ajoutons qu'au-delà du temps d'accès domicile-hôpital, un travail doit également être fait pour garantir une disponibilité adéquate de la prestation. Ainsi, il est incohérent qu'un patient mette quinze minutes pour atteindre un prestataire de soins, mais qu'il doive ensuite attendre deux heures avant d'être pris en charge (voir chapitre 6.1.2).

Urgences vitales

L'accès aux prestations revêt une importance particulière lorsqu'il s'agit de prises en charge impliquant une urgence vitale. Dans le canton de Neuchâtel, les urgences vitales sont prises en charge par des moyens dédiés, l'important étant alors l'accès de ces prestataires aux patients, de manière à les stabiliser avant le transport. Sur ce point, il est utile de rappeler que le canton dispose de trois bases de départ des services mobiles urgences réanimation (SMUR) et quatre départs ambulances pour couvrir l'ensemble de la population neuchâteloise, de manière à assurer une prise en charge rapide et adéquate. Selon les normes applicables, soit celles de l'Interassociation de sauvetage (IAS), 90% des interventions doivent pouvoir avoir lieu dans les quinze minutes. En outre, il est relevé que, depuis que la Fondation Urgences Santé (FUS) du canton de Vaud est mandatée pour gérer les appels concernant les urgences médicales, 96% des appels trouvent réponse dans les dix secondes.

Par ailleurs, si six victimes impliquées sont annoncées ou que trois ambulances sont engagées pour un même événement, des moyens médico-sanitaires complémentaires, tels que le binôme "médecin chef des secours/ambulancier chef des secours" (MCS/ACS), voire le "poste médical avancé" (PMA-VSS), peuvent être engagés.

Fort de ces constats, l'accès aux soins est garanti s'agissant des urgences vitales.

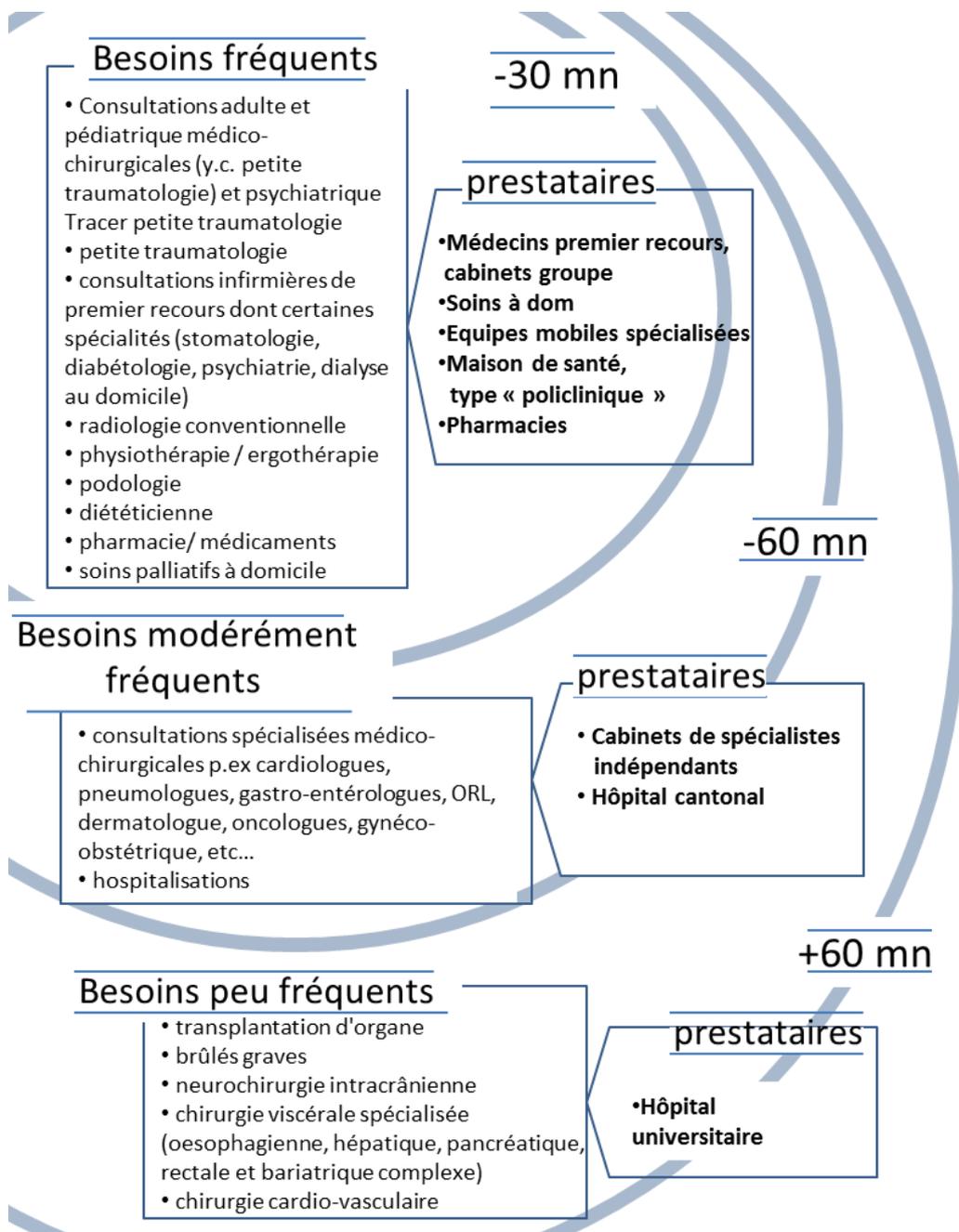
Temps d'accès – prestation - prestataire

Dans le cadre du présent projet, une analyse, basée sur une étude française⁶⁴, a été effectuée pour mettre en regard temps d'accès, prestation et prestataires. Ce travail, réalisé par différents partenaires du système (médecins, soins à domicile, orientation, etc.) est schématisé par la figure 11. Ainsi, les

⁶⁴ IRDES, Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine, 2011

besoins de la population ont été découpés en trois niveaux, selon que la prestation doit être disponible en moins de trente minutes, en moins de soixante minutes ou si on peut admettre effectuer plus de soixante minutes pour y accéder. Les prestataires ont été ensuite mis en regard de ces prestations, ce qui permet de donner un visuel clair, mettant à nouveau en perspective le fait que les besoins les plus fréquents ne concernent pas uniquement l'hôpital. En outre, il permet de confirmer que, hormis pour les urgences vitales, les besoins auxquels doit répondre le site aigu d'un hôpital comme l'HNE concernent essentiellement des soins modérément fréquents et pour lesquels il n'est pas acceptable d'imaginer un déplacement de plus d'une heure.

Figure 11: Temps d'accès prestation-prestataire



Cette analyse nous permet de confirmer l'importance de la proximité pour les structures ambulatoires de l'HNE, ce qui est prévu dans toutes les variantes étudiées dans ce projet dans le cadre des polycliniques, et les autres acteurs du réseau sanitaire. Les impacts sur la mobilité suivant la localisation des sites hospitaliers, présentés au chapitre 6.3.1., nous montrent d'ailleurs que, quelle que soit la localisation du site hospitalier de soins aigus, il se situe toujours à moins de soixante minutes pour la population neuchâteloise, ce qui est adéquat pour ces prestations.

Transports

Difficile de ne pas aborder la question des transports lorsqu'on parle d'accès aux soins, celle-ci étant une source de mécontentement à l'heure actuelle. Transport du patient à l'hôpital ou à la policlinique depuis son domicile ou un cabinet de ville par exemple et transport du patient entre sites HNE : deux volets auxquels il conviendra de donner des réponses précises dès que la variante d'organisation spatiale aura été arrêtée.

À ce sujet, rappelons en premier lieu le signal fort donné par la population neuchâteloise avec l'acceptation à plus de 80% du projet Mobilité 2030, comprenant notamment la liaison ferroviaire directe entre Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds, colonne vertébrale du futur RER.

En parallèle aux futurs travaux cantonaux d'envergure, il est estimé qu'un système de transport plus léger que l'ambulance doit être renforcé pour les patients. En effet, le modèle actuel des véhicules sanitaires légers (VSL) n'est qu'insuffisamment développé à mesure qu'il ne couvre pas les heures non ouvrables et qu'il reste, pour une grande partie, focalisé sur les transports depuis ou vers l'hôpital. Les policliniques ou d'autres structures de réseau pourraient disposer de véhicules pour le transport de personnes, en complémentarité des entreprises de taxis, en particulier pour les personnes sans voiture et pour les heures auxquelles les transports publics ne répondent pas à cette demande spécifique.

6.1.2 Disponibilité des prestations

En préambule, nous pouvons rappeler l'excellent niveau de soins de la Suisse et en particulier la disponibilité des prestations. Pour illustration, citons l'Euro Health Consumer Index (EHCI, Indice européen de la santé des consommateurs)⁶⁵ qui, en 2015, classe la Suisse au deuxième rang sur trente-six pays analysés, comme ce fut le cas en 2013 et 2014. Cet indice est basé sur plusieurs critères, entre autres : les droits et l'information du patient, l'accessibilité, l'éventail de prestations et la prévention. Avec 894 points sur 1'000, la Suisse n'est devancée que par les Pays-Bas. À noter qu'elle y obtient le score maximal en termes d'accessibilité aux soins (accès aux traitements et examens dans un délai correct, accès aux spécialistes, disponibilité des prestations de 1^{er} recours). Cet excellent résultat témoigne de la satisfaction élevée des patients, qui porte dans une large mesure sur la branche hospitalière.

Pour assurer la disponibilité des prestations, l'État dispose, dans certains secteurs d'activité, de compétences de planification. C'est notamment le cas dans les domaines des hôpitaux ou des EMS. Ainsi, la planification hospitalière 2016 - 2022 permet d'assurer la couverture des besoins de la population neuchâteloise en confiant des mandats de prestations à différentes institutions dont l'offre doit permettre de couvrir la demande. Cette offre peut également être recherchée hors canton lorsque cela s'avère nécessaire.

Dans certains domaines, comme la médecine de ville, l'État ne dispose d'aucune compétence de planification. Il doit, dès lors, recourir à des moyens détournés pour assumer ses tâches visant à assurer la disponibilité des prestations à la population. Ainsi, l'hôpital public peut par exemple combler certaines lacunes existant dans la médecine libérale.

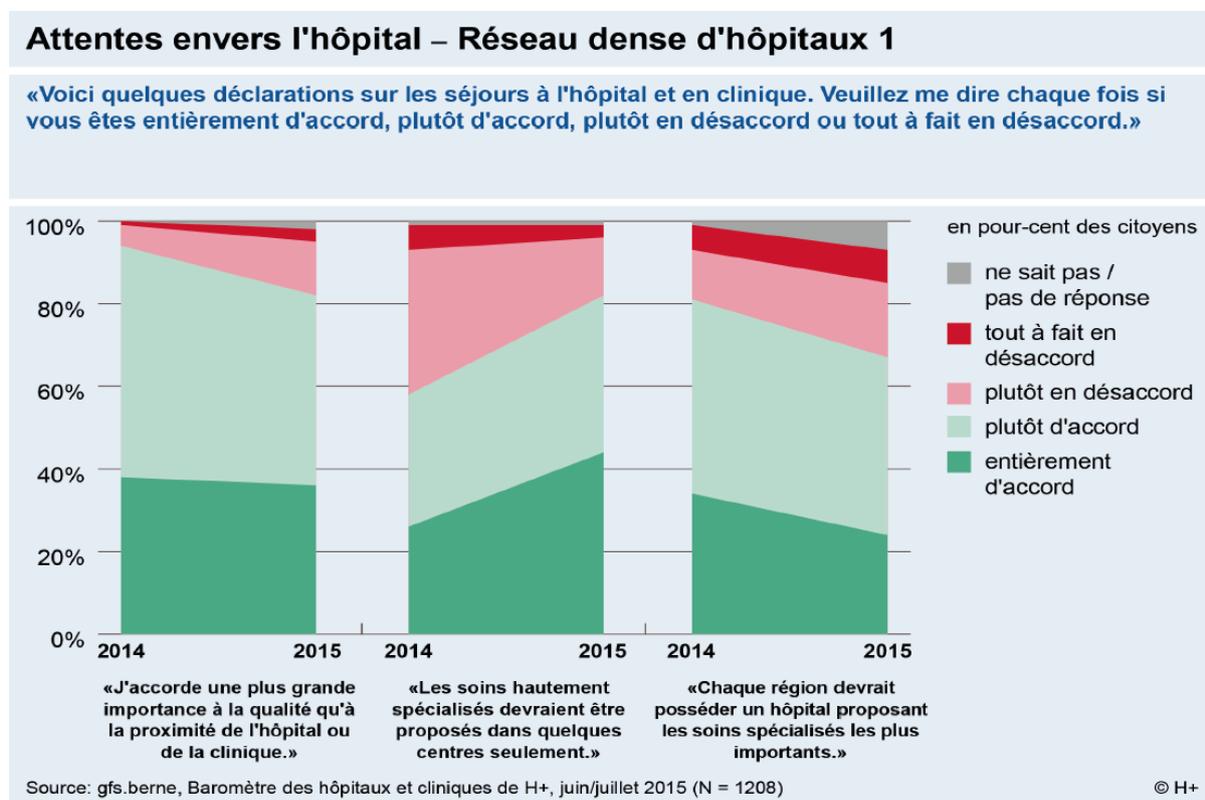
S'agissant des urgences non vitales, l'HNE prend aujourd'hui en charge nombre de patients ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière et qui pourraient être traités par d'autres partenaires du réseau sanitaire, notamment les médecins de premier recours. Les efforts consentis pour le tri des appels téléphoniques urgents (144) et la médecine de garde, de même que dans le développement de l'"approche réseau" défendue par le Conseil d'État dans sa vision présentée en début d'année 2016 doivent permettre d'améliorer la disponibilité des prestations. Le temps d'attente aux urgences devrait en effet pouvoir diminuer à l'avenir.

