

Annexe 1 : Bilan de politique sanitaire 2015 – 2022

Annexe 1a : Liste détaillée des mesures

Annexe 2 : Tableau des mesures 2025-2030

Annexe 3 : Classement des motions et postulats

Annexe 3a : Analyse et bilan

Annexe 4 : Glossaire

Bilan de politique sanitaire 2015 – 2022**1. INTRODUCTION**

Le 16 février 2015, le Conseil d'État a soumis au Grand Conseil un rapport d'information à l'appui de sa politique sanitaire pour la période 2015-2022, rapport dont celui-ci a pris acte très favorablement le 29 septembre 2015. Ce rapport par lequel il posait les bases d'une politique sanitaire cantonale prospective, globale et coordonnée, transcendant les domaines de la santé, constituait une première.

2. ORIENTATIONS

Dans le cadre de son rapport de politique sanitaire 2015-2022, le gouvernement a fixé six grandes orientations stratégiques qu'il a déclinées en une quinzaine d'objectifs et une soixantaine de mesures.

Le bilan dressé dans le cadre du présent rapport a pour buts de rappeler ces derniers, de faire état de leur concrétisation et de relever les principaux résultats obtenus. La liste détaillée de ces mesures figure en annexe (cf. annexe 1).

Orientation 1. Renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé

Objectifs : fixer les priorités de la Promotion et de la prévention de la santé (PPS) et développer de nouveaux plans et programmes

Le Conseil d'État a adopté, le 11 janvier 2016, une stratégie cantonale de prévention et de promotion de la santé portant sur la période 2016 à 2026, dans laquelle il consacrait les priorités qu'il se fixait en la matière. En l'occurrence, cette stratégie fixait trois objectifs généraux :

- développer le domaine de la prévention et de la promotion de la santé ,
- favoriser la prise en compte de la santé dans tous les secteurs de la société et
- renforcer la coordination et les partenariats,

et cinq champs d'action :

- promouvoir la santé ,
- prévenir les principaux facteurs de risque,
- prévenir les maladies non transmissibles ;
- prévenir les maladies transmissibles et favoriser l'égalité des chances.

Cette volonté de développer ce domaine se fondait sur trois constats : la promotion de la santé et la prévention sont 1) efficaces, 2) rentables et 3) participent à améliorer la qualité de vie des Neuchâtelois-e-s, de même que l'égalité face à la santé. Depuis son adoption, cette stratégie a été déclinée en une série de plans d'action cantonaux ou programmes en matière d'alimentation et d'activité physique, de santé mentale, de santé sexuelle et reproductive, de santé scolaire, de santé et migration, de prévention du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool ou de promotion de la santé chez les personnes de 65 ans et plus (65+). Une importante et fructueuse collaboration a été mis en place par le service cantonal de la santé publique (SCSP) avec les communes, en collaboration avec l'association objectif.ne, pour développer des activités et projets concrets en matière de promotion de la santé sur l'ensemble du territoire au profit de la population. Par ailleurs, afin de développer ces actions et renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé, un office de la prévention des maladies et de la promotion de la santé a été créé au sein du SCSP au 1^{er} janvier 2020. Doté de 0.5 EPT en 2003, celui compte aujourd'hui 5.4 Équivalent plein-temps (EPT).

Des mesures de dépistage et de diagnostic précoce, notamment dans le domaine du cancer, ont été mis en place. Ainsi, un programme de dépistage organisé du cancer du côlon, commun aux Cantons de Neuchâtel et du Jura, a été développé et lancé au printemps 2019 en complément au programme existant de dépistage du cancer du sein. Mis en œuvre et géré par l'Association pour le dépistage du cancer BEJUNE créée par les cantons de Berne, Jura et Neuchâtel, il permet aux femmes et aux hommes entre 50 et 69 ans de ces deux derniers cantons de se faire dépister par un test de recherche de sang occulte dans les selles, à répéter tous les deux ans. Dépisté tôt, ce cancer peut être guéri dans la grande majorité des cas. Le programme de dépistage du cancer du sein géré de longue date par cette même association a, quant à lui, été élargi aux femmes jusqu'à 74 ans. Le taux de participation aux deux programmes augmente régulièrement et est sensiblement supérieur à la moyenne nationale. Le taux de fidélisation très élevé constaté suggère, pour sa part, une grande satisfaction des participant-e-s et du corps médical avec les programmes mis en place.

Au niveau légal, de nouvelles améliorations ont également été instaurées dans le domaine de la prévention du tabagisme. Ainsi, depuis le 1^{er} juin 2020, l'interdiction de fumer dans les lieux fermés publics ou accessibles au public ancrée dans la loi de santé a été étendue aux produits du tabac et à ses dérivés, ainsi qu'à tous les dispositifs électroniques, notamment e-cigarettes. Depuis le 1^{er} août 2024, elle s'applique aux entrées extérieures des structures d'accueil pré- et parascolaires et des écoles de la scolarité obligatoire, ainsi que dans les espaces extérieurs et ouverts qui leur sont liés. Dans un même souci de protection de la jeunesse contre le tabagisme passif, la vente de tous les produits du tabac est interdite aux personnes de moins de 18 ans depuis le 1^{er} avril 2021.

Objectif : renforcer la lutte contre les maladies transmissibles

L'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur les épidémies (LEp), le 1^{er} janvier 2016, a créé l'opportunité pour le Conseil d'État de passer en revue la législation sanitaire cantonale dans ses dispositions relatives à la lutte contre les maladies transmissibles et de soumettre en 2019 une adaptation de celle-ci. Adoptée par le Grand Conseil, cette loi revoit également l'attribution et la répartition de certaines tâches des autorités sanitaires. La pandémie de la COVID-19 aura eu pour effet de mettre à l'épreuve rapidement les outils et dispositifs existants et à jour la nécessité d'en créer de nouveaux, pour faire face à ses spécificités. L'expérience accumulée, qui a fait l'objet de différents rapports, doit permettre à l'avenir de mieux appréhender les épisodes de crise susceptibles d'affecter le système de santé, tout en permettant la poursuite des activités régaliennes de l'État en la matière. Quant à la prévention de ces maladies, elle s'appuie sur une mesure essentielle qui est la vaccination pour les maladies courantes ou dans le cadre de campagnes spécifiques mises en place dans le canton (grippe, rougeole, papillomavirus – papillomavirus humain, la COVID-19, variole du singe).

Orientation 2. Assurer une offre en soins suffisante, adaptée aux besoins et accessible sans discrimination

Objectif : planifier l'offre sanitaire cantonale

La mise en œuvre de la Planification médico-sociale pour les personnes âgées (PMS) a passablement occupé les autorités sanitaires pendant la période couverte par le présent bilan. La PMS a fait l'objet à ce jour de trois rapports distincts du Conseil d'État au Grand Conseil. Le premier, qui date de 2012 (12.013), fondait la PMS. Le second, de 2015 (15.026), portait sur la réalisation et les perspectives de la PMS et décrivait les orientations stratégiques du Conseil d'État. Enfin, le troisième, de 2021 (21.021), auquel il est renvoyé, a fait l'état des lieux des travaux entrepris et annoncé les prochains jalons de cette politique ambitieuse. Ce rapport contenait et proposait en particulier une nouvelle loi, la loi sur l'accompagnement et le soutien à domicile (LASDom), fixant le cadre pour la mise en œuvre de prestations visant à accompagner et à soutenir les personnes fragilisées et leurs proches. Elle a été adoptée par le Grand Conseil à l'automne 2022 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Le Conseil d'État a par ailleurs soumis au Grand Conseil un projet de loi constituant l'établissement de droit public (« Accueil Réseau Orientation Santé Social » AROSS ; initialement organisée sous la forme d'une association dont le nom était « Association Réseau Orientation Santé Social), dont le but est d'améliorer l'orientation des

personnes âgées dans le système de santé. Cette loi a été adoptée le 28 mars 2023, de sorte que la transformation d'AROSS en établissement de droit public a pu entrer en vigueur au 1^{er} octobre 2023.

Le Conseil d'État a procédé à l'établissement d'une nouvelle planification hospitalière pour la période 2016-2022 et adopté, en 2015, l'arrêté fixant la liste hospitalière neuchâteloise valable dès le 1^{er} janvier 2016, lequel détermine la liste des établissements (dans le canton et hors canton) admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins et les prestations pour lesquelles ils sont mandatés. En 2020, le Conseil d'État a entrepris un nouveau processus de planification hospitalière devant porter sur la période 2023-2030. Ce processus, bien avancé, a malheureusement été stoppé par un arrêt du Tribunal administratif fédéral (TAF), du 17 septembre 2021, suite à un recours portant sur la précédente planification. Les travaux de planification sont en cours à l'aune des décisions du TAF et la nouvelle version du rapport sur les conditions cadres pour figurer sur la nouvelle liste hospitalière (phase 2), qui fait suite à l'évaluation des besoins (phase 1) a été élaborée. Elle présente les bases permettant de lancer, suite à son adoption par le Grand Conseil, un appel d'offre auprès des hôpitaux et cliniques intéressés à figurer sur la future liste hospitalière cantonale.

Objectif : lutter contre la pénurie annoncée de personnel médical et paramédical

Le Conseil d'État a pris de nombreuses mesures en vue de renforcer l'offre médicale dans le contexte de pénurie décrit plus haut : recensement de l'offre médicale en collaboration avec les associations de médecins du canton dans le cadre des travaux de mise en œuvre de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) concernant l'admission des médecins ; soutien financier à des projets de création de cabinets collectifs de médecins porté par une ou plusieurs communes ; adhésion au mois d'octobre 2022 à la Convention intercantonale sur le financement de la formation médicale postgrade (CFFP) visant à promouvoir la formation médicale postgrade et contribution importante à son financement depuis 2023 ; participation et soutien au projet de réorganisation de la formation postgraduée de médecin en Romandie (Réformer), qui est devenue une organisation responsable de la coordination de la formation médicale postgraduée en Suisse romande, de l'optimisation des parcours postgradués des médecins en formation, ainsi que d'une meilleure répartition des ressources médicales entre les hôpitaux, les cabinets médicaux et les régions de Suisse romande.

À la fin de 2022, le (SCSP), le délégué cantonal à la domiciliation et les associations de médecins du canton se sont unis pour offrir un accompagnement personnalisé en trois axes aux médecins de famille (médecins généralistes et pédiatres) intéressés à s'installer dans le canton pour ouvrir ou reprendre un cabinet : 1) accompagnement dans les démarches administratives nécessaires à leur domiciliation ainsi que dans celles liées à la recherche d'un logement ; 2) soutien dans l'élaboration d'un projet professionnel pour leur partenaire ; 3) possibilité de parrainage par un membre de l'association professionnelle. À ce jour, une dizaine de médecins se sont installés dans le canton au travers de cette action.