⁶⁵ <http://www.healthpowerhouse.com/>

6.1.3 Qualité et sécurité des soins

Avoir accès à des prestations disponibles n'est pas encore suffisant pour assurer la sécurité sanitaire de la population. Il faut également que les prestations fournies soient de bonne qualité et que la sécurité des soins soit assurée. Les patients ne s'y trompent pas comme le démontrent les résultats du baromètre H+ présentés sur la figure 12. La qualité est plus importante que la proximité pour la population.

Figure 12: Baromètre des hôpitaux H+, attentes envers l'hôpital



L'importance de la qualité pour les patients est également relevée par les citoyens romands lorsqu'ils décrivent les facteurs de décision qui influencent le choix d'un hôpital. En effet, la qualité de la prestation médicale est toujours le critère principal, que ce soit la qualité de la thérapie (95% de «très important» et de «plutôt important» réunis), le médecin traitant (90%) et son expérience (86%) ou l'offre de prestations de l'établissement (92%). La collaboration avec le réseau intervenant avant et après l'hospitalisation (89%) est considérée comme très importante. Enfin, plus de quatre cinquièmes des sondés (83%) se fient aussi à la réputation de l'hôpital ou de la clinique.⁶⁶ La nourriture (67%) et l'hébergement (72%) comptent également, mais moins que les autres facteurs.⁶⁶

Comme le démontrent ces approches différentes, la notion de qualité reste cependant difficile à cerner précisément, celle-ci comprenant inévitablement une part, plus ou moins importante selon les individus, de subjectivité. Au-delà de la définition médicale "d'apporter au patient en temps et en lieu opportuns une prestation médicale optimale"⁶⁷, on pourrait ajouter pour le patient des notions telles que l'accueil, l'écoute, le respect, l'information et les prestations hôtelières.

"Il ne fait aucun doute que les activités dans le domaine de la qualité ne se limitent pas à des questions de coûts, mais apportent de nombreux avantages. À condition qu'elle soit à la fois performante et facile à mettre en œuvre, toute activité en faveur de la qualité contribue à améliorer la routine quotidienne et, donc aussi la qualité du travail et par conséquent d'accroître la satisfaction du praticien et celle du patient"⁶⁸. Accroître la sécurité du patient, notamment par l'amélioration des

⁶⁶ gfs.berne, Baromètre des hôpitaux et des cliniques de H+, juin/juillet 2015

⁶⁷ V. Nikolic, D. Herren, Qu'apporte aux patients et aux médecins la démarche qualité?, Bulletin des médecins suisses, 2010;91: 43

⁶⁸ Ollenschläger G. Qualitätssicherung in der Medizin – wem nützt das? Medizinische Klinik 2000.(95/9): 536–8.

*processus de travail et la réduction des erreurs, constitue l'objectif déclaré de nombreuses activités qualité. Il en résulte une utilité directe pour le patient, notamment sur les points suivants: un meilleur état de santé, une meilleure qualité de vie, un allongement de la vie, une meilleure confiance au médecin.*⁶⁹

Il s'avère que les citoyens romands sont, de manière générale, satisfaits de la qualité des leurs hôpitaux. En effet, 95% des personnes interrogées dans le cadre du baromètre H+ considèrent ces institutions comme étant de «très bonne qualité» (25%) ou «plutôt de bonne qualité» (70%). Cette qualité passe notamment par différents aspects définis par la qualification du personnel, par le respect de normes ou critères de qualité établis par les sociétés médicales ou savantes (voir chapitre 4.3.6). Sur ce dernier sujet, nous pouvons encore citer l'exemple des urgences vitales pour lesquelles des normes de prise en charge sont établies au niveau national et cantonal. En effet, les principes d'organisation et d'engagement des services d'ambulances et des SMUR, ainsi que les critères de qualité des soins préhospitaliers et des transports de patients sont définis par le Conseil d'État par voie réglementaire (RSN 802.105). De plus, l'objectif principal étant d'arriver au plus vite auprès du patient, les critères de qualité retenus sont ceux édictés par l'IAS, qui recommande comme valeur de référence pour le délai de réponse lors d'interventions identifiées comme étant des cas d'urgence avec probabilité d'atteinte des fonctions vitales à quinze minutes après l'alarme pour 90% des cas.

6.1.4 Information à la population

Quelle que soit la variante retenue, une information devra être effectuée pour que la population neuchâteloise soit correctement orientée et qu'elle sache à quel prestataire s'adresser. À cette fin, un travail a été effectué avec le développement de use cases (disponibles dans l'annexe 3). Ces vignettes présentent des exemples de situations médicales, rares ou très courantes, et la manière dont le réseau sanitaire y répond. Des spécialistes, comprenant des médecins de premier recours et des médecins de l'HNE, y ont contribué afin de donner un éclairage sur la manière dont le réseau fonctionne à l'heure actuelle et les impacts que pourrait avoir la réorganisation de l'HNE.

Ce travail a permis de conclure que la variante retenue a peu d'impact direct sur la prise en charge d'un patient mettant à nouveau en évidence que la majorité des situations nécessitant le recours au système de santé ne requièrent pas une prise en charge hospitalière. Ce travail met également en exergue que ce recours à l'hôpital se limite généralement aux prestations fournies par les policliniques.

6.2 Hôpital

Il convient maintenant d'examiner quels seraient les impacts de telle ou telle organisation sur l'hôpital et son réseau.

6.2.1 Place de l'HNE dans le réseau hospitalier

Des représentants du CHUV, de l'Inselspital, des HUG, de l'Hôpital du Jura (HJU), de l'Hôpital du Jura bernois (HJB) et de GSMN Neuchâtel SA (GSMN-NE) ont été rencontrés pour évoquer les partenariats existants et potentiels futurs avec l'HNE de même que l'impact du choix d'une variante sur ces collaborations.

L'HNE possède, déjà à l'heure actuelle, un certain nombre de conventions de collaborations, en particulier avec les hôpitaux universitaires. Il apparaît comme fondamental de travailler en réseau et de développer les relations de confiance existantes avec les partenaires actuels tout en conservant une attitude ouverte au partenariat avec de nouveaux acteurs.

Des perspectives de collaboration sont envisagées dans les domaines suivants :

- formation du personnel médico-soignant
- mutualisation des ressources (humaines/logistique) onéreuses : médecins, équipements de pointe, notamment

⁶⁹ V. Nikolic, D. Herren, Qu'apporte aux patients et aux médecins la démarche qualité?, Bulletin des médecins suisses, 2010;91: 43

- études cliniques
- fourniture de certaines prestations médicales.

Malgré ces velléités, les frontières cantonales sont encore très présentes et il paraît prématuré d'imaginer une organisation hospitalière supra-cantonale. En particulier, les perspectives de collaboration paraissent assez faibles sur la base des entretiens déjà menés avec les acteurs hospitaliers de l'Arc Jurassien, en tous les cas au niveau de la répartition de missions hospitalières. Elles paraissent plus faibles encore – quoique pour des motifs différents – avec la France voisine et avec le canton de Fribourg.

Il est, par ailleurs, relevé que les acteurs du terrain ont un rôle primordial à jouer dans la mise en place de collaborations. Celles-ci ont en effet de meilleures chances de succès quand les intervenants se connaissent (formation commune, etc.), alors que le développement de partenariats présente un fort risque d'échec quand ils sont imposés par la hiérarchie.

Dans ce contexte, il est nécessaire que l'hôpital dispose d'une autonomie de gestion suffisamment grande et de la confiance des autorités cantonales pour pouvoir saisir et concrétiser rapidement les opportunités de partenariats se présentant.

Enfin, il est ressorti de ces entretiens que l'organisation spatiale de l'HNE n'aurait pas d'impact notable sur les perspectives de collaboration. L'importance d'une bonne accessibilité a cependant été évoquée pour favoriser la venue de professionnels de santé de l'extérieur du canton et l'attractivité des collaborations.

6.2.2 Qualité

Une revue de littérature a été effectuée pour permettre d'identifier s'il existe des évidences fortes valorisant une organisation spatiale et structurelle plus qu'une autre concernant la qualité.

On peut en préambule relever que le mouvement de concentration des hôpitaux a commencé dans le monde industrialisé occidental au début des années 1980 et a donné lieu à une abondante littérature. Elle relève de deux postulats :

- la concentration des hôpitaux va améliorer le bilan financier et garantir leur survie par une meilleure efficacité et efficience des activités de gouvernance et de soutien aux soins ;
- la concentration des hôpitaux va améliorer la qualité des soins par une augmentation de volume d'activité garantissant, comme dans l'industrie, des processus mieux maîtrisés.

Les prestataires de soins, les chercheurs, les décideurs et le public constatent de plus en plus que le système de prestations de soins actuel n'est pas organisé pour tirer profit des nombreux facteurs de qualité et d'efficacité et que le système souffre de sous-utilisation, de surutilisation et de mauvaise utilisation⁷⁰. Le fonctionnement de l'hôpital doit être revu et c'est cette remise en question qui entraînera des modifications des processus de gouvernance, de soins, de gestion des risques et ainsi augmenteront la qualité et la satisfaction.

Il s'avère que la meilleure garantie de gestion des risques est basée sur la cohérence de la gouvernance hospitalière et la formalisation des processus de soins avec un volume d'activité permettant l'application de processus bien maîtrisés. Ainsi, c'est par l'obtention d'un volume suffisant de cas que le personnel de soins pourra acquérir des compétences et une routine adéquates pour une prise en charge de qualité et une plus grande sécurité des soins. Pour exemple, mentionnons une étude montrant que les hôpitaux avec un volume de prestations chirurgicales important ont un taux de réadmission⁷¹ après intervention plus faible que les hôpitaux avec des petits volumes d'interventions.⁷²

⁷⁰ Physician organization in relation to quality and efficiency of care: a synthesis of recent literature: Laura Tollen: Kaiser Permanente Institute for Health Policy, April 2013

⁷¹ le taux de réadmission est un des indicateurs de qualité actuellement monitoré par l'agence nationale de la qualité (ANQ)

⁷² Variation in Surgical-Readmission Rates and Quality of Hospital Care. Thomas C Tsai and al: The NEJM, 2013;369:1134-42

6.2.3 Impact sur les prestations

Dans ce chapitre, les différentes variantes d'organisation spatiale sont évaluées en tenant compte de l'évolution que nous pouvons attendre des prestations.

Il convient de préciser que les groupes de travail étaient libres de proposer d'autres variantes d'organisation que les trois variantes définies initialement dans le cadre du mandat. Au final, 5 variantes ont été étudiées.

Variante "statu quo"

Définition :

- **Site 1 :** *mère-enfant, chirurgie, médecine interne*
- **Site 2 :** *chirurgie, médecine interne, gériatrie*
- **Sites 3, 4 et 5 :** *réadaptation*
- **Policliniques :** *dans cinq régions.*

En préambule, il a paru nécessaire d'évaluer la situation existante en termes d'organisation spatiale et de déterminer l'avenir possible si aucune mesure de réorganisation ne devait être entreprise.

Nous l'avons vu dans les chapitres précédents, l'évolution de la médecine rend nécessaire de recourir à du personnel spécialisé (voir chapitre 4.3.4). Or, ce personnel devient une denrée rare et la concurrence est rude entre hôpitaux pour l'attirer (voir chapitres 4.1.5 et 4.3.5). L'obtention de masses critiques suffisantes est nécessaire (voir chapitre 6.2.2), d'une part pour garantir une qualité des prestations et, d'autre part pour rendre les postes attractifs au personnel concerné. En effet, les standards de qualité s'élèvent régulièrement dans notre pays par le fait des sociétés savantes, par l'effet de la concurrence ou par des décisions des autorités (voir chapitres 4.3.3 et 4.3.6). En outre, le regroupement des spécialistes en un même endroit pour permettre la prise en charge des cas complexes est nécessaire (voir chapitre 4.3.4). Les attentes des patients ont également fortement évolué à mesure qu'ils s'attendent à être pris en charge par un spécialiste à chaque visite (voir chapitre 4.2.3).

Dans ce contexte, le maintien de l'organisation actuelle de l'HNE sur plusieurs sites amènera rapidement à une insuffisance de personnel spécialisé et à des difficultés d'obtenir des masses critiques. Dans le prolongement, la qualité des prestations s'en ressentira et les risques augmenteront pour les patients. L'hôpital ne sera dès lors plus en mesure de remplir certains critères de reconnaissances et de certifications qui nécessitent justement le respect de standards de plus en plus élevés.

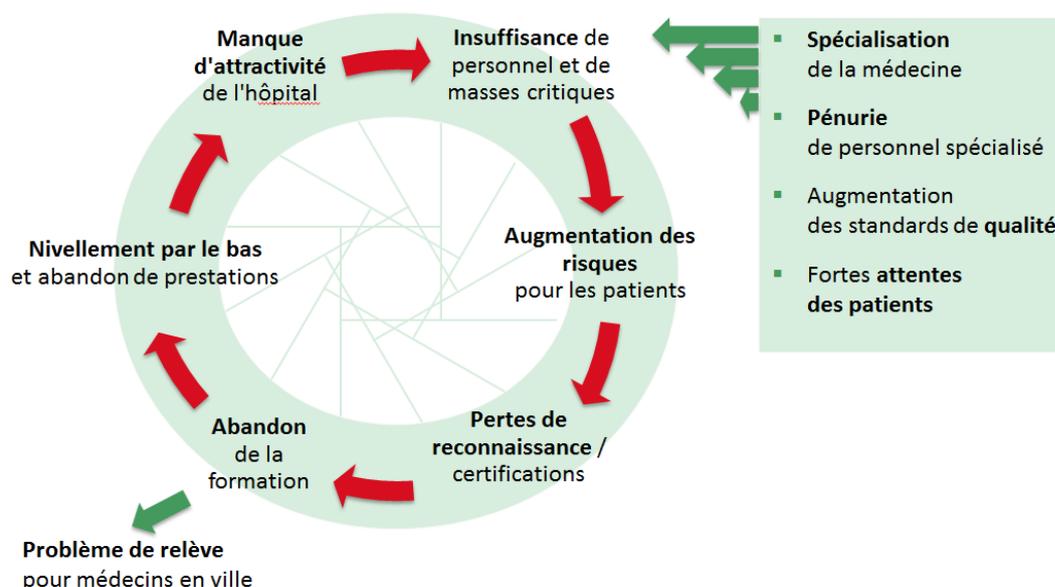
Comme l'hôpital ne serait alors plus un centre de référence, s'en suivraient des difficultés à attirer des médecins en formation. Au-delà du seul hôpital, ce constat serait d'autant plus grave qu'il pénaliserait également la relève médicale pour les médecins de ville, considérant que les médecins qui installent leur cabinet ont une forte propension à choisir un lieu qu'ils ont connu durant leur formation.

Logiquement, ces influences impacteront rapidement les prestations dont certaines devront être abandonnées, à commencer par les prestations spécialisées comme les soins intensifs, les soins continus, la néonatalogie, la pédiatrie, la stroke unit, le centre de sénologie, la gynécologie oncologique, etc. On assisterait ainsi à un nivellement par le bas des prestations, avec maintien sur deux sites uniquement de la chirurgie générale et ambulatoire, de la médecine générale et de l'orthopédie simple. Dans la même idée, seul le maintien de la réadaptation généraliste serait possible sur deux sites.

Cette évolution vient pénaliser l'hôpital dans son attractivité et aggraver sa position concurrentielle pour attirer du personnel spécialisé. La perte de volumes d'activité pénaliserait également l'hôpital dans son rôle de formateur.

Ce cercle vicieux se poursuit indéfiniment, jusqu'à la disparition pure et simple de l'hôpital, qui alimenterait ainsi la fuite de revenus du canton. Il est schématisé dans la figure ci-dessous.

Figure 13: Cercle vicieux de la disparition progressive de l'hôpital



Cette évaluation est valable autant pour les soins aigus que pour la réadaptation qui font face aux mêmes contraintes, bien qu'à des niveaux différents.

La question s'est posée de savoir si ce cercle vicieux s'appliquait à tous les hôpitaux, quelle que soit leur taille, ou si des "conditions d'application" existaient, notamment des seuils de nombre de lits ou de population desservie. Les recherches réalisées n'ont pas permis de mettre en exergue de tels seuils applicables dans une approche de ce type avec une portée générale sur le système hospitalier et de santé.

Les seuils qui apparaissent dans la littérature^{73,74} mettent en évidence la taille des hôpitaux (nombre de lits) en relation avec l'efficacité de l'organisation. Il en ressort qu'une taille de 400 lits hospitaliers aigus semble être plutôt efficace.

Variante 3

Définition:

- **Site 1 :** *mère-enfant, chirurgie, médecine interne, réadaptation*
- **Site 2 :** *médecine interne, gériatrie, réadaptation*
- **Policliniques :** *dans trois régions.*

Cette définition, posée dans le mandat de départ, restait très générale et le contenu a dû être précisé dans le cadre du présent projet.

S'agissant de la réadaptation, une base de réflexion est fournie par les travaux déjà réalisés par l'HNE relatifs à une organisation du secteur sur deux sites⁷⁵. L'HNE avait jugé que cette organisation était possible. Dans une telle situation, il n'est pas imaginé de dédoublement des filières de réadaptation, mais il s'agit de réunir les filières de réadaptation avec les prestations aiguës correspondantes (réadaptation musculo-squelettique avec orthopédie, réadaptation neurologique avec neurologie). Enfin, il est relevé qu'un type de réadaptation spécialisée devrait être regroupé avec un type généraliste (gériatrique polyvalente et médecine interne et oncologique).

⁷³ <http://www.spitalbenchmark.ch/frontend/documents/public/content/cmVzdWxOcyOxMjESNjUwODU3.pdf>

⁷⁴ <http://www.healthquanti.bplaced.net/wordpress/?p=382>

⁷⁵ HNE, Mandat d'organisation par étapes visant un hôpital de réadaptation unique, note complémentaire au rapport de l'équipe de projet: Un site unique de réadaptation vs deux sites de réadaptation en zone urbaine, juillet 2014

La première approche retenue pour l'évaluation de la variante 3 a consisté à tenter de séparer la médecine interne en deux pôles équivalents. Comme cette séparation s'est avérée impossible (quels cas dans quel pôle ?), l'évaluation a porté sur la constitution de deux pôles parfaitement symétriques. Nous l'avons vu au chapitre précédent, pour pouvoir maintenir des prestations équivalentes, il faut doubler le personnel et diviser par deux le nombre de cas. Les conséquences de cette approche s'apparentent à la situation actuelle et ne permettent pas de contrer les importantes difficultés rencontrées, en particulier les difficultés de recrutement et d'obtention de masses critiques suffisantes pour la reconnaissance des prestations. Elles conduisent à reproduire le cercle vicieux qui est décrit au chapitre précédent, entraînant un nivellement par le bas des prestations et, à terme, la disparition de l'hôpital.

Vu les difficultés rencontrées pour décrire cette variante dans le détail, notamment s'agissant de son dimensionnement, le postulat selon lequel la variante 3 pouvait s'apparenter à la variante 2 sur un certain nombre de points (cahier des charges, faisabilité architecturale) a été retenu pour la suite des analyses.

Variante 2

Définition:

- **Site 1 :** soins aigus
- **Site 2 :** réadaptation
- **Policliniques :** dans trois régions.

Impact sur l'intégration de la psychiatrie : pôle de psychogériatrie en lien avec l'activité de réadaptation et de gériatrie; pôles de psychiatrie enfants, adolescents et adultes en lien avec l'activité de soins aigus somatiques.

Impact sur l'intégration des soins palliatifs : les palliatifs devraient être rattachés au site de réadaptation.

Du point de vue de l'organisation hospitalière, il a été soulevé que la variante 2 n'intègre pas suffisamment les perspectives d'évolution des systèmes hospitaliers, des soins et de santé et ne permet pas de s'inscrire pleinement dans une vision d'avenir. En effet, des consultations spécialisées sont souvent nécessaires en réadaptation et si les spécialistes du site de soins aigus sont distants, celles-ci sont plus compliquées à organiser et nécessitent de déplacer le personnel. De plus, les deux activités, en termes de filière de soins, sont largement imbriquées, particulièrement pour la personne âgée. Ainsi "*les processus de prise en charge des patients âgés doivent dorénavant intégrer une optique de prévention et de réadaptation précoce (pré-réadaptation), associée à la prise en charge du problème aigu*"⁷⁶.

Si cette variante ne paraît pas totalement optimale sur le plan médical, il est cependant relevé que la création de deux pôles distincts que sont les soins aigus et la réadaptation permet déjà de créer une bonne cohérence dans la prise en charge du patient. Elle est ainsi parfaitement viable pour l'HNE.

Si elle devait être privilégiée, un complément aux missions initialement imaginées pourrait être envisagé, avec la mise en place de lits d'observation de médecine liés à la policlinique présente sur le site de réadaptation. Ils pourraient permettre l'hospitalisation de courte durée de patients ne nécessitant ni un plateau technique important, ni des spécialistes présents en permanence. Sur la base de l'activité 2014 de l'HNE et retenant les patients de médecine dont la durée d'hospitalisation n'excédait pas trois jours, le nombre de places nécessaires pourrait se monter à quatre ou cinq au total.

Pour des raisons de synergies, cette variante 2 "bis" n'est valable que dans le cas où les policliniques sont établies au sein des sites hospitaliers.

⁷⁶ Gériatrie aiguë : un modèle d'unité intégrée de soins aux seniors, Rev Med Suisse 2012;2128-2132

De même, dans un souci de prise en charge adéquate du patient et tenant compte des évolutions dans ce domaine, des prestations de réadaptation préventive seraient effectuées sur le site de soins aigus, afin de limiter la perte d'autonomie des patients durant leur hospitalisation en soins aigus. Une telle approche nécessitera évidemment une bonne coordination et coopération entre les services concernés.

Variante 1

Définition:

- **Site unique** : soins aigus et réadaptation
- **Policliniques** : dans trois régions.

Impact sur l'intégration de la psychiatrie : pôle de psychogériatrie, de psychiatrie enfants, adolescents et adultes rattachés au site hospitalier.

Impact sur l'intégration des soins palliatifs : les soins palliatifs devront être rattachés au site hospitalier.

La variante 1 est la plus visionnaire et celle qui permet de répondre au mieux aux défis de la médecine de demain. Le regroupement de l'ensemble de l'activité stationnaire en un même lieu permettrait d'améliorer la prise en charge des patients en évitant des ruptures dans les filières de prise en charge et en permettant un meilleur accès aux consultations spécialisées. De plus cette variante favorise la communication entre le personnel de santé de même que la culture d'entreprise. Elle permettrait une concentration des activités autorisant l'obtention de masses critiques suffisantes, importantes pour garantir une formation adéquate et favoriser le recrutement des spécialistes.