Une vaste étude a été lancée en 2015 par le Conseil d'État sur l'avenir du dispositif cantonal de formation dans les domaines de la santé et du social à laquelle l'ensemble des partenaires neuchâtelois concernés ont participé. Elle a débouché sur un rapport qui mettait en avant que le canton ne répondait pas à ses propres besoins de formation en matière de relève professionnelle dans ces domaines, et proposait une série de mesures pour améliorer la couverture de ceux-ci. Sur cette base, le Conseil d'État a notamment décidé, dans le domaine de la santé, en 2017, d'ouvrir et de financer l'accès à la filière de niveau École Supérieure (ES) du Centre de formation professionnelle de la Berne francophone (CEFF) à Saint-Imier. Cette mesure visait à répondre à la demande des employeurs du domaine de la santé, en regard des besoins grandissant de personnel hautement qualifié. Le Conseil d'État a par ailleurs soumis en 2018 au Grand Conseil une loi instituant un fonds d'encouragement à la formation professionnelle initiale en mode dual (LFFD), qui l'a adoptée le 27 mars 2019. Ce fonds permet de soutenir financièrement les entreprises et institutions formatrices dont celles qui forment dans le domaine de la santé du domaine paramédical par les institutions de soins et donc de les inciter à former. D'autres mesures sont prévues dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative « pour des soins infirmiers forts » pour les professionnels de ce secteur, pour lequel le Conseil d'État a adopté un premier rapport de mise en œuvre au début de l'année 2024 portant sur l'offensive de formation.

Objectif : développer et mettre en œuvre des programmes de santé publique

Les Cantons de Neuchâtel, de Berne et du Jura ont adopté une stratégie BEJUNE en matière de soins palliatifs portant sur les années 2017 à 2027. Sa mise en œuvre a été confiée à l'Association pour le

développement des soins palliatifs BEJUNE dont ils sont membres. Elle se décline en cinq orientations stratégiques (renforcer la sensibilisation aux soins palliatifs, tant parmi les personnel-le-s soignant-e-s qu'auprès du public ; garantir une offre de prestations conforme aux besoins ; améliorer la qualité des prestations proposées ; mieux intégrer les soins palliatifs dans les réseaux et rendre les soins palliatifs efficaces dans la durée), comportant 15 objectifs à atteindre par le biais de 35 mesures. À ce stade, une bonne moitié de ces mesures ont déjà été mises en œuvre ou sont en voie de l'être. Au demeurant, comme déjà relevé plus haut, de nombreux plans d'action ou programmes sont en cours dans le domaine de la prévention des maladies ainsi que de la promotion de la santé.

Suite au dépôt de l'initiative populaire cantonale intitulée « Pour une assurance des soins dentaires », en août 2015, le Conseil d'État a proposé un programme visant à préserver et améliorer la santé bucco-dentaire de la population neuchâteloise sous la forme d'un contre-projet. Les mesures proposées visaient essentiellement les jeunes enfants et les personnes âgées. Le contre-projet ayant été rejeté par le Grand conseil le 3 mai 2022, seule l'initiative a été soumise au vote populaire et a été rejetée en date du 25 septembre 2022.

Objectif : adapter l'offre en soins

La période a vu la fermeture de deux hôpitaux de réadaptation, en l'occurrence ceux de la Béroche et de Val-de-Travers. Ce dernier a été transformé en maison de santé en 2017, avec l'ouverture d'une structure d'accueil pour personnes cérébrolésées sévères gérée par la fondation Les Perce-Neige. Le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) propose actuellement sur ce site une policlinique pour les urgences adultes, avec la présence d'un médecin urgentiste et un départ service mobile urgences réanimation (SMUR 24/24. S'agissant du RHNe, les exigences posées à l'article 5, de la loi sur le Réseau hospitalier neuchâtelois (LRHNe) selon lesquelles le RHNe est composé de deux sites de soins aigus offrant au minimum une prise en charge médico-chirurgicale 24/24, des prestations de soins aigus de médecine interne, de chirurgie, d'anesthésie, de soins intensifs ou continus, ont été concrétisées, notamment par le développement de l'activité chirurgicale et la restauration d'une prise en charge médico-chirurgicale 24h/24.

Pour ce qui est du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), celui-ci a connu une adaptation très importante de ses prestations pendant la période considérée. Les options stratégiques 2015-2022 du CNP ont été adoptées en janvier 2016 par le Grand Conseil. S'agissant du bilan de la mise en œuvre des 17 propositions formulées dans ce cadre par le CNP, celles-ci ont été dans leur ensemble réalisées (voir également Orientation 4, p.9). De nombreuses collaborations ont par ailleurs vu le jour notamment entre le RHNe et le CNP pour améliorer la prise en charge des patient-e-s somatiques ayant besoin d'un soutien psychologique ou vice-versa dans l'une ou l'autre institution.

Orientation 3 : Améliorer la qualité des prestations

Le Conseil d'État a renoncé en l'état à développer une stratégie cantonale globale en matière de qualité des prestations, au vu des nombreux développements qu'a connus cette thématique sur le plan national, tant sur le plan légal (entrée en vigueur de nouvelles dispositions de la LAMal visant à renforcer la qualité, mais aussi l'économicité), qu'organisationnel (création de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ), obligations pour les partenaires de négocier des conventions sur la qualité) ou stratégique (adoption d'une stratégie nationale pour le développement de la qualité dans l'assurance-maladie et d'objectifs en matière de qualité par le Conseil fédéral pour la période 2022 à 2024), qui sont de nature à améliorer la qualité sur les plans structurel, organisationnel et financier. Il n'en demeure pas moins que le gouvernement a pris pendant la période concernée une série de dispositions pour renforcer la qualité des prestations dans différents domaines de la santé. Sur le plan légal et réglementaire, il a notamment élevé les exigences auxquelles sont soumises les institutions de soins, notamment les établissements médico-sociaux (EMS), les hôpitaux, les cliniques et les maisons de naissance, pour être autorisés à exploiter ou figurer sur une liste à charge de la LAMal. Sur le plan contractuel, il a également renforcé les exigences en matière de qualité dans le cadre des contrats de prestations passés avec les institutions subventionnées.

Objectif : sensibiliser la population aux enjeux de santé

De nombreuses actions de sensibilisation thématiques aux enjeux de santé ou visant à mettre en avant des prestations favorables à la santé ont été mises en œuvre, notamment dans les domaines de la

prévention des maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que de la promotion de la santé, de même que dans le cadre de la mise en œuvre de la PMS ou du Dossier électronique du patient (DEP), parfois en recourant à des ressources internes, parfois à des agences spécialisées en matière de communication. Ce fut également le cas dans le dossier hospitalier lorsqu'il a été question de la réorganisation spatiale de l'Hôpital neuchâtelois. Par contre, faute de ressources spécialisées dans un premier temps, puis de disponibilités, et vu l'importante activité de communication nécessaire pour accompagner la période de pandémie, il n'a pas été possible de développer et de déployer une stratégie globale de communication dans le domaine de la santé, de même que d'organiser des « journées santé ».

L'épisode de la COVID-19 a toutefois conduit le Conseil d'État à doter le SCSP de compétences en communication, confirmant l'importance de celle-ci en faveur d'une politique globale de santé publique. Cela a d'ores et déjà permis d'améliorer sensiblement sur le plan quantitatif comme qualitatif la communication aux médias, à la population ainsi qu'avec les partenaires externes.

Objectif : informer sur les droits des patients et renforcer leur protection

Les cantons latins, dont Neuchâtel, ont réalisé et édité en 2013 une première brochure commune appelée « L'essentiel sur les droits des patients » dont le but est de mieux faire connaître et promouvoir le droit des patient-e-s et de donner à ces derniers-ères la possibilité de gagner en autonomie et responsabilité dans leur prise en soins. Cette brochure a fait l'objet d'une première réédition en 2016. Un groupe de travail intercantonal, dans lequel le SCSP a été activement impliqué, a entrepris une nouvelle réactualisation de cette brochure dont la publication est intervenue en 2024. Dans ce cadre, de nouveaux thèmes ont été ajoutés : le dossier électronique du patient, l'erreur médicale, l'accompagnement en fin de vie et les devoirs des patient-e-s.

La page du site internet de l'État portant sur les droits des patient-e-s a été complétée par la mention des situations fréquentes faisant l'objet de signalement et celle des instances les mieux à même d'y donner suite. Un formulaire y a été introduit permettant aux patient-e-s qui s'estiment atteint-e-s dans leurs droits par des professionnel-le-s de la santé de signaler facilement ces cas au médecin cantonal ou d'être orienté-e-s auprès d'une autre instance compétente.

Objectif : renforcer la surveillance des professionnels de la santé et des institutions

Le Conseil d'État a doté le SCSP et plus spécifiquement le médecin cantonal ainsi que la pharmacienne cantonale, de compétences juridiques pour renforcer la surveillance des professionnel-le-s de santé et des institutions de soins enfreignant la législation sanitaire et surtout pour leur permettre de lancer et de mener à leur terme des procédures administratives ou disciplinaires souvent exigeantes, lorsqu'il y a lieu. Plusieurs sanctions ont été prononcées, dont des retraits d'autorisation de pratiquer ou d'exploiter dans des cas graves. La sécurité des patient-e-s et la crédibilité de l'État, en termes de police sanitaire, s'en trouvent ainsi renforcés.

Orientation 4. Optimiser l'organisation du système de santé cantonal

Objectif : Réorganiser les urgences et le secteur des soins préhospitaliers

La collaboration avec le Canton de Vaud en matière de centrales sanitaires (Centrale d'appels sanitaires urgents (CASU 144) et Centrale de médecine de garde (CTMG)) donne satisfaction plus de sept ans après sa mise en place. Ce malgré les difficultés managériales et de gouvernance rencontrées récemment avec la Fondation Urgence Santé (FUS VD) qui en assumait la gestion jusqu'au 30 juin 2024. Ces difficultés ont conduit à une réorganisation pilotée par l'État de Vaud et récemment au transfert de ces lignes téléphoniques et équipes vers le CHUV (pour le 144) et UniSanté (pour la CTMG). Les prestations sont ainsi assurées, ces deux centrales sont pleinement intégrées dans les dispositifs préhospitalier et de garde médicale du canton. Celui-ci est constamment informé/associé aux décisions prises par le Canton de Vaud en la matière.