Dans cette variante, les places d'observation décrites dans le chapitre précédent relatif à la variante 2 doivent être rattachées au site unique, en lien avec le service des urgences. En effet, les synergies qui permettent la mise en place de cette activité ne se retrouveraient que sur ce site.

Variante "plus d'hôpital dans le canton"

Si aucune étude scientifique n'a pu être trouvée sur le sujet, d'aucuns considèrent qu'un bassin de population de 300'000 habitants est nécessaire pour justifier l'existence d'un hôpital. Par exemple, l'ancien conseiller fédéral Pascal Couchepin estimait en 2009 qu'il faudrait fermer 200 hôpitaux en Suisse. Considérant qu'il existait alors 350 hôpitaux sur le territoire national, seuls 150 resteraient opérationnels. Dans son numéro de février 2015, le magazine Bilan écrivait en outre que, "*de l'avis d'experts de la santé, la taille idéale d'un établissement de soins aigus est évaluée entre 300 et 600 lits. Autrement dit, environ dix sites pourraient suffire à couvrir les besoins de la Suisse romande*".

Sur la base de ces considérations, dès le début des travaux, la question de la pertinence du maintien d'un hôpital dans le canton pour une population de 180'000 habitants a été évoquée.

Cela dit, il est apparu rapidement que vu le vieillissement de la population et l'évolution des maladies chroniques, il fallait se donner les moyens de conserver un hôpital offrant toute une gamme de prestations dans le canton. Ainsi, il conviendra de disposer d'un hôpital accessible, avec des prestations de qualité, qui permettra de répondre aux besoins de la population neuchâteloise de demain.

6.2.4 Économicité

Pour permettre de faire une comparaison en termes d'impact financier, une vingtaine d'éléments de charges et revenus d'exploitation propres à l'HNE qui sont susceptibles d'être influencés par une évolution de l'organisation spatiale ont été évalués. On citera notamment les salaires, les coûts de transport, d'équipement et d'entretien. Sur la base de ces éléments, dix-neuf synergies possibles ont été valorisées (treize synergies concernant les activités médico-soignantes et six synergies de nature technique) et sont présentées en détails dans l'annexe 5.

Ces synergies ont été calculées en retenant certaines hypothèses, par exemple le nombre de personnel soignant par lit. Les synergies affectant les postes sont valorisées sur la base de salaires moyens par grande catégorie de personnel (par exemple les soignants sont répartis entre infirmières, aides-soignantes, cadres infirmiers, etc.). Chacune de ces synergies est ensuite appliquée ou non aux différentes variantes et modifie ou non le compte de pertes et profits de référence (variante de référence : situation 2017).

Les résultats liés aux synergies sont les suivants:

- **Variante 1 (site unique)** : 13,7 à 14,4 millions de francs d'économies
- **Variante 2 (deux sites)** : 11,7 à 12,3 millions de francs d'économies
- **Variante 3** : l'essentiel des économies liées aux synergies ne peut être réalisé que dans les variantes 1 et 2.

La variante d'un site unique s'avère être la plus favorable en termes d'économie liée aux synergies. Ces résultats sont intégrés aux analyses des scénarios au chapitre 7.5.2.

On peut enfin imaginer que le fait de repenser son organisation (optimisation flux patient par exemple) permettra certainement à l'HNE, en plus d'améliorer la qualité de ses prestations, d'effectuer d'autres économies qui n'ont pas été chiffrées dans le cadre de ce projet.

6.3 Environnement

Dans ce chapitre, nous abordons les impacts de l'organisation de l'hôpital sur la population et le territoire.

6.3.1 Mobilité

Au-delà de l'impact de la variante choisie, c'est bien la localisation du site de soins aigus qui a le plus grand impact sur la mobilité des patients et du personnel. La variante 1 comme la variante 2 impliquent une augmentation des déplacements pour les employés et les patients. Les résultats détaillés, selon les sites, sont présentés au chapitre 7.2.

6.3.2 Aménagement du territoire

Il convient de s'interroger sur les conséquences d'un choix de l'une ou l'autre des variantes sur l'organisation territoriale.

La variante 1 nécessite un espace important et implique une intensification et une concentration des flux et des nuisances y relatives.

Le choix de la variante 2, sur des sites urbains aujourd'hui exploités, n'implique pas une extension de l'urbanisation et contribue à renforcer les centralités urbaines cantonales, s'inscrivant ainsi plus en adéquation avec les objectifs du plan directeur cantonal. Cependant, le regroupement des missions nécessite de gérer la question de l'accessibilité des soins en cas d'urgence, notamment en période hivernale ou lors de forte congestion de la H20 par exemple (ceci est également valable pour la variante 1).

Parallèlement au choix de l'une ou l'autre des variantes, le maintien de policliniques régionales comme point d'accès à un service de base s'inscrit pleinement dans les principes du plan directeur cantonal.

À noter encore que les analyses d'aménagement du territoire, présentées au chapitre 7.3, n'ont pas permis d'exclure l'une ou l'autre variante.

6.3.3 Faisabilité architecturale

Les analyses présentées au chapitre 7.4 sur ce volet montrent qu'aucun scénario ne peut être exclu sur la base des études sur la faisabilité architecturale, les différences se portant surtout sur les niveaux de contraintes et les coûts.

Relevons enfin que l'implantation sur un site existant pose des problèmes techniques plus faciles à résoudre que les problèmes administratifs potentiels liés à l'acquisition d'un nouveau terrain, mais il convient de ne pas minimiser l'impact des désagréments de travaux en cours d'exploitation.

6.3.4 Économie résidentielle

Comme indiqué dans le chapitre 4.4.3, la localisation d'un équipement hospitalier au cœur de l'agglomération, et particulièrement à Neuchâtel, permet de contribuer plus significativement à l'économie locale que dans le cas d'une implantation hors de l'agglomération. En outre, les remarques suivantes peuvent être formulées concernant les variantes d'organisation spatiale et leur impact sur l'économie résidentielle :

- **Variante 2 (2 sites)** : compte tenu des résultats obtenus, notamment le fort impact régional du lieu de travail sur les retombées locales indirectes, cette variante implique la suppression d'un (ou des deux) sites de soins aigus actuels de Neuchâtel ou de La Chaux-de-Fonds qui regroupent $\frac{3}{4}$ des emplois de l'HNE et qui ont les retombées économiques indirectes liées aux salaires les plus élevées. Ainsi, le déséquilibre engendré risque de préteriter les retombées économiques du site retenu uniquement pour les missions de traitement-réadaptation. Des mesures permettant d'attirer ou de maintenir les résidents dans ces régions limiteraient en partie les conséquences néfastes dues à la transformation de ces sites de soins ;
- **Variante 1 (site unique)** : cette variante, au même titre que la variante 2, risque de générer des déséquilibres sans doute encore plus importants, notamment pour l'un (ou les deux) sites de soins aigus supprimé-s. On peut en outre s'attendre à ce que l'effet de polarisation des retombées économiques indirectes soit très marqué si Neuchâtel est retenu, et dans une moindre mesure dans le cas de La Chaux-de-Fonds. Il est en revanche difficile d'estimer les conséquences d'un choix de localisation unique autre (comme à Cernier par exemple). L'effet de polarisation étant moindre dans un premier temps (économie résidentielle faible au Val-de-Ruz), les retombées devraient se répartir principalement entre Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds, mais de manière plus prononcée à Neuchâtel.

En termes de retombées directes et indirectes liées à l'économie résidentielle, la concentration de l'ensemble des missions sur un site aura pour conséquence de créer un déséquilibre. En ce qui concerne la variante 2, son impact sur la concentration des flux et sur le déséquilibre en termes de retombées économiques seront moindres (en ce sens, la configuration spatiale actuelle des équipements hospitaliers cantonaux contribue à limiter les effets de déséquilibre).

L'impact de la variante 3 serait à évaluer, étant bien entendu très dépendant de la répartition exacte des activités et du personnel en découlant. De même, on peut temporiser ces appréciations en soulignant que le maintien d'une activité ambulatoire conséquente dans la ville qui perdrait les soins aigus permettrait de conserver un certain nombre d'emplois dans la région.

6.4 Avantages/inconvénients

Afin de simplifier la lecture des arguments présentés dans les chapitres précédents, un tableau récapitule les différents arguments prédominants pour la réflexion est présenté ci-après.

Tableau 4: avantages et inconvénients des variantes

	Avantages	Inconvénients
Variante 1	<ul style="list-style-type: none"> • permet de répondre au mieux aux enjeux de l'hôpital de demain • permet de créer des filières de soins optimisées • permet de lutter contre les difficultés de recrutement • permet d'atteindre les masses critiques (nombre de cas) nécessaires • permet de proposer de la formation • permet d'optimiser les synergies en termes financiers • permet de minimiser les déplacements de patient au sein de l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> • augmente les distances à parcourir pour rejoindre l'hôpital • risque de déséquilibre économique important dans les régions • risque de réduction du bassin de recrutement
Variante 2	<ul style="list-style-type: none"> • permet de créer deux pôles de compétences distincts • permet de lutter contre les difficultés de recrutement • permet d'atteindre les masses critiques (nombre de cas) nécessaires • permet de proposer de la formation • permet de réaliser des synergies en termes financiers • permet le maintien du bassin de recrutement actuel 	<ul style="list-style-type: none"> • augmente les distances à parcourir pour rejoindre l'hôpital • risque de déséquilibre économique entre les régions
Variante 3	<ul style="list-style-type: none"> • permet de répondre au sentiment de proximité de la population • permet un meilleur équilibre des retombées économiques dans les régions • permet de stabiliser les distances à parcourir pour rejoindre l'hôpital • permet le maintien du bassin de recrutement actuel 	<ul style="list-style-type: none"> • risque important de disparition progressive de l'hôpital avec perte de revenus et d'emploi importante pour le canton • risque important d'être confronté à des difficultés de recrutement • risque important de ne pas atteindre les masses critiques suffisantes • difficultés à maintenir de la formation

6.5 Recommandation du COPIL sur les variantes

S'il n'y a pas de preuve académique sur la taille idéale d'un hôpital, il apparaît que la concentration des activités en deux pôles de compétences (soins aigus et réadaptation) est une nécessité pour envisager la pérennité de l'HNE. En effet, une réorganisation de cet ordre permettra de réduire les effets des influences externes négatives telles que la pénurie de personnel spécialisé ou la concurrence. En effet, elle doit permettre à l'HNE d'augmenter son attractivité pour le personnel spécialisé et en formation, en atteignant les masses critiques suffisantes dans des domaines d'activités variés.

Fort de ce constat, et vu les grandes difficultés rencontrées par l'HNE, la variante 3, de même que la variante "Statu quo", sont jugées comme non réalisables : les difficultés à assurer à terme une prise en charge adéquate des patients, au vu de la pénurie de spécialistes, et l'impact financier sont les deux points majeurs à relever. Il existe, en outre, un risque fort de ne pas pouvoir atteindre des masses critiques nécessaires et, par conséquent, de perdre un nombre important de prestations, voire même de voir disparaître l'hôpital, ce qui aurait un impact majeur pour le canton, en termes de circulation de richesse et d'emplois.

Les variantes 1 et 2 permettent toutes les deux de créer des pôles dédiés (soins aigus et réadaptation) et de maintenir un certain nombre de prestations. Elles suivent en ce sens la logique médicale. Il ressort que la variante 1 se démarque de la variante 2 en ce sens qu'elle s'avère plus visionnaire, qu'elle facilite les contacts entre les intervenants dans la prise en charge intégrée des patients et qu'elle permet une meilleure disponibilité des spécialistes dans une approche pluridisciplinaire. Elle permet également de maximiser les synergies d'exploitation, même si les différences ne sont pas significatives avec la variante 2 (environ 2 millions de francs ou 15%).

Le COPIL constate néanmoins que les avantages présentés par la variante 1 ne sont pas significatifs par rapport à la variante 2. Cette dernière permet d'instaurer deux pôles de compétences, offrant une qualité de prise en charge plus grande qu'aujourd'hui et de réaliser des économies substantielles d'exploitation de l'ordre de 12 millions de francs par année par rapport à la situation actuelle. Elle permet de minimiser les déséquilibres économiques et sociaux, d'élargir le bassin de recrutement et est plus rapide à mettre en œuvre. Elle s'avère, sur ces points, plus intéressante que la variante 1.

Au vu de ce qui précède, si la variante 1 s'avère la plus appropriée d'un point de vue médical et du point de vue de l'hôpital, la variante 2 apparaît comme la meilleure solution pour notre canton, tenant compte des autres perspectives décrites ci-dessus. Le COPIL recommande dès lors de retenir la variante 2 (un site de soins aigus et un site de réadaptation) pour l'organisation future de l'hôpital. Il relève l'importance de pouvoir mettre rapidement en place cette nouvelle organisation pour permettre à l'HNE de sortir du cercle vicieux dans lequel il se trouve et de réaliser des économies importantes.

Le COPIL considère que cette variante permettra d'assurer une bonne sécurité sanitaire pour l'ensemble de la population neuchâteloise en garantissant un accès aux soins de base de qualité. Les prestations ambulatoires seront assurées par le biais des policliniques qui constitueront des portes d'entrée dans l'hôpital. La qualité et la sécurité des soins seront améliorées pour les prestations d'hospitalisation. Pour leur bonne accessibilité, il s'agira de veiller à la mise en place d'un système de transport approprié (le choix des sites potentiel d'implantation tient compte de cet élément). L'information et l'orientation des patients revêtiront également une importance certaine. La formation pourra être assurée pour de nombreuses prestations offrant des opportunités de relève intéressantes et permettant de maintenir le plus possible dans le canton les flux financiers dédiés à cette activité.

Enfin, tenant compte de cette recommandation en matière d'organisation spatiale, le COPIL préconise, concernant les prestations de psychiatrie, des rapprochements ponctuels et ciblés dans le cadre de la création de deux pôles: le premier, concernant la psychogériatrie, en lien avec l'activité de réadaptation et de gériatrie et, le second, concernant la psychiatrie des enfants, adolescents et adultes, en lien avec l'activité de soins aigus somatiques.

7 ANALYSE DES SITES

L'analyse des variantes telle que présentée au chapitre 6 ne s'avère pas suffisante pour arrêter un choix définitif sur l'organisation spatiale de l'HNE. En effet, au-delà de l'organisation en tant que telle, la localisation des sites revêt une importance considérable du point de vue de l'aménagement du territoire, de l'architecture et de l'économicité.

Tenant compte des recommandations formulées au chapitre précédent, seules les variantes 1 et 2 ont été évaluées. Au regard du nombre de sites identifiés au chapitre 7.1, ce sont au final dix-huit scénarios (un scénario correspond à la combinaison entre une variante organisationnelle et un site d'implantation) qui ont été considérés et évalués à l'aune de ces critères.

7.1 Choix des sites

Les sites à étudier ont été identifiés sur la base des critères présentés dans le tableau 5.

Tableau 5: Critères de choix des sites étudiés

Sujets	Critères de choix, avec explications
Besoins en superficie	Un site de l'ordre de 70'000 m ² à 100'000 m ² serait opportun pour la réalisation d'un site unique.
Aménagement du territoire	Compte tenu du caractère d'intérêt public d'un équipement hospitalier de ce type, susceptible d'être utilisé par l'ensemble de la population du canton, son implantation nécessite d'être comprise à l'intérieur d'un périmètre d'urbanisation conséquent, tel que l'agglomération. De la sorte, l'équipement bénéficie de la proximité des infrastructures de transports et des équipements. Il s'agit donc de privilégier la recherche de sites sis dans le périmètre de l'agglomération.
Desserte en transports publics (TP)	Afin de favoriser l'utilisation des transports publics pour les employés, les patients et les visiteurs, une desserte, à terme, de classe B (bonne desserte) ⁷⁷ est visée.
Desserte en transports individuels motorisés (TIM)	L'accessibilité TIM et urgences constitue une composante essentielle pour garantir l'opérationnalité d'un équipement hospitalier d'envergure cantonale. Il s'agit alors de chercher des sites à proximité d'une sortie autoroutière.

Si un terrain plus petit pourrait être envisagé pour le site de réadaptation, peu de sites sur le territoire du canton disposent d'une bonne desserte TP et TIM et offrent une certaine superficie tout en se trouvant dans le périmètre de l'agglomération. Ainsi, les sites étudiés sont les suivants :

- Hôpital de Pourtalès
- Hôpital de La Chaux-de-Fonds
- Boudry (Perreux)
- Cernier RER
- Le Crêt-du-Locle
- La Tène (site du pôle de développement économique).

⁷⁷ La qualité de desserte est calculée avec la méthode de l'Office fédéral du développement territorial (ARE), qui se base sur la norme SN 640 290. Les facteurs pris en compte sont la catégorie de chaque arrêt (type de moyen de transport et cadence) et la distance à l'arrêt.

D'autres sites ont été étudiés, mais n'ont finalement pas fait l'objet d'analyses approfondies. Il s'agit de :

- Préfargier : présente des contraintes fortes et pour lequel l'alternative du site de La Tène, situé à quelques centaines de mètres, sur un site vierge et à deux pas de la gare de Marin, est plus pertinente
- La Chaux-de-Fonds – Stand de tir et Eplatures : n'offre pas d'éléments nouveaux par rapport au site du Crêt-du-Loche
- Val-de-Ruz - le Chillou : ne s'inscrit pas dans les principes du PDC, s'agissant notamment de la desserte TP
- La Chaux-de-Fonds - secteur le Corbusier : la superficie est inférieure au minimum nécessaire pour l'implantation d'un équipement hospitalier d'envergure cantonale et a fait l'objet d'un récent plan spécial qui ne permet pas, en l'état, l'implantation d'un équipement hospitalier d'envergure cantonale
- Colombier – Planeyse : l'accessibilité TP est identique au site de Perreux, mais avec une accessibilité TIM moindre et présentant une procédure d'aménagement du territoire compliquée
- Cornaux : présente une problématique OPAM⁷⁸ en lien avec la Raffinerie.

7.2 Mobilité

Concernant l'accès à l'hôpital, au-delà de la variante d'organisation, c'est principalement la localisation des sites qui est importante. Les sites étudiés, qui sont présentés au chapitre 7.1, tiennent tous compte des questions de mobilité, en particulier de la proximité d'une gare et d'une sortie d'autoroute (voir chapitre 4.4.1). En termes de mobilité, la réorganisation de l'HNE aura des conséquences pour les employés de l'institution ainsi que pour les patients. L'évaluation a été réalisée sur la base des données 2015 du personnel de l'HNE et sur les données d'activité 2014 concernant les patients.

Concernant les employés

Les observations suivantes peuvent être faites :

- aucun scénario de la variante 2 n'est plus favorable que la situation actuelle en termes de distances ou de temps de trajet ;
- aucun scénario de la variante 2 n'est plus favorable que la situation avec un site unique à Cernier ;
- les meilleurs scénarios dépendent principalement du site retenu pour les soins aigus, alors que la localisation du site de réadaptation a moins d'influence vu le nombre moindre d'employés, cette affirmation étant toutefois à relativiser du fait que le personnel des polycliniques n'a pas été chiffré dans cette analyse ;
- la localisation du site de soins aigus à Cernier permet de limiter l'augmentation des distances et des temps de trajet par rapport à la situation actuelle (différence relative oscillant autour de 20%) ;
- bien qu'elles ne soient pas les plus avantageuses en termes de distances parcourues par les EPT, les scénarios proposant les soins aigus à Pourtalès sont ceux permettant de limiter au mieux l'augmentation des temps de parcours par rapport à la situation actuelle. Ceci s'explique par la qualité des infrastructures routières reliant Neuchâtel.

En conclusion, si tous les scénarios augmentent les temps de trajet pour les employés, celui prévoyant un site unique à Cernier permet de minimiser cette augmentation. Pour les scénarios de la variante 2, compte tenu des infrastructures existantes, c'est le site de Pourtalès qui paraît le plus favorable pour accueillir les soins aigus.

Concernant les patients

Les observations suivantes peuvent être formulées quant à la mobilité des patients :

⁷⁸ OPAM: Ordonnance sur la protection contre les accidents majeurs

- aucun scénario de site unique ne permet de diminuer les distances ou les temps de trajet pour les patients par rapport à la situation actuelle "multisite" ;
- les scénarios avec un site unique présentant les augmentations de distances et de temps de trajets pour les patients les plus faibles en comparaison des valeurs observées en 2014 sont la localisation du site unique à Cernier ou sur le littoral (les deux scénarios étant quasi équivalents). Toutefois, ces augmentations sont de l'ordre de 35% (temps de trajet en heure de pointe) à 55% (distances parcourues) ;
- de la même façon, aucun scénario de la variante 2 n'est plus favorable que la situation actuelle par rapport aux aspects liés à la mobilité des patients ;
- comme pour les employés, les effets d'un scénario découlant de la variante 2 dépendent principalement du choix du site de soins aigus, compte tenu du nombre de patients concernés (~ 90%).

En conclusion, pour un site unique comme pour la variante 2, Cernier et Neuchâtel sont les plus favorables pour accueillir les soins aigus en ce qui concerne la mobilité des patients ; les temps de trajet sont relativement similaires (écarts de 5-10% entre le site de Cernier et de Neuchâtel). La localisation du site de réadaptation (~ 10% des patients) n'est pas déterminante au regard de l'augmentation des distances et des temps de trajet pour les patients.

Il est important de rappeler que ces constats ne prennent en compte que l'activité stationnaire, qui ne représente que 10% des visites de patients à l'HNE. L'accès aux soins ambulatoires suivant les variantes est difficile à quantifier et n'a pas pu être chiffré dans le cadre de ce projet. Or, pour ces prestations, la situation actuelle sera maintenue quelle que soit la variante choisie, limitant ainsi l'augmentation relative des distances supplémentaires à parcourir dans la nouvelle organisation.

7.3 Aménagement du territoire

7.3.1 Méthodologie

Chacun des sites présentés au chapitre 7.1 a fait l'objet d'une analyse de faisabilité sous l'angle de l'aménagement du territoire. Cette étape consiste à évaluer, pour chacun des sites, quels sont les éléments de contraintes ou les éléments d'opportunité à considérer. En outre et compte tenu des variantes à considérer, il s'agit également d'identifier les qualités requises pour un site en fonction de l'équipement hospitalier qu'il accueillerait. Ainsi, s'il s'agit d'un site unique ou d'un site de soins aigus, la proximité immédiate des infrastructures de transports (transports publics ou infrastructures autoroutières) revêt un caractère prépondérant dans le choix de la localisation. En revanche, l'accessibilité à un site de réadaptation, bien qu'importante, ne revêt pas un caractère prépondérant. Il s'agira en revanche de privilégier une situation permettant de bénéficier d'un certain calme propice à la vocation d'un tel établissement.

En ce qui concerne les transports, étant donné les importantes infrastructures planifiées à l'horizon 2030 (mise en œuvre du RER, notamment ligne directe) et réalisation des contournements routiers H20 et H18), différents scénarii temporels ont été considérés:

- Scénario 2015 (état actuel des infrastructures)
- Scénarios 2030 (avec ou sans H20/H18 et avec ou sans ligne directe).

Sur la base de ces éléments, chaque site a fait l'objet d'une fiche qui passe en revue l'ensemble des contraintes (aménagement, patrimoine, environnement, mobilité) liées à l'implantation d'un équipement hospitalier. Une analyse multicritères a ensuite permis de qualifier (site unique, site de soins aigus et site de réadaptation) les sites en fonction des contraintes et avantages qu'ils présentent.

7.3.2 Résultats

En ce qui concerne la variante 1 (nécessitant un espace important), les secteurs sis en marge de l'urbanisation (Boudry-Perreux et Crêt-du-Loche) ressortent, évidemment, comme présentant les contraintes les plus faibles comme illustré sur la figure 14, annexe 6.

En ce qui concerne la variante 2, les sites actuels de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds se profilent comme adéquats pour accueillir un site de soins aigus ou un site de réadaptation. Cela peut également paraître évident, dès lors que ces sites sont implantés et en activités depuis de nombreuses années.