La reprise du 144 par la FUS VD en 2015 a conduit à une réorganisation des soins préhospitaliers assumés par les communes et l'hôpital (HNE devenu RHNe) avec des changements de gouvernance avalisés par un nouveau règlement. Ainsi, la gouvernance de ce secteur est constituée, depuis 2015, de deux niveaux : un niveau stratégique assuré par la Direction des urgences préhospitalières (DIRUP), qui est responsable notamment de proposer au département en charge de la santé une planification

stratégique des moyens préhospitaliers en vue de répondre adéquatement aux besoins quotidiens de la population ou lors des événements extraordinaires. Elle comporte aussi un niveau opérationnel assuré par la Commission des urgences préhospitalières (COMUP), qui est chargée notamment de veiller au bon fonctionnement des services qui assurent les soins préhospitaliers. Les communes en charge des services d'ambulance ont, quant à elles, mis en place un organe de coordination. L'essentiel des travaux pendant la période couverte ont été concentrés sur la stabilisation de la gouvernance du dispositif préhospitalier et du dispositif ambulancier (fusions de deux des quatre services, harmonisation des pratiques de soins). Un plan d'organisation cantonal des secours sanitaires urgents n'a dans ce contexte pas encore vu le jour et, du point de vue du Conseil d'État, une plus grande intégration des services régionaux reste pertinente et à l'ordre du jour.

La coordination de l'accès aux services de gardes médicales, dentaires et pharmacies est stabilisée, en bonne partie grâce à l'action de la CTMG dans la régulation de dispositif. Il faut relever le déploiement d'un réseau de premiers-iers répondant-e-s neuchâtelois-e-s depuis juin 2022 pour renforcer la chaîne des secours et augmenter les chances de survie en cas d'arrêts cardiaques.

La mise sur pied d'un concept de prise en charge des secours médico-sanitaires en cas de crise et de catastrophe a débuté par l'implémentation du Système d'information et d'intervention (SII) de la Confédération dans le dispositif préhospitalier (Centrale 144, Ambulances, SMUR, RHNe) en 2020. En plus du SII, le canton a aussi pérennisé le financement du fonctionnement du Détachement du poste médical avancé – véhicule de soutien sanitaire (DPMA-VSS). Les communes ont mis en service un Poste de commandement sanitaire (PC SAN). La finalisation du concept devrait se poursuivre ces prochaines années.

Objectif : Réorganiser les établissements cantonaux de droit public

RHNe (anciennement HNE)

Le Conseil d'État a soumis le 29 juin 2016 au législatif cantonal dans un rapport 16.029 les lignes stratégiques et politiques qu'il entendait donner à l'Hôpital neuchâtelois (HNE). Les études conduites sous l'angle du développement territorial, économique et social du Canton de Neuchâtel montraient toute la nécessité de maintenir l'activité hospitalière dans les centres urbains. Tenant compte d'analyses réalisées dans les domaines de l'aménagement du territoire, de la mobilité, de l'architecture et des finances, le gouvernement préconisait de localiser les soins aigus sur le site actuel de Pourtalès, à Neuchâtel, et les soins de réadaptation à La Chaux-de-Fonds, sur l'un des sites étudiés, qui devait encore être déterminé précisément et rapidement. Une nouvelle construction était dans tous les cas nécessaires, considérant l'état de vétusté et les difficultés d'adaptation du bâtiment actuel. Le site de Pourtalès devait quant à lui être agrandi. Ce projet de réorganisation spatiale de l'HNE a été présenté comme contre-projet à l'initiative législative populaire cantonale « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires » (initiative H+H) qui demandait notamment à l'État d'assurer la présence d'un site hospitalier de soins aigus, associé à un Centre de traitement et de réadaptation (CTR), dans chacune des deux agglomérations du canton (Littoral et Montagnes). Le Grand Conseil a adopté en décembre 2016 le décret soumettant au vote du peuple l'initiative H+H et le contre-projet du Grand Conseil sous forme d'un décret portant approbation de la réorganisation spatiale de l'HNE. Ces objets ont été soumis au vote du peuple le 12 février 2017. À cette occasion, le peuple a accepté les deux textes soumis à sa décision. Toutefois, à la question subsidiaire permettant de les départager il a préféré l'initiative au contre-projet. Pour donner suite au résultat de cette votation, le Conseil d'État a nommé un groupe de travail (GT H+H) chargé de lui faire des propositions sur la mise en œuvre concrète de l'initiative. Ce Groupe de travail (GT) a rendu son rapport au début du mois d'octobre 2017. Le Conseil d'État a défini, en novembre 2017, les grandes orientations qu'il entendait retenir et transmis au Grand Conseil le rapport 18.009 dans lequel il décrivait son appréciation des propositions du GT H+H et leurs possibles conséquences. Il l'invitait à prendre les premières décisions qui s'imposaient, dont la création d'une société anonyme chargée d'exploiter un hôpital de soins aigus dans les Montagnes neuchâteloises. Appelé à traiter du rapport du Conseil d'État, la commission « Santé » du Grand Conseil a misé sur le maintien d'un établissement autonome de droit public comme structure juridique, avec la volonté de conserver la santé en mains publiques. Des directions de sites, renforcées dans leurs compétences, devaient être mises en place sur chaque site, et régies par un conseil d'administration unique.

C'est ainsi que le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) a vu le jour au 1^{er} novembre 2019 suite à l'adoption d'une loi sur le Réseau hospitalier neuchâtelois (LRHNe) le 19 février 2019 par le Grand

Conseil. Le RHNe a succédé dès cette date à l'Hôpital neuchâtelois (HNE) et concrétisé l'initiative H+H. Le RHNe se compose désormais de deux sites de soins qui sont situés dans les deux pôles urbains du canton (site de Pourtalès à Neuchâtel et site de La Chaux-de-Fonds), et d'une antenne régionale au Val-de-Travers (polyclinique). Le dispositif est complété par trois antennes, celles de réadaptation du Locle et de Val-de-Ruz, ainsi que celle de La Chrysalide qui prodigue des soins palliatifs stationnaires spécialisés.

Depuis l'entrée en vigueur de la LRHNe le 1^{er} novembre 2019 et après s'être doté des organes de gouvernance nécessaires, le RHNe a transmis au Conseil d'État, en août 2020, un rapport sur les soins palliatifs et un rapport sur la prise en charge des urgences opératoires sur les sites du RHNe. En avril 2021, le RHNe remettait au gouvernement également un rapport sur la stratégie clinique 2021–2026 et un rapport sur la répartition des missions entre les sites. Le Conseil d'État a reçu en complément, au printemps 2023, la stratégie institutionnelle du RHNe, laquelle aborde également les questions de stratégie immobilière, de gestion financière et de développement durable.

CNP

Les options stratégiques 2015-2022 du CNP ont été adoptées en janvier 2016 par le Grand Conseil. Parmi les dix-sept propositions formulées par le CNP dans son plan stratégique, le Conseil d'État en a retenu et soumis cinq au Grand Conseil qui lui paraissaient relever de son champ de compétences. S'agissant des dix-sept propositions formulées par le CNP, celles-ci ont été dans leur ensemble réalisées par ce dernier. On pense en particulier à l'abandon de ses activités hospitalières sur le site de Perreux à Boudry et plus généralement de ses activités résidentielles en psycho-gériatrie (EMS et foyers de jours), ainsi que de ses ateliers transférés à d'autres acteurs avec l'appui de l'État, au soutien apporté au réseau ainsi qu'au développement de ses activités ambulatoires à Neuchâtel et à La Chaux-de-Fonds dans des sites dédiés. La mise en œuvre de ces options a en effet impliqué de nombreux autres partenaires appelés à y contribuer de manière importante. Quatre des dix-sept options proposées par le CNP n'ont toutefois pas été mises en œuvre : la création d'un centre de type « hôpital de jour » pour les enfants de 6 à 12 ans et celle d'un centre pour les 12-18 ans (projets non concrétisés pour des raisons financières) ; celle d'une unité de soins mixtes somato- psychiatriques (raisons liées au débat sur l'HNE, puis à la création du RHNe) ; enfin, celle d'un établissement médico-social (EMS) spécialisé pour les cas complexes (le CNP ayant fait le choix de renoncer à poursuivre sa mission résidentielle). Sous réserve de cette dernière, ces options ont été reprises dans son nouveau programme stratégique.

Le CNP a formulé dans ses options stratégiques 2023–2030 ses futurs axes stratégiques et a précisé son ambition de conduire l'institution « vers une psychiatrie moderne, de grande qualité et financièrement viable, basée sur des preuves scientifiques, favorisant le retour dans la communauté, l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques, en collaboration avec les autres partenaires du réseau socio-sanitaire ». Au travers de vingt et une mesures ou prestations cliniques, le CNP consacre sa vision d'une psychiatrie communautaire, donc principalement ambulatoires, privilégiant – lorsque cela s'avère possible – une prise en charge du ou de la patient-e dans son milieu de vie, tenant compte de son entourage.

Ces options ont été soumises au Grand Conseil courant 2023 et adoptées par celui-ci au mois de février 2024 (rapport 23.032).

NOMAD

Les orientations stratégiques 2015-2022 de Neuchâtel organise le maintien à domicile (NOMAD) ont été adoptées par le Grand Conseil en février 2016 et suivies immédiatement de la motion 16.117 questionnant la conformité de la loi sur NOMAD (LNOMAD) avec le droit fédéral, notamment s'agissant du rôle de coordinateur dans le domaine de l'aide et des soins à domicile confié à NOMAD, en plus de celui de prestataire dans celui-ci. Le Conseil d'État a répondu à cette motion et remédié à cette problématique dans le cadre du rapport 18.021, puis dans celui 21.021. Dans le premier rapport, il a retiré le mandat de financement de prestataires tiers organisation d'aide et de soin à domicile ((OSAD) et infirmier-ère-s indépendant-e-s) à NOMAD et en a chargé le SCSP, lequel a sous-traité au service financier (SFIN) les aspects opérationnels. Dans le second rapport, il a traité de la PMS et fournit un cadre nouveau pour le développement des prestations favorisant le maintien à domicile, par l'adoption de la loi sur l'accompagnement et le soutien à domicile (LASDom) et par une révision de la LNOMAD, recentrant le rôle de prestataire de NOMAD et répondant ainsi à la motion 16.117. Dans ce contexte, les orientations stratégiques 2015-2022 de NOMAD n'ont été que partiellement mises en œuvre, celles visant à répondre

aux attentes de la PMS, au sens large et à coordonner les acteurs du maintien à domicile ayant perdu de leur pertinence dans le contexte évolutif décrit ci-avant. À relever que NOMAD s'est profondément réorganisé pour mieux répondre à un besoin de proximité de ses client-e-s en mettant en place des micro-équipes réparties sur trois régions, composées de 10 à 15 personnes qualifiées collaborant pour offrir une prise en soin intégrée et placées chacune sous la responsabilité d'un-e infirmier-ère chargé-e de les accompagner dans leur projet de soin et d'être leur point de contact au sein des micro-équipes.

Objectifs : rechercher des synergies et renforcer les collaborations

L'État a encouragé la recherche de synergies dans de nombreux domaines de la santé, tout particulièrement dans celui de la prévention et de la promotion de la santé où, par le SCSP, il a fortement renforcé son rôle dans la coordination des acteurs et actrices du domaine dans un souci de répondre de manière plus efficiente aux besoins de la population. Cela a été en particulier le cas dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Il a ainsi soutenu la reprise du personnel du Groupe Information sexuelle et éducation à la Santé (GIS), association qui cessait son activité en 2018, par l'association Générations Santé sexuelle (GSN). Il a aussi encouragé la recherche de synergies et la coordination entre les centres de santé sexuelle et de planning familiaux de Neuchâtel, ainsi que de La Chaux-de-Fonds et GSN. Cela a aussi été le cas dans celui de la santé scolaire, en collaborant avec les communes et les écoles pour assurer la mise en place d'un environnement favorable à la santé des élèves durant la scolarité obligatoire. De manière plus générale, l'État a résolument renforcé la collaboration avec les communes dans différents domaines de la santé, plus particulièrement celui de la prévention et de la promotion de la santé, mais aussi dans la mise en œuvre de la PMS, en particulier pour favoriser la création d'appartements avec encadrement.

Dans le domaine des EMS, l'État a encore favorisé le regroupement de plusieurs établissements spécialisés sous des structures juridiques uniques et la recherche de gains d'efficience, en autorisant des directions à assumer la direction de deux établissements.

Objectif : réorienter les services de santé vers la prévention et la promotion de la santé

Le canton a réorienté vers la prévention des maladies et la promotion de la santé de nombreux services de santé axés jusque-là sur les soins et la médecine. C'est notamment le cas dans les domaines de la santé scolaire, de la santé pénitentiaire ainsi que dans celui de la santé et de la migration. Il s'agit ce faisant de réduire les écarts de santé entre l'ensemble de la population et les populations vulnérables. Dans le milieu scolaire, un arrêté concernant la santé scolaire a été adopté par le Conseil d'État au mois d'octobre 2015 qui définit l'organisation du dispositif de santé scolaire. Il fixe comme objectif à la santé scolaire de protéger et de promouvoir la santé des élèves ainsi que de soutenir ceux-ci dans le développement de leurs compétences en matière de santé. Il porte principalement non plus sur la médecine scolaire, mais sur la promotion de la santé, la prévention des troubles de la santé et l'accompagnement des élèves en difficultés sur le plan de la santé. Le Conseil d'État a revu cet arrêté au mois de mai 2021 dans le but d'harmoniser les prestations de promotion de la santé physique et psychique des élèves entre les cercles scolaires. À cette fin a été introduite une possibilité de soutien financier aux communes pour la prise en charge d'une partie des salaires des infirmiers et infirmières, ainsi que des médecins scolaires, en lien avec la définition de ressources minimales à y consacrer par les cercles scolaires.

Dans le milieu carcéral, le principe d'indépendance des soins a été réalisé, par le transfert du secteur des soins pénitentiaires du service pénitentiaire au CNP. Dans le même temps, une pluridisciplinarité s'est mise en place pour mieux prendre en charge la santé globale des détenu-e-s. Un renforcement du lien entre santé psychique et soins somatiques a été convenu aussi dans le cadre des options stratégiques du CNP.

S'agissant de la santé et de la migration, une maison de santé, gérée par l'association Médecins du Monde et financée par l'État, a été mise en place à La Chaux-de-Fonds. Elle a pour but de fournir aux personnes sans-papier, mais aussi aux populations vulnérables, dont les migrant-e-s, un accès gratuit et confidentiel à des services d'orientation et d'évaluation générale dans le domaine des soins ainsi que de renforcer les actions de prévention des maladies à leur intention. Cette organisation est aussi présente dans les centres pour requérant-e-s d'asile.

Orientation 5. Renforcer les instruments de pilotage du système de santé cantonal

Objectif : développer l'informatique de santé

Le Grand Conseil a adopté le 26 septembre 2017 un crédit d'engagement de 3 millions de francs, en vue de la constitution et de la certification d'une communauté de référence cantonale au sens de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP), appelée à mettre en œuvre le dossier électronique du patient (DEP) dans le canton. L'HNE (aujourd'hui RHNe), le CNP, les EMS (avec leurs associations faïtières), les médecins (avec leur société faïtière), les pharmaciens-ne-s (avec leur ordre), les soins à domicile (NOMAD) ainsi que le service informatique des institutions de santé (CIGES) et l'État se sont rassemblés dans la foulée, à l'initiative de ce dernier, pour créer en commun des structures pour porter la mise en œuvre du DEP dans le canton. En effet, pour l'État de Neuchâtel, l'adhésion des prestataires de soins du canton au DEP passait par leur intégration étroite dans les processus décisionnels (définition du contenu du DEP, choix de la solution technique, sélection des projets pilotes, définition du modèle de financement). « Mon Dossier Santé », le DEP neuchâtelois, a été rendu accessible aux patient-e-s diabétiques et leurs prestataires de soins à partir de novembre 2021 dans le cadre d'un projet de soins coordonnés avant d'être ouvert à l'ensemble de la population neuchâteloise au printemps 2022. Plus de 5000 Neuchâtelois-e-s avaient à la fin avril 2024 un dossier électronique du patient, et le nombre ne cesse de croître.

Parallèlement à la mise en œuvre du DEP, des travaux approfondis ont été réalisés visant à l'élaboration d'une stratégie globale portant sur la transformation numérique du système de santé. Cette stratégie, élaborée en collaboration avec les acteur-trice-s concerné-e-s, place les patient-e-s et les citoyen-ne-s dans leur ensemble en son centre. Elle vise à augmenter leur capacité à agir en faveur de leur santé, à promouvoir une utilisation raisonnée du numérique en santé, à faire de la digitalisation dans le domaine de la santé un moyen d'inclusion et ainsi à éviter la fracture numérique, à intégrer dans les réflexions dès le départ dans le tissu associatif et enfin à faire de la cybersécurité un prérequis à tous les projets concernés.

Objectif : développer les systèmes d'information

Le SCSP a fortement développé son système d'information sanitaire ces dernières années avec le soutien d'autres services de l'État pour permettre un meilleur pilotage du système de santé. Cela a tout particulièrement été le cas dans le contexte de la COVID-19, où il était nécessaire pour les autorités politiques et sanitaires de disposer de données tenues très régulièrement à jour permettant de prendre très rapidement les décisions pertinentes. La prochaine étape est de développer encore ce système d'information, mais aussi et surtout de le rendre plus visible et de partager les données récoltées sur le système de santé avec les acteur-trice-s concerné-e-s. L'objectif est de pouvoir mieux cibler les ressources rares du système en progressant dans la direction d'une santé publique de précision.

Le SCSP a par ailleurs développé des collaborations prometteuses avec le service de la statistique qui dispose de nombreuses données et d'une expertise dans le traitement de bases de données complexes, afin de mieux pouvoir piloter le domaine de la santé. Une personne a été engagée dans ce service dans ce but, dans le cadre d'un transfert de poste interservices. Les premiers champs d'investigation ont porté sur les domaines préhospitaliers et médico-social, notamment l'utilisation des services de santé.

Objectif : optimiser la gouvernance du système de santé

L'État a fourni des efforts importants pour assurer une meilleure coordination des acteur-trice-s de la santé en général autour des trajectoires de soins au sortir de l'hôpital en lien avec la situation d'engorgement des lits hospitaliers et en EMS rencontrée pendant la crise de la COVID-19, mais aussi au sortir de celle-ci. Une plateforme a été créée en ce sens qui réunit très régulièrement la direction du SCSP ainsi que des établissements autonomes de droit public du canton et la présidence de la Société neuchâteloise de médecine. L'État a d'autre part concrétisé pendant cette période sa volonté d'impliquer davantage et de responsabiliser les autorités politiques communales sur leur rôle dans le système de santé cantonal et son évolution, avec des développements très réjouissants dont il a déjà brièvement été fait état plus haut. Des contacts très réguliers ont lieu entre les autorités sanitaires cantonales et la conférence des directeurs communaux (CDC) de la santé et son secrétariat assumé par l'association objectif.ne, avec la réalisation de plusieurs projets prometteurs, notamment dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

Objectif : développer des outils de pilotage

L'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) a fait l'objet de plusieurs révisions depuis l'introduction de la LAMal en 1996. Le canton s'est inscrit dans le cadre de celles-ci. Le 19 juin 2020, le Parlement fédéral a notamment adopté une révision de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer à la charge de l'AOS. Depuis lors, les cantons sont formellement compétents pour l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire sur la base de critères très précis définis par le Conseil fédéral. Avec cette révision de la LAMal, les cantons peuvent par ailleurs décider de limiter le nombre de médecins dans certains domaines de spécialisation ou certaines régions (nombres maximaux de médecins). La législation prévoit désormais que la fixation des nombres maximaux repose sur le calcul de l'offre médicale, l'estimation d'un taux de couverture par région et par domaine de spécialisation et un facteur de pondération. La mise en œuvre de cette modification de la LAMal fournit au SCSP les outils pour mieux piloter et réguler l'offre médicale ambulatoire à charge de l'AOS.

Le canton connaît depuis la fin des années 1990 dans sa législation un régime d'autorisation pour la mise en service d'équipements médico-techniques lourds ou de pointe, cela à des fins de maîtrise des coûts comme de protection des patient-e-s. Depuis quelques années, tous les cantons romands se sont dotés d'un tel outil ou ont adopté un moratoire, encouragés en cela par un arrêt du Tribunal fédéral rendu à la suite d'un recours porté par une institution du Canton de Neuchâtel contre une décision du Conseil d'État lui refusant l'octroi d'autorisations de mise en service d'équipements, consacrant la constitutionnalité et la légalité de l'outil de régulation neuchâtelois. Confronté qu'il était au dépôt ou à l'annonce du dépôt d'un nombre important de demandes d'autorisation de mise en service en matière d'équipements lourds d'imagerie médicale, le Conseil d'État a décidé, fin 2015, de procéder à une analyse globale du besoin de santé publique pour de tels équipements dans le canton et des critères d'appréciation pour traiter de telles demandes. Il a fait appel pour ce faire à un institut universitaire reconnu. Sur la base des résultats de l'analyse menée, le Conseil d'État a pu depuis lors prendre des décisions plus éclairées. Il a ainsi autorisé la mise en service de trois équipements supplémentaires par rapport au parc existant en 2015, notamment deux scanners (CT-Scan) et une IRM. Il a toutefois aussi refusé cinq demandes d'autorisation pendant cette période, considérant qu'elles ne répondaient notamment pas à un besoin de santé publique.