En s'appuyant sur le plan directeur cantonal (PDC), la concentration des équipements dans les hypercentres de l'agglomération permet de répondre aux objectifs de la politique d'urbanisation durable (fiche U_11), de l'optimisation de la localisation des équipements publics en lien avec l'accessibilité TP (fiche U_31), ainsi que la garantie d'un accès aux services de base en lien avec l'armature de transports (fiche S_11).

Ainsi, les résultats de la présente analyse mettent en exergue l'opportunité de localiser les équipements au cœur des agglomérations et plus particulièrement à Neuchâtel, mieux connecté au réseau de transport (TIM/TP). Le site de Pourtalès s'inscrit ainsi pleinement dans cette dynamique. Cependant, la faisabilité d'implanter un site unique à cet endroit nécessite de régler les questions foncières, l'insertion dans le milieu bâti (gestion des volumes en fonction du contexte urbain) et de gérer les flux.

Les résultats détaillés des sites sont disponibles dans l'annexe 7.

7.3.3 Compléments

Affectations alternatives des sites étudiés

Certains sites étudiés sont parfois construits ou font l'objet de planifications prévoyant d'autres développements que l'implantation d'un équipement hospitalier. Dans le cas des sites du Crêt-du-Loche et de la Tène, ils sont aujourd'hui identifiés comme pôle de développement économique d'importance cantonale, prévoyant ainsi l'implantation d'entreprises actives dans les domaines d'activité stratégique et permettant la création de nouveaux emplois. Ainsi, l'implantation d'un équipement hospitalier implique une valorisation moindre du secteur et hypothèque les développements économiques initialement prévus, ce qui nécessite de trouver des solutions de remplacement pour ces planifications. En ce qui concerne le site de Perreux, celui-ci étant exclusivement propriété de l'État, il révèle un potentiel de développement conséquent, hors développement hospitalier, si l'on considère l'implantation de la nouvelle gare RER et la proximité du pôle de développement économique de Boudry.

Enfin, s'agissant des sites hospitaliers actuels de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds, le choix d'une variante ou l'autre peut impliquer un désinvestissement de sites actuels, nécessitant ainsi une reconversion. Dans le cas de Pourtalès, la proximité de Microcity et la volonté affichée de renforcer ce pôle spécifique permettent d'entrevoir des possibilités de réaffectation qui participent au développement économique dans le domaine des microtechniques. En revanche, la revalorisation du site de La Chaux-de-Fonds semble plus difficile sous l'angle de l'activité économique, si l'on considère sa position au cœur d'un secteur largement résidentiel. Les possibilités de revalorisation demeurent, mais nécessitent d'être explorées plus profondément.

Accessibilité au site de soins aigus/site unique

Dans la variante 1 comme dans la variante 2, la localisation des soins aigus à La Chaux-de-Fonds ou à Neuchâtel n'est pas sans soulever des problématiques liées à l'accès en cas d'urgence. Indépendamment de la localisation (Chaux-de-Fonds/Neuchâtel) des soins aigus, son accessibilité dépend, pour partie de la journée, des conditions de circulation sur la H20 et notamment pour le tronçon semi-autoroutier en tunnel, sans possibilité de dépassement, entre le Bas-du-Reymond et Les Hauts-Geneveys (tunnels du Mont-Sagne et de la Vue-des-Alpes).

La situation actuelle avec un trafic fort à certaines heures de la journée et des conditions météorologiques parfois difficiles sur une période de l'année peut faire craindre des difficultés d'accessibilité. Il est en effet constaté que, sur certains tronçons routiers, le trafic est ralenti avec des embouteillages à certaines périodes de la journée. Ces difficultés sont susceptibles d'augmenter dans la mesure où la population devra augmenter ses déplacements pour rejoindre l'hôpital (voir chapitre 7.2).

Cela dit, les premières consultations effectuées sur ce sujet auprès des services d'ambulances et du SMUR font apparaître que ces difficultés d'accès ne sont pas problématiques, la sécurité du patient n'ayant jamais été mise en danger en raison du trafic routier. Des alternatives existent: passage par le col de la Vue-des-Alpes, intervention de la police pour sortir l'ambulance du tunnel, intervention de la REGA. De plus, avec les projets à venir dans cadre mobilité 2030 on peut espérer une amélioration du trafic routier.

Risques de blocage momentané de l'accès au site de Pourtalès

Afin d'évaluer les risques de blocage momentané de l'accès au site de Pourtalès (liés à des manifestations sportives, des perturbations du trafic, etc.), il a été demandé à la police neuchâteloise des précisions quant à la nature et à la fréquence de ces risques qui sont de deux types :

- blocages permanents et non prévisibles : accident de la circulation entraînant des perturbations du trafic suite aux déviations / accident OPAM⁷⁹ / événement de grande ampleur à proximité ou dans l'hôpital (explosion, incendie, forcené, etc.) ;
- blocages ponctuels, mais n'entraînant pas forcément un blocage : manifestation importante avec forte circulation / cortège de supporters avec ou sans risque de confrontation.

Au stade actuel des expériences faites par la police neuchâteloise, il apparaît que le risque de blocage lors d'un match à risque de tous les accès au site de Pourtalès est faible. En outre, la police dispose en principe des informations quant au déroulement de la manifestation (horaire d'arrivée des supporters par exemple), ce qui permet de mettre en place les dispositifs adéquats, en particulier la canalisation du flot des supporters.

En conclusion, il n'existe pas de dispositif particulier permettant un accès permanent au site de Pourtalès, du fait que les risques sont permanents et peuvent venir de tous côtés, voire de l'hôpital lui-même. Les forces de l'ordre doivent ainsi s'adapter en permanence aux situations rencontrées. Il en va de même pour tous les sites qui seraient choisis.

7.4 Faisabilité architecturale

L'analyse de faisabilité des différents scénarios tend à vérifier si le site proposé permet de réaliser la mise en œuvre du programme souhaité, selon le cahier des charges établi et plus particulièrement la liste des locaux. Des contraintes peuvent rendre la réalisation plus difficile, voire l'exclure. Par contre, l'analyse à elle seule ne permet pas d'établir un classement des variantes ; tout au plus un degré de faisabilité peut être estimé, ainsi qu'une comparaison des scénarios en termes de coûts.

7.4.1 Méthodologie

En premier lieu, il s'est agi d'établir un état des sites en fonction à considérer. À cet effet, des plans ont été mis à disposition par l'HNE, ainsi que différents rapports, notamment les diagnostics EPIQR+ permettant de déterminer et évaluer les travaux de mise en conformité à effectuer pour redonner aux bâtiments leur valeur d'usage (sans travaux de transformation). Suite encore à la visite des sites hospitaliers de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds, un résumé succinct de l'état général des bâtiments a été produit, tout en admettant qu'une nouvelle analyse plus poussée serait nécessaire en fonction d'un scénario envisageant la transformation ou la rénovation de l'un ou l'autre des sites existants. Sur ce point, il convient de rappeler que le complexe datant de 1966 à la Chaux-de-Fonds est dans un état de vétusté avancé et n'est plus en mesure de répondre aux besoins d'une structure hospitalière contemporaine. Concernant le site de Pourtalès, l'état global du bâtiment est bon quand bien même les premiers travaux de maintenance doivent aujourd'hui être envisagés. Un résumé de l'état actuel des bâtiments est disponible dans l'annexe 8.

Par ailleurs, l'équipement médicotechnique étant une constituante importante dans le cadre d'un investissement hospitalier, il a été décidé de prendre comme référence l'équipement actuel de l'HNE. Vu la difficulté à chiffrer les investissements qui devraient être réalisés, c'est la valeur à neuf qui a été utilisée. Cette démarche est valable pour l'ensemble des scénarios étudiés. Ainsi, si les montants

⁷⁹ Ordonnance sur les accidents majeurs

estimés sont peut-être surévalués, ils le sont de la même manière pour tous les scénarios, ce qui assure une comparabilité entre eux. Les montants estimés ne peuvent cependant pas être repris tels quels, raison pour laquelle ils ne sont pas mentionnés dans ce rapport.

Pour les constructions neuves, un coût moyen de 5'000 francs par m² de surface de plancher (SP) a été admis sur la base de l'examen d'une vingtaine de références en Suisse. Il convient de préciser qu'il n'a pas été fait de distinction entre le coût au m² du site de soins aigus et du site de réadaptation, alors que le coût de ce dernier, moins technique, pourrait être revu à la baisse.

Par ailleurs, le ratio de 2 cité au chapitre 5.4 et exprimant le lien entre les surfaces utiles et les surfaces de plancher a été appliqué. Pour les travaux de transformation/rénovation, le montant de référence est pondéré en fonction de l'état des bâtiments et des travaux susceptibles d'être réalisés. Les hypothèses retenues à ce stade ne peuvent éviter une grande imprécision mais permettent de rendre le raisonnement transparent et les comparaisons possibles.

La méthode de calcul pour l'évaluation sommaire s'appuie sur une structure par CFC (Code des frais de construction) et prend en compte les éléments suivants :

- CFC 0 : acquisition du terrain (surface en m² x prix estimé/m²)
- CFC 1 à 5 : coût de construction (SP en m² x montant de référence/m², évent. pondéré
Coût parking enterré (nb places estimées x 40'000 francs)
Coût parking extérieur (nb places estimées x 5'000 francs)
- CFC 7: équipements hospitaliers (selon indications HNE)
- CFC 9 : mobilier (SP en m² x 100 francs/m²).

7.4.2 Résultats

Au-delà de l'aspect financier, il est possible à ce stade de porter un premier jugement qualitatif, du point de vue architectural, sur les scénarios étudiés. L'analyse architecturale tend à approcher les aspects de la relation même entre le bâtiment et le site. Encore une fois, à ce stade, s'agissant d'une analyse sommaire, il s'est agi de porter un simple jugement qualitatif, exprimé sous la forme d'un "smiley" vert pour un avis plutôt favorable, orange pour un avis plutôt neutre et rouge pour un avis plutôt défavorable.

L'analyse démontre que tous les scénarios sont réalisables, sous réserve de contraintes plus ou moins importantes et de coûts d'investissement variables. Les résultats sont illustrés dans la figure 15 présentée ci-dessous. Aucun scénario n'a un avis défavorable du point de vue architectural. Chaque scénario est présenté dans une fiche, celles-ci sont regroupées dans l'annexe 9.

Figure 15: Evaluation architecturale, résultats globaux

Comparatif global		Evaluation architecturale globale moyenne
SITE UNIQUE LITTORAL	1A Site unique Pourtalès - Polyclinique La Chaux-de-Fonds	☹️
	1A' Site unique Boudry Perreux - Polyclinique La Chaux-de-Fonds	😊
	1A'' Site unique La Tène - Polyclinique La Chaux-de-Fonds	☹️
SITE UNIQUE MONTAGNES	1B Site unique La Chaux-de-Fonds - Polyclinique Neuchâtel	☹️
	1B' Site unique Le Crêt-du- Locle - Polyclinique Neuchâtel	😊
SITE UNIQUE CENTRE	1C Site unique Cernier - Polyclinique La Chaux-de-Fonds	😊
DEUX SITES soins aigus Littoral réadaptation Montagnes	2A Soins aigus Pourtales - Réadaptation La Chaux-de-Fonds	☹️
	2A' Soins aigus Boudry Perreux - Réadaptation La Chaux-de-Fonds	😊
	2A'' Soins aigus La Tène - Réadaptation La Chaux-de-Fonds	☹️
	2A''' Soins aigus Pourtales - Réadaptation Le Crêt-du-Loche	☹️
	2A'''' Soins aigus Boudry Perreux - Réadaptation Le Crêt-du-Loche	😊
	2A''''' Soins aigus La Tène - Réadaptation Le Crêt-du-Loche	☹️
DEUX SITES soins aigus Montagnes réadaptation Littoral	2B Soins aigus La Chaux-de-Fonds - Réadaptation Pourtales	☹️
	2B' Soins aigus La Chaux-de-Fonds - Réadaptation Boudry Perreux	☹️
	2B'' Soins aigus La Chaux-de-Fonds - Réadaptation La Tène	☹️
	2B''' Soins aigus Le Crêt-du-Loche - Réadaptation Pourtales	☹️
	2B'''' Soins aigus Le Crêt-du-Loche - Réadaptation Boudry Perreux	😊
	2B''''' Soins aigus Le Crêt-du-Loche - Réadaptation La Tène	☹️

Il ressort de cette analyse que les sites actuellement vierges présentent le potentiel architectural le plus intéressant. L'utilisation d'un site/bâtiment existant tend à compliquer la réalisation architecturale. Cela dit, aucun des scénarios impliquant l'exploitation d'un site existant ne présente des avantages évidents par rapport aux autres scénarios.

En termes d'investissement, les résultats obtenus ont permis d'alimenter les travaux sur l'économicité, dont les résultats sont présentés au chapitre 7.5. De manière générale, les constats suivants peuvent être posés :

- il y a une relation quasi linéaire entre les surfaces nécessaires et le coût de l'ouvrage à neuf
- l'intégration d'un bâtiment existant fonctionnel tend à réduire les coûts
- l'intégration d'un bâtiment existant obsolète tend à augmenter les coûts
- l'implantation d'un site hospitalier hors zone urbaine implique la réalisation d'une polyclinique supplémentaire, donc des coûts supplémentaires importants.

Enfin, en termes de planification, indépendamment du scénario retenu, il faut compter près de vingt ans entre le début de la réflexion et l'entrée en fonction, la durée des travaux étant probablement un peu plus longue dans le cas d'une réalisation en site occupé, mais les démarches administratives et politiques pouvant tout autant reporter une réalisation en site vierge. Concernant ce projet, on peut estimer que la moitié de ce temps est dernière nous et que la réalisation du scénario retenu pourrait être effective dans les cinq à dix ans après votation du peuple.

7.5 Économicité

7.5.1 Méthodologie

Comme déjà détaillé au chapitre 6.2.4, les synergies d'exploitation et médico-soignantes ont été évaluées suivant les variantes.

S'agissant des investissements, les scénarios présentant des différences importantes en terme d'infrastructure, plusieurs modules d'investissements ont été chiffrés (transformation, construction, désinvestissement) et appliqués en fonction des besoins. À relever que la polyclinique VDT n'a pas été prise en compte dans le chiffrage puisqu'elle est incluse dans chaque variante, rendant toute comparaison inutile, et que chaque scénario doit tenir compte d'un investissement minimum sur le site actuel de la Chaux-de-Fonds afin de permettre le maintien de son utilisation en attendant la réalisation de la nouvelle organisation spatiale.

Par ailleurs, l'axe temporel joue un rôle important en termes d'économicité. La plupart des synergies ne peuvent être mises en œuvre qu'avec la nouvelle organisation spatiale et chaque scénario n'est pas réalisable selon le même calendrier. Un point de comparaison final a été fixé à l'horizon 2040, date à laquelle tous les scénarios peuvent être réalisés et mesurés sur une certaine période d'exploitation.

L'évaluation des scénarios a été réalisée sur la base de trois critères : la capacité à autofinancer les nouveaux investissements, le maintien d'une base de fonds propres suffisante au bilan de l'HNE et le résultat net annuel à horizon 2040, après amortissement et intérêts. Les échelles suivantes ont été retenues :

1. Capacité à autofinancer les nouveaux investissements. Il faut rappeler que les investissements courants ne sont pas inclus dans le modèle et que, par conséquent, un autofinancement inférieur à 100% est jugé insuffisant.

Echelle :

Autofinancement > 120%	😊
Autofinancement < 120% - 100% >	😐
Autofinancement < 100%	😞

2. Maintien d'une base de fonds propres suffisante au bilan de l'HNE.

Echelle :

Fonds propres > 5% du bilan	😊
Fonds propres > 0	😐
Fonds propres < 0	😞

3. Résultat net annuel en 2040 (après amortissements et intérêts). Dans le modèle, cet indicateur est négatif dans toutes les variantes, car les charges d'amortissement et d'intérêt dues aux nouveaux investissements font peser un poids important. Toutefois, l'ampleur de la perte est différente d'une variante à l'autre. Pour rappel, le modèle ne fait pas d'hypothèse sur une croissance des revenus ou sur des innovations permettant de réduire les charges. Ceci est peu plausible et permettrait d'absorber la perte, notamment dans les variantes où celle-ci demeure contenue.

Echelle :

Perte < 5 millions	😊
Perte <5 et 10 millions>	😐
Perte > 10 millions	😞

7.5.2 Résultats

Tous les résultats sont présentés à l'annexe 9, seuls ceux concernant la variante 2 étant indiqués dans le tableau 6 ci-dessous.

Comme le démontre le tableau de l'annexe 10, d'un point de vue économique, le scénario du site unique sur Pourtalès se détache de manière assez sensible des autres scénarios. De manière générale, tous les scénarios de la variante 1 figurent dans la partie supérieure du classement, sauf le scénario du site unique à Cernier qui subit le poids d'une polyclinique supplémentaire.

Si nous retenons les scénarios de la variante 2, recommandée par le COPIL, c'est la variante 2a "Soins aigus Pourtalès et CTR à la Chaux-de-Fonds" qui présente les meilleures évaluations, profitant d'investissements moins élevés et d'une réalisation possible plus rapidement. Au-delà du rang 2, les scénarios ne semblent pas recommandables. Ils pèsent sur les fonds propres, sans pour autant permettre d'atteindre un résultat net en 2040 significativement favorable.

Tableau 6: classement des scénarios de la variante 2 selon l'analyse financière

Rang	Scénario	Description	Critère 1	Critère 2	Critère 3	Moyenne
1	2a	Soins aigus Pourtalès, CTR La Chaux-de-Fonds	😊	😐	😐	😊 +
2	2a'''	Soins aigus Pourtalès, CTR Le Crêt-du-Loche	😊	😞	😐	😐
3	2a' et 2a''	Soins aigus Boudry Perreux ou La Tène, CTR La Chaux-de-Fonds	😐	😐	😞	😐 -
4	2b	Soins aigus La Chaux-de-Fonds, CTR Pourtalès	😐	😐	😞	😐 -
5	2a'''' et 2a''''	Soins aigus Boudry Perreux ou La Tène, CTR le Crêt-du-Loche	😐	😞	😐	😐 -
6	2b''''	Soins aigus Le Crêt-du-Loche, CTR Pourtalès	😐	😞	😐	😐 -
7	2b'''' et 2b''''	Soins aigus Le Crêt-du-Loche, CTR Boudry Perreux ou La Tène	😞	😞	😐	😞
8	2b' et 2b''	Soins aigus La Chaux-de-Fonds, CTR Boudry Perreux ou La Tène	😞	😞	😞	😞

Force est de constater que, du point de vue économique, les recommandations auraient probablement dues être mises en œuvre depuis longtemps. Il est à craindre qu'en l'absence d'une véritable vision, la réalisation du projet arrive en décalage avec la réalité qui s'imposera d'ici là.

Il est par ailleurs relevé que la temporalité est importante. Plus une variante peut être réalisée rapidement, plus elle permet des économies rapides et génère des cash-flows pour couvrir les investissements. Néanmoins, les variantes réalisées plus rapidement doivent également porter une charge d'amortissement consécutive aux nouveaux investissements plus tôt sur la période considérée.

Enfin, les différences entre les scénarios évalués dépendent essentiellement de l'ampleur des investissements qui est une variable très significative, à mesure qu'il n'existe que peu d'écart entre les synergies d'exploitation dégagées par les variantes 1 et 2 et encore moins entre les scénarios d'une même variante. Les amortissements et les charges d'intérêts qui en découlent varient de manière plus importante entre les variantes en fonction des montants d'investissement et de désinvestissement. Ce phénomène est renforcé par le timing. Ces éléments ont plus de poids que les synergies d'exploitation

dans le calcul du résultat net. Cela étant, les scénarios permettant des investissements nets moindres sont favorisés. Ainsi, les scénarios réalisés sur les sites actuels sont plus favorables, alors que ceux intégrant des nouveaux sites impliquent des investissements plus importants, parfois difficiles à assumer en termes de fonds propres. L'abandon du site actuel de La Chaux-de-Fonds au profit d'un nouveau site dans cette région implique ainsi une diminution des fonds propres considérant notamment que l'État reprendrait ce bâtiment dans le cadre de l'assainissement du bilan proposé en marge du présent projet.

7.6 Concurrence

L'impact du choix d'un scénario sur la concurrence ne doit pas être minimisé. En effet, deux risques principaux existent, qui pourraient engendrer une perte de patients pour l'HNE :

- vu la présence déjà active d'une clinique privée dans le canton, le risque existe d'installation ou de développement de ce concurrent privé dans la ou les régions n'ayant plus d'hôpital de soins aigus. En ce sens, il conviendra de travailler dans une optique de collaboration plutôt que de concurrence ;
- La perte des patients hors canton de la ou des régions ne bénéficiant plus d'un hôpital de soins aigus est un autre risque. En effet, en termes de bassins de population, le risque existe, en cas de concentration d'activité, qu'une partie de la population se rende dans des hôpitaux d'autres cantons, à l'image de ce qui peut être constaté pour une petite partie de la population des Montagnes qui se rend déjà aujourd'hui à l'Hôpital du Jura bernois (St-Imier), pour des prestations pourtant disponibles à l'HNE. Ce risque serait d'autant plus grand si les soins aigus devaient être localisés à La Chaux-de-Fonds dans la mesure où la population du Littoral neuchâtelois est plus importante et qu'une concurrence plus forte s'exerce à proximité (notamment à Bienne et à Yverdon). De même, si le site devait être situé sur le Littoral mais en périphérie (Perreux, La Tène), le risque d'une augmentation des flux des patients vers les hôpitaux d'Yverdon ou de Bienne, selon que le site soit situé à l'est ou à l'ouest de la ville de Neuchâtel, mais également vers St-Imier vu l'éloignement du site pour la population des Montagnes neuchâteloises.

Ces risques sont réels et doivent être considérés à leur juste valeur dans le cadre de la présente évaluation. Cela dit, leur minimisation passe, au-delà du choix de la localisation, par l'offre de prestations de qualité et par un processus visant à regagner la confiance de la population. Le présent projet doit justement contribuer à atteindre ces objectifs.

7.7 Recommandation du COPIL sur les scénarios

Vu les arguments présentés dans les chapitres ci-dessus, certains sites sont d'emblée peu, voire pas recommandés. En effet, les sites de la Tène et de Perreux peuvent être exclus en raison du risque d'augmentation des flux de patients hors canton, de l'extension de l'urbanisation hors des centres urbains cantonaux et de l'impact global sur la mobilité. Bien qu'il permette de réduire les distances à parcourir pour se rendre à l'hôpital dans le cas de la variante 1, le site de Cernier ne peut pas non plus être retenu. En effet, il présente les désavantages de coûter plus cher parce qu'il devient nécessaire de prévoir une policlinique supplémentaire et son emplacement hors du périmètre urbain implique le risque de voir se créer un troisième pôle urbain dans le canton. Ces trois sites ne présentent pas non plus des garanties complètes en termes d'accessibilité, accessibilité qui ne pourra être bonne que dans une quinzaine d'années et qui dépend fortement de décisions appartenant désormais à la Confédération.

L'utilisation des sites hospitaliers déjà sis actuellement dans les villes, quant à elle, n'implique pas d'extension de l'urbanisation, contribue à renforcer les centralités urbaines cantonales et s'inscrit ainsi en adéquation avec les objectifs du plan directeur cantonal.

L'installation des soins aigus sur le site de Pourtalès s'avère être la solution la plus appropriée au regard de l'analyse présentée dans ce chapitre. En effet, dans le cadre de la variante 2, ce scénario présente les avantages de minimiser les temps de trajets pour le personnel et pour les patients, de présenter les contraintes les moins fortes en termes d'aménagement du territoire. Au vu de l'état des bâtiments, l'infrastructure de Pourtalès est adaptée et peut être conservée, réduisant sensiblement les délais de réalisation d'un tel scénario qui sont évalués entre cinq et dix ans. A noter que le bâtiment actuel devra cependant être agrandi, notamment avec une structure ambulatoire. L'évaluation financière démontre que ce scénario est le plus avantageux au regard de la capacité

d'autofinancement, du maintien des fonds propres et du résultat net à horizon 2040. Au niveau architectural, tous les scénarios prévoyant les soins aigus dans une ville ont une évaluation comparable. Enfin, dans le contexte de concurrence existant dans le domaine hospitalier, l'installation des soins aigus à Pourtalès devrait permettre de minimiser les flux de patients neuchâtelais hors canton, en insistant sur le fait que tous les cas maintenus dans le canton favorisent l'emploi et la circulation des richesses en son sein. Ce scénario devrait enfin favoriser les collaborations avec les centres universitaires en présentant une meilleure accessibilité au site de soins aigus depuis ces centres. Notons également, en lien avec le chapitre 6.3.4, que l'implantation du site de soins aigus à Pourtalès permet les meilleures retombées économiques directes et indirectes.