Le canton a procédé ces dernières années, avec le soutien d'une commission ad hoc et d'architectes, à une évaluation très poussée des infrastructures immobilières des EMS qui a permis notamment la fixation d'une valeur intrinsèque et celle de la prestation loyer pour les EMS reconnus d'utilité publique. Cela permet d'avoir une vision claire et précise de l'état du patrimoine immobilier des EMS du canton dans la perspective de l'adaptation de ce parc aux besoins futurs et en vue de la fixation de priorités en la matière. Des plans quinquennaux ont été proposés par les EMS, où ces derniers présentent leurs projets de développements dans un horizon de cinq ans, qui ont fait l'objet d'un préavis du département, respectivement du service de la santé publique dans le premier semestre en 2024. Ces derniers sont déterminants en vue de l'obtention de l'autorisation d'exploiter par les établissements dès 2025.

Objectif : réviser la législation en matière de santé

La législation sanitaire, en particulier la loi de santé, a fait l'objet depuis 2015 de multiples révisions partielles, pour répondre à des problématiques cantonales (comme la gestion des appels sanitaires urgents, l'archivage des dossiers de soins) ou alors pour l'adapter à des évolutions fréquentes du droit fédéral (dans les domaines des professions de la santé, des maladies transmissibles, du dossier électronique du patient, de l'enregistrement des maladies oncologies, des produits thérapeutiques, pour n'en citer que quelques-uns). Cette intense activité législative et réglementaire, ajoutée au traitement d'autres priorités, n'ont pas permis d'envisager une révision totale de la loi de santé, sur le fond comme sur la forme. À relever toutefois que le Conseil d'État a procédé à un important toilettage réglementaire dans le domaine de la santé, en abrogeant toute une série de réglementations qui n'étaient plus d'actualité.

Orientation 6. Limiter la hausse des coûts.

Objectif : rendre le financement des prestations plus transparent

Le Conseil d'État a entrepris, avec les partenaires concernés (RHNe, CNP, NOMAD), un important travail d'identification et de valorisation des prestations dites d'intérêt général qu'il subventionne. Il a soumis deux rapports d'information au Grand Conseil à ce sujet (17.030 et 21.009), concernant les subventions versées au titre des Prestations d'intérêt général (PIG) au RHNe. Ce travail l'a conduit à décider d'importantes et successives baisses de ces subventions, pour un montant total d'environ 40 millions de francs entre 2012 et 2022.

Objectif : pérenniser les conditions de travail

La population neuchâteloise a refusé lors d'une votation populaire en novembre 2017 à plus de 75% une loi adoptée par le Grand Conseil qui remettait en cause l'existence d'un seul texte de référence, celui de la CCT Santé 21, pour l'ensemble du personnel des principales institutions de soins du canton (CNP, RHNe, NOMAD, EMS). Le Conseil d'État, qui soutenait ce refus et le maintien de ce texte, s'est réjoui de ce résultat qui marque l'attachement que la population neuchâteloise accorde au partenariat social, à des conditions de travail attractives et équitables ainsi qu'à une codification de la concurrence évitant à la fois la surenchère et la sous-enchère salariale, de façon à permettre une prise en charge de qualité au sein des institutions de soins du canton. Cela étant, la CCT Santé 21 n'en est pas pour autant figée. Comme ce fut le cas à plusieurs reprises depuis son entrée en vigueur en 2004, celle-ci a fait l'objet d'évolutions dans le cadre des négociations partenariales pour s'adapter aux évolutions et aux contraintes fortes qui caractérisent ce domaine d'activités, notamment en termes financiers et de flexibilité. Dans ce contexte, il faut relever que le Conseil d'État a communiqué en 2017 aux partenaires de la CCT santé 21 qu'il n'approuvera plus formellement la nouvelle CCT Santé 21 négociée comme il le faisait jusque-là en application d'une des clauses de celle-ci, mais la reconnaîtra comme texte de référence pour les conditions de travail dans le domaine de la santé dans le canton, cette reconnaissance n'impliquant pas celle des engagements financiers qui en résultent. On rappellera à ce titre que la législation prévoit plusieurs références explicites à ce texte (notamment LRHNe, LCNP, LNomad, LaROSS, LFinEMS). La récente jurisprudence concernant la planification hospitalière a en revanche exclu une référence « par principe » à cette convention, exigeant que toute référence à des conditions de travail données soit argumentée sous l'angle de la qualité, de la sécurité ou de l'économicité des prestations.

Dans le rapport 17.007, le Conseil d'État a aussi répondu à la motion 14.121, laquelle posait l'hypothèse que l'application de la CCT Santé 21 générerait des surcoûts qui grèvent lourdement les finances cantonales, et l'invitait à lui fournir un certain nombre d'informations à ce sujet. Pour ce faire, le gouvernement cantonal a mandaté et s'est appuyé sur les résultats d'une étude réalisée par un institut universitaire reconnu. Il en est ressorti que si la CCT Santé 21 telle qu'en vigueur jusqu'à fin 2016 comportait certains points faibles, le « paquet global » (conditions de rémunération et autres conditions de travail) était relativement équilibré, atteignant à peu près le niveau moyen des cantons de référence et que, de façon générale, cette CCT ne générerait pas de coûts particuliers à considérer comme des surcoûts, en comparaison intercantonale.

Objectif : rechercher de nouvelles sources de financement

Le canton a pu obtenir des soutiens financiers s'élevant à un peu plus de 2 millions de francs pour les quatre dernières années de la part de la fondation Promotion Santé Suisse et, dans une moindre mesure, du fonds pour la prévention du tabagisme, pour la mise en œuvre de plans d'action et programmes cantonaux dans ces domaines. Il bénéficie également, avec les autres initiateurs, d'un soutien financier de près de 2 millions de francs de la fondation précitée dans le cadre d'un important projet appelé « Aider les proches aidants », s'inscrivant dans le cadre de la PMS, consistant dans la mise en place d'un système de soutien intégré pour les proches aidant-e-s du canton leur offrant notamment des informations et un soutien via une application et une plateforme en ligne. À relever que le canton reçoit environ 550'000 francs annuels de la Dîme de l'alcool qui correspond à la part de 10% du bénéfice net résultant de l'imposition des spiritueux allant aux cantons. Celle-ci doit être affectée à la lutte contre les causes et les effets de l'alcoolisme, l'abus des stupéfiants et autres substances engendrant la dépendance ainsi que l'abus de médicaments.

Dans un autre domaine, la constitution avec le soutien financier du canton d'une communauté cantonale de référence par l'État de Neuchâtel et les principaux acteurs de la santé pour la mise en œuvre du dossier électronique du patient (DEP) a permis d'obtenir une aide financière complémentaire de la Confédération de près de 850'000 francs, en application de la loi sur le dossier électronique du patient

(LDEP), destiné à couvrir les coûts de constitution et certification de la communauté de référence, et qui ont permis la poursuite de la démarche de mise en place du DEP dans le canton.

Objectif : revoir les normes de financement

Le Conseil d'État a adopté en octobre 2021 une révision de fond du règlement sur les autorisations et la surveillance des institutions (RASI) en lien avec les conditions d'octroi des autorisations d'exploiter pour les EMS, ainsi qu'un nouveau règlement d'application de la loi sur le financement des EMS (LFinEMS) dont le but est de régler et préciser les modalités de financement des EMS, des pensions et des foyers de jours et de nuit au bénéfice d'un contrat de prestations. Ces textes ont notamment apporté davantage de transparence, d'objectivité et une plus grande égalité de traitement dans les bases de financement des institutions concernées. Des directives d'application ont été adoptées. Le SCSP a commencé à mettre en place dans la foulée une comptabilité analytique standardisée dans les EMS, en collaboration avec ceux-ci, afin de disposer des bases communes et solides qui lui permettront à terme de réviser la tarification des prestations, soins et pension.

3. CONCLUSIONS

Globalement, le Conseil d'État estime avoir atteint une grande partie des objectifs qu'il s'était fixés au travers des mesures décrites. Il considère par ailleurs avoir répondu par ce bilan à l'obligation qui lui est faite selon l'article 83, alinéas 3 et 4, de la loi de santé d'informer rétrospectivement le Grand Conseil sur les options stratégiques ainsi que sur la réalisation des objectifs confiés à RHNe, à NOMAD et au CNP, ainsi que sur l'organisation de la prise en charge des soins préhospitaliers.

Annexe 1a : liste détaillée des mesures

Renforcer la
prévention des
maladies et la
promotion de la
santé

Assurer une offre en
soins suffisante et
adaptée aux besoins

Améliorer la qualité
des prestations

Optimiser
l'organisation du
système de santé
cantonal

Renforcer les
instruments de
piloteage du système
de santé cantonal

Limiter la hausse des
coûts de la santé

Fixer les priorités de la PPS

1. Révision du plan directeur PPS
Adapter la stratégie cantonale de prévention et promotion de la santé, en se concentrant sur les besoins prioritaires de santé publique et en se fondant sur des considérations de coûts/efficacité. Prendre en compte les populations vulnérables (enfants, migrants, personnes âgées). Mettre en oeuvre la stratégie.

Développer de nouveaux plans et programmes

2. Etudes pour la mise en place d'un programme pour le dépistage du cancer du côlon et évent. d'autres types de cancer
Etudier la faisabilité de mettre un place un programme organisé de dépistage du cancer du côlon (cancer colorectal), voire d'autres types de cancer si cela est opportun et faisable, dans le cadre du dispositif déjà existant à l'échelon BEJUNE, mais éventuellement dans un cadre éventuellement à revoir, et si la faisabilité est établie, le(s) mettre en œuvre.

3. Développement d'un programme de prévention des addictions (tabac-alcool)
Développer et mettre en oeuvre des programmes de prévention dans les domaines du tabac et de l'alcool, en veillant à la coordination interservices et avec les partenaires concernés à l'échelon cantonal ou intercantonal ainsi qu'à l'intégration des dispositifs déjà existants.