Concernant la réadaptation, le scénario retenu prévoit la construction d'un nouveau bâtiment à la Chaux-de-Fonds, le bâtiment actuel étant jugé vétuste et présentant des rigidités excessives pour pouvoir être valablement adapté à un usage hospitalier contemporain.

S'ils ne doivent pas être ignorés, les risques mis en évidence concernant la liaison entre La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel ne peuvent être évités par aucun des choix en matière d'organisation spatiale. Des solutions existent pour garantir un accès adéquat pour les services d'urgences. Pour le reste, des améliorations à moyen terme devraient être trouvées dans le cadre du projet de mobilité 2030 du canton de Neuchâtel.

Fort de ce qui précède, le COPIL recommande de retenir la variante 2, selon le scénario prévoyant l'implantation du site de soins aigus à Pourtalès et celui de réadaptation dans les Montagnes neuchâtelaises. Il recommande la réalisation rapide d'une étude complémentaire permettant d'identifier le terrain le plus adéquat.

8 CONCLUSION

Le présent rapport est le fruit d'un travail colossal réalisé en seulement quelques mois. Grâce à l'implication de nombreux partenaires du système de santé et de l'administration cantonale, différentes perspectives, plus larges que celle du seul fonctionnement hospitalier, ont pu être analysées. Si diverses études avaient déjà été réalisées sur l'organisation hospitalière, c'est la première fois que la problématique est abordée de manière aussi large et par des acteurs neuchâtelois. Il ne s'agit plus d'un rapport d'expert externe, mais bien d'un rapport porté par l'ensemble des partenaires impliqués.

Les évolutions que subira ces prochaines années le système de santé, et plus particulièrement le secteur hospitalier, sont importantes. En effet, un des défis majeurs sera de faire face à une pénurie de ressources associée à une augmentation des besoins, avec une population vieillissante et présentant de plus en plus de maladies chroniques et multiples. L'hôpital doit faire face à une médecine qui se spécialise, nécessitant du personnel aux connaissances plus pointues, qui doivent être réunies en un même lieu pour traiter un patient. Les attentes et les modes de prise en charge évoluent également, notamment avec le développement de l'ambulatoire. La concurrence, de plus en plus forte, met une pression encore plus importante sur les hôpitaux, s'agissant de la qualité et de l'attractivité pour les médecins.

Sans prétendre prédire l'avenir à long terme avec précision, le présent projet apporte des réponses importantes sur l'évolution constatée ces dernières années et qui devraient avoir lieu ces prochaines années, évolution qui influence fortement le monde hospitalier. Dans ce contexte, l'hôpital de demain devra être un maillon fort du réseau sanitaire, favorisant la pluridisciplinarité et la communication entre partenaires, pour favoriser la prise en charge intégrée du patient. L'hôpital a un rôle majeur à jouer avec le développement de policliniques assurant non seulement des consultations spécialisées, mais surtout des prestations de premier recours, pour répondre aux besoins les plus courants de la population dans les trois régions et pallier à la pénurie annoncée de médecins de famille.

Sur la base de ces analyses, le regroupement de prestations en deux pôles de compétences, l'un de soins aigus et l'autre de réadaptation, s'impose comme une démarche inévitable et obligatoire dans le but de s'adapter à ces évolutions importantes et rapides et de maintenir des prestations dignes d'un hôpital cantonal dans le canton de Neuchâtel. A défaut, l'HNE devrait revoir son offre et la limiter aux prestations de base, abandonnant par conséquent tout un pan d'activité, ce qui aurait pour conséquences d'augmenter les flux de patients vers d'autres cantons, de réduire l'emploi et la circulation des richesses dans le canton de Neuchâtel et de limiter les possibilités de formation médicale au sein de l'hôpital, impactant également l'offre médicale de ville. La variante 3 et celle du statu quo doivent donc être exclues. En effet, vu les pressions que subit l'hôpital, ce choix mènerait à la disparition progressive de l'hôpital.

Du point de vue du fonctionnement de l'hôpital ainsi que de son financement, l'approche la plus évidente pour parvenir à ce regroupement semble être la création d'un site hospitalier unique pour l'ensemble du canton. C'est en effet la solution qui permettrait une prise en charge optimale avec regroupement des compétences médico-soignantes.

Toutefois, les autres axes d'analyses motivent le COPIL à privilégier l'exploitation de deux sites hospitaliers (variante 2). Ainsi, il est rappelé que, en tant que plus en grand employeur du canton, l'hôpital joue également un rôle social et économique important. Les conséquences sur l'économie régionale, la mobilité et le bassin de recrutement plaident en faveur d'une organisation sur deux sites, ce d'autant que les économies d'exploitation générées par cette variante ne sont pas très différentes de celles offertes par la variante 1. La variante 2 est aussi la plus rapide à mettre en œuvre et le COPIL est convaincu que, vu le retard accumulé par le canton de Neuchâtel, ce paramètre prend une importance décisive aujourd'hui.

Concernant les prestations de psychiatrie, des rapprochements ponctuels et ciblés sont à préconiser, avec en particulier la création de deux pôles : le premier concernant la psychogériatrie, en lien avec l'activité de réadaptation et de gériatrie, le second concernant la psychiatrie des enfants, adolescents et adultes, en lien avec l'activité de soins aigus somatiques. Les soins palliatifs spécialisés seraient quant à eux liés au site de réadaptation, dans une organisation respectueuse de leurs spécificités.

Le présent rapport démontre en outre qu'une telle concentration de l'activité ne remet pas en question la sécurité sanitaire dans les différentes régions à mesure que celle-ci est garantie avec la participation de l'ensemble des partenaires du système de santé, médecins de premier recours et soins pré-hospitaliers en particulier, et que les prestations de proximité de l'hôpital seront assumées par le biais des policliniques, voire de nouveaux modes de prise en charge que développera l'institution ou d'autres partenaires.

Une analyse des sites potentiels existants pouvant accueillir un équipement hospitalier sur le territoire neuchâtelois a été effectuée. Celle-ci préconise, au vu des infrastructures de transport existantes et des orientations du plan directeur cantonal, une localisation en zone urbaine. Les villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds sont donc les plus adéquates pour accueillir les sites hospitaliers. Le COPIL recommande de développer les soins aigus sur Pourtalès et la réadaptation à La Chaux-de-Fonds. Ces sites présentent notamment les avantages de minimiser l'augmentation des trajets des patients pour les soins stationnaires et de permettre une mise en œuvre relativement rapide, de cinq à dix ans. La localisation du site de soins aigus sur Neuchâtel paraît la plus adéquate au vu de la concurrence extracantonale et du risque de perte de patients vers des hôpitaux voisins. C'est aussi un avantage pour les collaborations avec les partenaires universitaires. En termes d'impact sur l'économie régionale, c'est aussi la localisation qui permet de meilleures retombées économiques directes et indirectes.

Une telle vision de l'HNE, hôpital cantonal public, ne pourra être réalisée que si des moyens appropriés sont donnés au Conseil d'État et à l'hôpital pour y parvenir. Ces moyens passent notamment par l'assainissement du bilan et par une révision de la loi constitutive de l'HNE. Cela étant, le COPIL recommande de réviser la législation sur l'HNE. L'hôpital n'est plus un établissement dont l'organisation est stable et durable. Il doit pouvoir s'adapter rapidement et des délais qui se calculent en semestres pour la prise de décision ne sont plus compatibles avec le contexte. De plus l'assainissement du bilan financier est important, pour permettre à l'HNE de repartir sur des bases financières saines et sereines. L'HNE devrait également être libéré de la charge de la réaffectation des bâtiments non utilisés pour lui permettre de se concentrer sur ses projets réformes propres, déjà très lourds.

Enfin, le scénario retenu par le COPIL permet de conserver le bâtiment de Pourtalès, qui est en bon état mais qui devra être adapté et agrandi pour répondre aux nouveaux besoins. L'hôpital de réadaptation à La Chaux-de-Fonds, quant à lui, nécessitera la construction d'un nouveau bâtiment sur un terrain à définir. Cela étant, des études complémentaires doivent encore être effectuées dans les meilleurs délais pour identifier le site le plus adéquat et pour pouvoir débiter la mise en œuvre concrète de la nouvelle organisation hospitalière. Les travaux doivent donc être poursuivis rapidement pour ne pas perdre les bénéfices et la dynamique apportés par la réalisation du présent projet qui n'est pas, en soi, un aboutissement, bien qu'il apporte une vision d'avenir nécessaire à la population de ce canton mais également au personnel hospitalier qui œuvre sans relâche pour le bien des patients neuchâtelois.

9 SUITE DES TRAVAUX

Comme explicité aux chapitres 3.2 et 3.3, le présent rapport traite de la première phase du projet. De plus, si des décisions de principes peuvent être prises sur la base du présent rapport, des analyses complémentaires doivent être réalisées pour permettre de prendre des décisions concrètes, permettant ensuite leur mise en œuvre formelle. Des analyses générales ont donc été menées jusqu'à présent et il conviendra, dans les mois à venir, de poursuivre les travaux, avec les phases 2 et 3, afin d'entrer plus dans les détails.

9.1 Objectifs

Les objectifs des phases 2 et 3 sont de pouvoir choisir de manière définitive l'emplacement des sites hospitaliers et de dessiner plus clairement ce que sera l'HNE de demain en termes architecturaux. En effet, les propositions faites dans ce rapport ne sont pas suffisamment précises sur ce point et nécessitent des évaluations complémentaires. Différents sites peuvent être envisagés à La Chaux-de-Fonds pour l'installation du nouveau bâtiment hospitalier et différentes approches existent également à Pourtalès pour l'extension du site. D'autres analyses plus fines pourront ensuite avoir lieu pour déterminer les besoins s'agissant des locaux et des flux. Ces compléments permettront ensuite de lancer le concours d'architecture.

Cela étant, les phases suivantes sont envisagées pour les mois à venir:

- **Phase 2a:** La première partie de la phase 2 doit permettre de finaliser l'analyse de besoins des utilisateurs ainsi que de mener des études approfondies d'aménagement du territoire sur les sites, que ce soit pour les travaux d'agrandissement sur Pourtalès ou pour la construction du nouveau bâtiment à La Chaux-de-Fonds. Elle se termine avec la décision finale sur le choix des deux sites. Il est prévu que cette phase se fasse sous gouvernance du canton, l'HNE étant naturellement associé.
- **Phase 2b:** La deuxième partie de la phase 2, quant à elle, permettra de préciser le programme des locaux avec les utilisateurs et d'effectuer des études de faisabilité détaillées. Le cahier des charges architectural, comprenant liste des locaux, diagramme des flux et contraintes liées aux sites, sera élaboré pour permettre la préparation des deux concours architecturaux. Dès cette phase la gouvernance passe en mains de l'HNE, les services de l'Etat restant naturellement impliqués.
- **Phase 3:** La troisième phase du projet, quant à elle, démarre avec le lancement du concours architectural.

9.2 Calendrier

Si un lancement rapide est nécessaire et souhaité pour assurer une réalisation rapide des constructions, il ne peut pas y avoir de travaux conséquents avant la votation populaire. Les délais estimés à ce stade pour les travaux liés aux phases 2a et 2b sont entre 12 et 24 mois. Au total, la réalisation du scénario retenu prendra entre 5 et 10 ans.

10 ANNEXES

- Annexe 1 Intégration de la psychiatrie
- Annexe 2 Besoins en surfaces selon les variantes
- Annexe 3 Use cases
- Annexe 4 Comparatif HJB-HNE
- Annexe 5 Synergies
- Annexe 6 Résultats graphiques aménagement du territoire
- Annexe 7 Fiches par site – Aménagement du territoire
- Annexe 8 État des bâtiments HNE
- Annexe 9 Fiches par scénario – Faisabilité architecturale
- Annexe 10 Résultats de l'analyse financière