Lutter contre les maladies transmissibles (MT)

4. Lutte contre la rougeole
Mettre en oeuvre le plan cantonal d'élimination de la rougeole élaboré par le SCSP, en coordination avec l'OFSP et les autres cantons, en vue de l'éradication de cette maladie dans le canton

5. Révision du dispositif de surveillance des MT
Revoir le dispositif de surveillance des MT et le décliner en fonction de la nouvelle loi fédérale sur les épidémies devant entrer en vigueur le 1.1.2017. Adapter la législation cantonale au nouveau cadre législatif fédéral.

6. Accroissement de la couverture vaccinale
Accroître la couverture vaccinale des maladies transmissibles, notamment auprès des populations à risque et, dans ce cadre, poursuivre le programme cantonal de vaccination contre le papilloma virus (HPV).

7. Préparation aux menaces épidémiques
Elaborer ou adapter des plans spécifiques aux menaces épidémiques (comme le plan pandémie).

Planifier l'offre sanitaire cantonale

8. Mise en œuvre de la planification médico-sociale (PMS)
Mettre en oeuvre la planification médico-sociale pour les personnes âgées (PMS) pour faire face aux défis démographiques liés au vieillissement de la population et aux besoins de santé en résultant, et dans ce cadre, créer des conditions-cadre permettant le renforcement des prestations de soins et d'aide à domicile, la création de structures intermédiaires de type UAT, accueil de jour ou de nuit, pensions ainsi que d'appariements avec encadrement, avec en corollaire une diminution de l'offre résidentielle classique et son adaptation à l'évolution des besoins, un soutien aux proches-aidants et le développement du bénévolat, l'orientation des patients et le fonctionnement en réseau, le développement d'un système d'information.

Prendre en compte les besoins des personnes en âge AI présentant un handicap, mais avec une prédominance soins (p.ex. personnes cérébrolésées, polyhandicapés) en collaboration avec le SIAM)

9. Elaboration d'une nouvelle planification hospitalière
Etablir une nouvelle planification hospitalière à l'horizon 2022, incluant les volets somatiques aigus, psychiatriques, de réadaptation et des soins palliatifs. Répartir les prestations hospitalières de soins aigus somatiques et psychiatriques entre hôpitaux dans un souci d'optimisation des ressources existantes et actualiser les mandats de prestations LAMAI.

10. Réponse aux besoins en soins dans les régions
Identifier les besoins sanitaires de proximité dans les régions et y apporter les réponses adéquates en matière de prise en charge. Mener une réflexion autour de la prise en charge des maladies chroniques dans les régions. En fonction de ces constats, proposer des mesures concrètes permettant d'assurer une offre de proximité.

Lutter contre la pénurie annoncée de personnel médical et paramédical

11. Recensement de l'offre ambulatoire médicale et paramédicale
Collaborer avec les associations professionnelles (notamment la SMN) et les institutions de santé dans le recensement de l'état et de l'évolution de l'offre médicale et soignée ambulatoire et assurer avec elles le suivi régulier, pour anticiper les besoins à venir et prendre les mesures appropriées. Assurer un monitoring de l'offre ambulatoire en général, de l'offre médicale en particulier.

12. Soutien aux cabinets de groupe
Favoriser/soutenir les initiatives émanant de communes, en collaboration avec des prestataires de soins, pour la création de cabinets collectifs de médecins de premier recours ou de centres de santé, visant à mettre à disposition de la population une offre régionale intégrée de soins de premier recours (médecins, services d'aide et de soins à domicile, pharmacies, etc.) propre à assurer la couverture des soins médicaux de base de la population.

13. Optimisation de l'offre de formation en santé
Favoriser et accompagner le développement de collaborations entre les acteurs du système de santé, les services de l'Etat en charge de la formation et les écoles (Université, hautes écoles) de manière à améliorer la cohérence entre les formations offertes et les besoins du terrain dans la durée. Cas échéant, soutenir financièrement, directement ou indirectement, la ou les organisations s'occupant de ces questions

14. Intéressement des institutions à la formation
Encourager les institutions de santé à engager des personnes en formation en prévoyant, dans les contrats de prestations, des objectifs à atteindre en matière de formation de nombre et type de places de stage) ainsi que le financement lié à l'atteinte de ces objectifs, selon le modèle recommandé par la CDS. Favoriser la formation continue du personnel de santé pour en garantir l'employabilité et le fidéliser.

15. Favoriser la réinsertion professionnelle dans les métiers de la santé
Encourager et appuyer, dans le cadre des contrats de prestations passés avec les institutions de santé subventionnées, les démarches visant à promouvoir les métiers de la santé lors de réinsertions professionnelles.

Développer et mettre en œuvre des programmes de santé publique

16. Elaboration d'une stratégie BEJUNE en matière de soins palliatifs
Développer une stratégie en matière de soins palliatifs à l'échelon BEJUNE, en s'appuyant sur l'EMSP BEJUNE, dans la perspective d'assurer une universalité et une équité d'accès aux prestations en la matière de la population du canton, reposant sur les principes développés dans le cadre de la stratégie nationale.

17. Mise en œuvre des plans et programmes existants
Mettre en œuvre les 10 objectifs du plan d'action pour la santé mentale, en lien également avec la stratégie nationale en matière de démente avec l'appui de la commission de psychiatrie. Mettre en œuvre le plan cantonal cancer 2012-2015 avec les partenaires concernés. Poursuivre la mise en œuvre du programme Alimentation et activité physique, et notamment le volet communication auprès des populations-cibles, mais plus généralement auprès du grand public.

18. Elaboration d'une stratégie en matière de santé sexuelle
Elaborer avec les partenaires une stratégie de santé sexuelle alliant la prévention des IST, l'éducation, les activités de planning familial et la promotion de la santé, dans le cadre d'une collaboration à l'échelon romand et avec la Fondation santé sexuelle suisse.

19. Développement d'une stratégie de lutte contre les maladies chroniques
Fédérer les acteurs concernés et développer un concept alliant prévention et filières de soins pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques (diabète p.ex.).

Adapter l'offre en soins

20. Développement de Centres de diagnostics et de traitements (CDT)
Développer dans les régions de CDT, NE et VDT des centres de diagnostics et de traitements (CDT), conçus comme des centres de soins de proximité qui regroupent les prestations actuellement fournies par les services d'urgences et les polycliniques, à l'exception de la prise en charge des urgences vitales, acheminées directement vers les services d'urgence liés aux soins aigus.

21. Développement de plateformes régionales de santé
Développer ou soutenir le développement de plateformes régionales de santé comme alternatives aux polycliniques régionales actuelles dans les régions du Val-de-Ruz, du Locle et de la Béroche.

22. Développement d'un centre de compétence en gériatrie et psychogériatrie
Soutenir le développement de compétences conjointes à l'HNE et au CNP, dans un cadre à définir, dans les domaines de la gériatrie et de la psychogériatrie de manière à s'adapter aux besoins accrus des patients en la matière.

23. Développement des compétences en pédiopsychiatrie
Soutenir le développement de compétences conjointes à l'HNE et au CNP, dans un cadre à définir, dans le domaine de la pédiopsychiatrie de manière à améliorer la prise en charge de patients en la matière.

24. Elaboration d'un cadre de référence pour le développement de réseaux de soins
Elaborer un cadre de référence «délégation de compétences» portant sur les conditions à remplir pour assumer un mandat régional de couverture globale des besoins sanitaires de la population, notamment des soins de premier recours, et entamer des négociations en vue de l'attribution d'un tel mandat à une entreprise régionale de santé (p.ex. centre de santé), en vue de conduire une expérience pilote.

Développer la qualité des prestations de soins

25. Développement d'une stratégie cantonale en matière de qualité
Développer une stratégie cantonale en matière de qualité de manière à avoir une approche cohérente dans l'ensemble des secteurs de soins, basée sur la stratégie nationale en la matière et tenant compte des acteurs existants.

26. Renforcement de la prévention et contrôle des infections
Renforcer la prévention et le contrôle des infections liées aux soins (PCI), par exemple en incitant, par le biais de la réglementation ou de contrats de prestations, les institutions de santé du canton, à disposer de répondants PCI.

Coordonner les soins

27. Soutien à la mise en place de systèmes de case management
Soutenir la mise en place de systèmes de case management des situations de soins complexes et une évaluation partagée des cas grâce à un développement cohérent des mécanismes d'échange d'informations à l'échelle du canton (Ehealth)

Sensibiliser la population aux enjeux de santé et la fidéliser vis-à-vis des acteurs de la santé du Canton

28. Elaboration d'une stratégie de communication en matière de santé
Etablir une stratégie cantonale de communication en matière de santé dans le but d'informer la population et les professionnels de la santé sur les évolutions du système de santé et les mesures prévues pour y faire face, le sensibiliser à une utilisation appropriée des services de santé existant dans canton et les informer en particulier des actions de prévention et de promotion de la santé.

29. Organisation des journées de la santé
Organiser des journées santé dans le canton mettant en valeur les acteurs du domaine de la santé actifs dans le canton, dans leur globalité ou par secteur d'activités (sous l'angle thématique), dans le but de mieux faire connaître à la population les acteurs du système de santé cantonal et de les fidéliser, dans un environnement marqué par une couverture des frontières cantonales.

30. Organisation d'actions de sensibilisation thématiques
Organiser chaque année une ou deux actions thématiques par laquelle l'Etat sensibilise la population sur une problématique de santé particulière en "montrant l'exemple" (p.ex. don d'organes, don du sang), en collaboration avec les acteurs du terrain.

Informer sur les droits des patients et renforcer leur protection

31. Etudes sur les questions éthiques
Conseiller les autorités, les acteurs et la population sur les conséquences éthiques des changements du système de santé, notamment sur les questions d'accès aux soins du respect des droits des patients (respect du secret professionnel par exemple), en s'appuyant sur les travaux de la commission cantonale d'éthique (CCE)

32. Renforcement du système de gestion des plaintes
Evaluer les dispositifs de gestion des incidents critiques et des plaintes dans le canton et en évaluer les potentiels d'amélioration. Dans ce cadre, examiner l'opportunité et les moyens pour mettre en place une médiation santé dans le canton.

Renforcer la surveillance des professionnels et institutions de santé

33. Renforcement de la surveillance des professionnels et institutions de santé
Renforcer la surveillance des professionnels et des institutions de santé. Effectuer les contrôles prévus dans le droit fédéral et cantonal qui ne sont pas encore faits par manque de ressources (notamment, ODM dans les cabinets, fabrication de dispositifs sur mesure, contrôles des points de remise, opticiens, etc...). Poursuivre le développement des outils (logiciel) et des procédures propres à favoriser un traitement qualitatif et quantitatif des demandes d'autorisations de pratique. Anticiper les nouvelles demandes dans le domaine de la surveillance selon le droit fédéral (LPsan).

Réorganiser les urgences et le secteur des soins préhospitaliers

34. Elaboration d'un plan cantonal d'organisation des secours sanitaires urgents
Assurer l'accès aux soins préhospitaliers et aux urgences sanitaires en élaborant un plan cantonal d'organisation des secours sanitaires urgents. Mettre en place, évaluer et adapter les dispositifs de prise en charge des urgences pré-hospitalières, intégrés et coordonnés avec les autres partenaires actifs, dans le domaine des urgences (services d'ambulances, police, ORCCAN, HNE, etc.). Coordonner l'accès aux services de gardes médicales, dentaires et des pharmacies.

35. Transfert des appels sanitaires urgents à une centrale de tri professionnel
Transférer la centrale 144, la hotline pédiatrique et la gestion des appels de la médecine de garde à la Fondation Urgences-santé Vaud (FUS-VS). Etudier la possibilité de rapatrier le 144 dans le canton de Neuchâtel au sein d'une Centrale d'alarme commune santé et feu (144 et 118).

36. Développement d'un concept de prise en charge des secours sanitaires en cas de catastrophe
Développer un concept de prise en charge des secours sanitaires en cas de crise ou de catastrophe en assurant une bonne coordination entre les différents partenaires impliqués (ex. SIS et VSS, HNE, CNP, ORCCAN, médecins en cabinet, etc.)

Réorganiser les établissements cantonaux de droit public

37. Etudes sur l'organisation spatiale de l'HNE
Mener une réflexion sur l'organisation spatiale de l'HNE prenant en considération la réduction du nombre de sites hospitaliers (soins aigus et réadaptation) et les mesures d'accompagnement à mettre en œuvre dans ce cadre. Evaluer la faisabilité et l'opportunité de regrouper l'ensemble de l'activité sur un site hospitalier unique de soins aigus, respectivement de réadaptation, ainsi que de procéder à des constructions nouvelles dans le cas d'éventuel processus de concentration des activités de l'HNE. Evaluer des scénarios alternatifs.

38. Suivi des options stratégiques de l'HNE
Suivre les options stratégiques intermédiaires de l'HNE. Décider de manière définitive sur un certain nombre de propositions de l'HNE portant sur la mise en œuvre des options, respectivement sur leur remise en question.

39. Validation et suivi de la mise en œuvre des options stratégiques du CNP
Valider les options stratégiques du CNP. Assurer le suivi de la mise en œuvre des options stratégiques du CNP dans le cadre de son second plan stratégique portant sur son activité hospitalière dans le secteur de l'âge avancé, de l'hébergement, des structures intermédiaires et des ateliers socio-éducatifs.

40. Validation et suivi de la mise en œuvre des options stratégiques de NOMAD
Assurer le suivi de la mise en œuvre des options stratégiques de NOMAD en lien avec la PMS.

Rechercher des synergies

41. Réflexion sur la gouvernance et l'organisation des partenaires PPS
Examiner la ou les possibilités d'encourager le regroupement physique ou sur le plan juridique ou des collaborations renforcées entre les acteurs du secteur de la prévention et de la promotion de la santé, agissant notamment dans le même secteur d'activités. Plus généralement, examiner la gouvernance de ce secteur, avec un souci d'optimisation des ressources mises à disposition par l'Etat, mais aussi de simplification dans les relations entre l'Etat et les acteurs de ce secteur.

42. Réflexion sur le nombre d'EMS
Assurer les possibilités de synergies et viser des tailles critiques adéquates permettant une fonctionnement efficient

Renforcer les collaborations

43. Renforcement de la coordination interdépartementale
Renforcer la coordination interdépartementale des actions de promotion de la santé et de prévention.

44. Renforcement de la collaboration intercantonale
Développer les collaborations dans le domaine de la santé en générale et hospitalier en particulier, notamment avec les autres cantons et leurs institutions publiques ou parapubliques, avec une priorité sur l'espace BEJUNE et Région Capitale Suisse (RCS).

45. Développement de la collaboration entre prestataires de soins et industrie

Développer des collaborations entre les institutions et les professionnels de santé et l'industrie du Medtech et du Biotech implantée dans le canton de Neuchâtel, notamment en étudiant la possibilité et l'opportunité de créer une plateforme mettant en relation ces acteurs.

Réorienter les services de santé vers la PPS

46. Réorienter la médecine scolaire vers la santé scolaire
Réorienter la médecine scolaire vers la santé scolaire, notamment en développant la promotion de la santé et la prévention des maladies

47. Renforcement de la santé dans les prisons
Appuyer les changements structurels en cours visant à assurer l'équivalence de l'accès à la santé pour les détenus et l'indépendance des soins (transfert des soins pénitentiaires au CNP).

48. Renforcement du dispositif de santé pour les populations migrantes
Définir et mettre en œuvre un dispositif de santé pour prévenir les problèmes de santé, promouvoir la santé et assurer l'accès aux soins des populations migrantes, en collaboration avec le SMIG et les autres services concernés de l'Etat.

Développer l'informatique de la santé

49. Elaboration d'une stratégie cantonale cybersanté (ehealth)
Développer une stratégie cybersanté (eHealth) dans le canton favorisant l'accès des acteurs du système de santé et des patients à des informations complètes au bon moment, leur permettant d'avoir une vision globale de l'état de santé de la population et d'éviter des examens à double, mais aussi d'améliorer la qualité des prestations. Réaliser un projet-pilote, pour la PMS, comme vecteur de communication, d'apprentissage et d'intégration des partenaires.

Développer les systèmes d'information

50. Mise en place d'un système d'information pour le SCSP
Mettre en place un système d'information au SCSP en lien avec l'évolution des besoins et de l'organisation sanitaire dans la perspective de soutenir la surveillance de l'accès aux prestations, de la qualité, de la sécurité et des coûts de prise en charge ainsi que de documenter l'évolution prévisible de l'offre et de la demande, la priorité étant mise sur la PMS.

51. Réflexion sur les besoins d'un observatoire de la santé
Réfléchir à l'utilité d'un observatoire de la santé alimenté par la mise en réseau des différents systèmes d'information des partenaires impliqués dans la prise en charge sanitaire de la population, en mettant la priorité sur les personnels de santé. Examiner la faisabilité et l'opportunité de développer des collaborations et synergies avec l'Observatoire Valaisan de la Santé, et notamment de développer une antenne neuchâteloise.

Optimiser la gouvernance du système de santé

52. Implication des communes dans le système de santé
Réimpliquer et responsabiliser les autorités politiques communales santé sur leur rôle dans le système de santé cantonal et son évolution.

Développer des outils de pilotage

53. Pilotage et régulation de l'offre ambulatoire
anticiper et assurer le suivi des évolutions du droit fédéral visant à un pilotage et une régulation de l'offre médicale ambulatoire et analyser leurs conséquences au niveau cantonal. Dans l'intervalle, appliquer la clause du besoin pour réguler l'offre des médecins spécialistes.

54. Pilotage des besoins en équipements lourds
Piloter les besoins en matière d'équipements lourds en appliquant et développant la clause du besoin éponyme, ce en partenariat avec d'autres cantons intéressés. Réévaluer la liste des équipements lourds soumis à autorisation. Analyser les besoins (de santé publique) en équipements lourds. Affiner les critères d'appréciation des demandes d'autorisation de mise en service d'équipements lourds sur le plan des besoins de santé publique, des impératifs de santé publique (nombre et qualifications du personnel) et de l'économité

55. Etudes sur l'état du parc immobilier des EMS
Procéder à une évaluation des infrastructures immobilières des EMS du cantons permettant l'établissement d'une valeur intrinsèque et la fixation d'une prestation loyer avec les EMS reconnus d'utilité publique, selon la LFinEMS, mais surtout d'avoir une vision claire de l'état du patrimoine immobilier des EMS du canton dans la perspective de financement de venir par l'Etat pour adapter ce parc à l'évolution des besoins futurs et la fixation de priorités en la matière. Les planifications sur 5 ans prévues par la loi doivent permettre de maîtriser les coûts liés aux transformations.

Réviser la législation cantonale en matière de santé

56. Simplification, structuration et actualisation de la législation cantonale en matière de santé
Revoir la structuration et le contenu de la législation neuchâteloise en matière de santé pour en faciliter l'accessibilité à la population en général, aux acteurs du système de santé en particulier. Procéder à un toilettage législatif et réglementaire du chapitre 8 du recueil systématique de la législation neuchâteloise visant à assurer une actualisation de celui-ci et à une simplification de sa consultation.

Rendre le financement des prestations plus transparent

57. Identification et valorisation des prestations d'intérêt général
Identifier et valoriser les prestations d'intérêt général (PIG) fournies par les institutions de soins en octroyant, et financées par l'Etat.

Pérenniser les conditions de travail

58. Maîtrise de l'évolution salariale liée à la CCT Santé 21
Fixer et assurer le respect d'un cadre financier de croissance de la masse salariale de la CCT Santé 21 à un maximum de 0,5% par an, hors inflation et à effectifs constants, à charge pour les partenaires de négocier les modalités dans ce cadre.

59. Etudes sur l'éventualité d'une CCT santé cadre romande
Etudier avec les autres cantons romands la possibilité d'élaborer une CCT-cadre à l'échelon romand dans le domaine de la santé pour éviter une situation de concurrence stérile et une inflation des budgets à la hausse en lien avec le personnel de santé.

Rechercher de nouvelles sources de financement

60. Recherche de partenariats public-privé
Examiner les possibilités/opportunités/moyens de trouver d'autres sources de financement que celle de l'Etat cantonal, public ou privé, et pouvant s'inscrire dans le cadre de PPP, pour permettre le développement ou la poursuite de programme de dépistage, de promotion de la santé et de prévention des maladies. Développer une stratégie de recherche de financement complémentaire à celle de l'Etat cantonal auprès de partenaires publics, parapublics ou privés, prenant en considération la dimension éthique, des aspects de développements durable et s'inscrivant dans le moyen/long terme et pas en concurrence direct avec les acteurs du secteur.

Revoir les normes de financement

61. Révision de la LFinEMS
Réviser les normes applicables aux EMS ayant des implications financières, dans le cadre de la LFinEMS. Faire lien avec la PMS.

POLITIQUE SANITAIRE 2025-2030

Annexe 2

POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE 2025-2030

MESURES ET ACTIONS

Remarque préalable

Les mesures prioritaires apparaissent en gras dans les tableaux ci-après ;

Les actions visées à titre d'exemples en lien avec ces mesures prioritaires sont sur fond coloré;

Dans les colonnes relatives aux objectifs, les couleurs et l'intensité correspondent à l'objectif stratégique principal ; les tons pâles dans les autres colonnes indiquent les objectifs également concernés par la mesure/action (transversalité).



OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 1

Améliorer le bien-être et la santé de la population grâce à un environnement propice et durable

Environnement et santé O.1									
Mesures	Déclinaison	!	Actions visées	Temporalité	Objectifs				
					ES (O.1)	P&R (O.2)	ARess. (O.3)	SSC (O.4)	TN (O.5)
1	Intégrer la santé dans toutes les politiques publiques sectorielles susceptibles d'avoir un impact sur la santé		a Faire du SCSP le référent à consulter en amont pour les secteurs prioritaires de politiques publiques de l'État qui ont impact sur la santé ; envisager le financement par le biais de l'article 4bis du projet de modification de la loi sur l'action publique en vue d'un développement durable (Agenda 21)	2026 →					
2	Promouvoir la santé et prévenir l'isolement social et en collaboration avec les communes 		a Co-piloter et mettre en œuvre, avec l'Association des communes neuchâteloises (ACN), prioritairement sa Conférence des directeurs communaux Santé (CDC Santé), la collaboration canton - communes en matière de promotion de la santé – Mettre en œuvre la convention de collaboration pluriannuelle conclue en 2024 (axe PPS 4; projets Reliâge, Idéesports, label commuNES en santé etc.)	2024 →					
3	Viser des objectifs communs avec l'ensemble des partenaires dans le domaine de la santé en lien avec les politiques de	Créer avec les partenaires des conditions-cadres pour favoriser le développement durable et prévoir des mécanismes d'application	a Viser une meilleure utilisation des médicaments par ex. par une sensibilisation à un usage rationnel des médicaments (vente et recyclage), des programmes de dé-prescription et la promotion de cercles de qualité	2026 →					
			b Fixer avec les partenaires des objectifs à atteindre et les insérer dans des documents de référence (règlements, directives, contrats de prestations, etc.)	2025 →					

développement durable 	Développer et encourager une politique de transports spécifiques adaptée aux besoins et à l'environnement	c	Promouvoir une offre et des modes de transports adaptés aux besoins de déplacement dans le dispositif sanitaire	2025 →					
		d	Encourager une offre de transports adaptée aux besoins de déplacements dans le dispositif sanitaire en collaboration avec les communes et les partenaires concernés	2025 →					
		e	Développer des modes de transports favorisant la mise en œuvre des prestations de soutien et d'accompagnement à domicile ainsi que des infrastructures d'EMS	2025 →					
4	Développer une approche coordonnée des risques environnementaux pour la santé		Développer un Géoportail des données du RNJT et du SCSP avec le SITN						
			Renforcer les liens transversaux pour une politique One Health						
		a	Améliorer la connaissance des impacts environnementaux dans le domaine des maladies tumorales et des maladies transmissibles	2025 →					
		b	Favoriser la circulation des informations entre les services cantonaux concernés (SCSP, SCAV, SFFN, SAGR, SENE, SITN)	2025 →					



OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 2

Mobiliser et renforcer les compétences de chaque membre de la communauté neuchâteloise pour le-la rendre acteur-trice de sa santé et partenaire de soins

Participation et responsabilisation O.2									
Mesures	Déclinaison	!	Actions visées	Temporalité	Objectifs				
					ES (O.1)	P&R (O.2)	ARess. (O.3)	SSC (O.4)	TN (O.5)
5	Renforcer les connaissances et compétences en santé de la personne 	a	Présenter le système de santé neuchâtelois et les prestations qui en découlent	2025 →					
		b	Mettre en œuvre un programme de manifestations publiques sur les thématiques de promotion de la santé (axe PPS 15)	2026 →					

Promouvoir des comportements individuels et/ou collectifs favorables à la santé



Poursuivre les mesures prévues dans la stratégie PPS 2016 – 2026

a Piloter et mettre en œuvre les différents programmes et projets découlant de la Stratégie 2016-2026, notamment en termes d'alimentation, d'activité physique, de santé mentale (y compris l'impact des outils digitaux), de santé sexuelle, de santé scolaire et de prévention du tabagisme avec l'appui financier de Promotion santé suisse et du Fond national de prévention du tabagisme

Mi 2024 →

b Piloter et mettre en œuvre le dispositif de santé scolaire, conformément à l'Arrêté sur la santé scolaire approuvé en février 2024 - Réviser les directives

2024 →

c Renforcer le programme de promotion de la santé mentale chez les enfants et les jeunes, notamment par la systématisation des mesures et une collaboration renforcée avec le secondaire II.

2024 →

Piloter et mettre en œuvre certains axes prioritaires de la Stratégie cantonale de prévention et promotion de la santé (PPS) 24-30

d Développer la collaboration entre la promotion de la santé, le développement durable et le plan climat, notamment autour de la mobilité active (axe PPS 1)

2024 →

e Développer la collaboration avec les partenaires notamment des domaines de l'action sociale, de la migration afin de renforcer la prise en compte de l'égalité des chances en matière de santé ; mettre en œuvre des mesures spécifiques de promotion de la santé (axe PPS 5)

2024 →

f Développer un programme d'action de promotion de la santé ciblant la population adulte; renforcer la promotion de la santé dans le milieu du travail et dans le domaine des soins (axes PPS 10, 14)

2024 →

7	Sensibiliser les patient-e-s (et leurs proches) à leurs droits et devoirs en matière de santé et à leur posture dans le système de soins	a	Développer un programme de sensibilisation sous forme de lignes directrices sur les droits, devoirs, comportements à avoir pour les patient-e-s et pour les partenaires de santé; intégrer la thématique des violences	2025 →			
		b	Développer un accès facilité à la médiation/conciliation (réponse au postulat 08.121) : améliorer le fonctionnement, l'organisation et les missions de l'Autorité de médiation et de conciliation de santé (ACMS) et des structures existantes	2025 →			



OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 3

Veiller à pérenniser un système de santé centré sur les besoins, durable et finançable

Adéquation des ressources O.3										
	Mesures	Déclinaison	!	Actions visées	Temporalité	Objectifs				
						ES (O.1)	P&R (O.2)	ARess. (O.3)	SSC (O.4)	TN (O.5)
8	Favoriser la formation, la formation continue ainsi que la relève des professionnel-le-s de la santé et mettre en place un environnement ainsi que des conditions propices à leur maintien dans le système de santé (fidélisation)	Viser et maintenir un nombre suffisant de personnel infirmier (HES/ES) et d'accompagnement (ASSC)	a	Encourager et améliorer la promotion, la formation et la fidélisation du personnel infirmier, infirmier-ière-s de pratique avancée (IPA) y compris, et d'accompagnement (cf. mise en œuvre de l'initiative fédérale pour de soins infirmiers forts)	2024 →					
		Viser et maintenir un nombre suffisant de médecins	b	Encourager et améliorer la promotion (campagne d'attractivité - domiciliation), la formation (CURSUS de formation, REFORMER) et la fidélisation des médecins	2023→					
		Viser et maintenir un nombre suffisant de personnel de santé	c	Identifier les besoins des autres professionnel-le-s de santé en matière de promotion, formation, maintien et fidélisation et les encourager au cas par cas (par ex. soutien de la formation postgraduée en pharmacie d'officine (FPH) chez les pharmaciens)	2028 →					
9			a	Optimiser le controlling ¹ des prestations	2025 →					



Chercher à garantir une adéquation des ressources aux besoins du système de santé, tout en travaillant activement à son optimisation en lien avec les partenaires 	Optimiser les outils permettant de renforcer le pilotage du système de santé	b	Optimiser les systèmes en place (SMUR, trajectoires du patient, etc.)	2025 →			
		c	Poursuivre les travaux d'identification et la valorisation des prestations d'intérêt général (PIG) en adéquation avec le financement prévu	en continu			
		d	Viser à limiter les examens inutiles ou redondants, par ex. en encourageant la « Smarter Medicine »	2025 →			
		e	Établir une planification hospitalière en adéquation avec les besoins et ressources de notre canton	2024 → 2026			
	Adapter et/ou revoir les mécanismes de financement	f	Mettre en œuvre le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) pour le domaine hospitalier, les EMS, les institutions de soins à domicile et le personnel soignant indépendant	2025 →			
		g	Évaluer et adapter les modes de financement de NOMAD, des OSAD et des infirmier-ère-s indépendant-e-s	2025 →			
		h	Évaluer et adapter les modes de financement des établissements spécialisés ; revoir les prix de pensions et revoir le financement des missions en exploitant la comptabilité analytique	2026 →			



OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 4

Consolider et coordonner le système de santé en priorisant les actions sous les angles de la continuité des soins et de la qualité

Système de santé coordonné OS 4										
	Mesures	Déclinaison	!	Actions visées	Temporalité	Objectifs				
						ES (O.1)	P&R (O.2)	ARess. (O.3)	SSC (O.4)	TN (O.5)
10	Mettre en place une gouvernance cantonale en matière de maladies transmissibles et prioriser la mise en œuvre			a Adapter la stratégie cantonale NOSO avec les institutions du canton	2025 →					
				b Développer un cockpit de pilotage - Digitaliser l'enregistrement des maladies transmissibles (MT)	2026 →					
				c Mettre en œuvre la loi fédérale sur les épidémies (LEP; rédaction du règlement d'application cantonal)	2025 →					
11	Développer la capacité du système de santé à affronter des épisodes de crises (gouvernance, plan de renoncement, résilience, etc.)			a Développer et mettre en place une stratégie adaptée pour répondre aux crises à venir (Plan pandémie)	2024 →					
12	Encourager et accompagner les synergies entre les partenaires de santé, en particulier les entités autonomes et les établissements spécialisés (ES)			a Mettre en place des plateformes d'échanges thématiques et/ou de coordination entre le SCSP et les partenaires de santé et/ou de soins	2025 →					
				b Renforcer les synergies et les collaborations entre le RHNe et le CNP ainsi qu'avec les autres entités autonomes	2025 →					

		c	Veiller à ce qu'AROSS développe la coordination au sein du réseau	2025 →				
		d	Mettre en place une coordination annuelle entre l'OPSP et les partenaires sur les formations pour les professionnel-le-s et les organisateurs-trice-s de manifestations publiques	2025 →				
		e	Créer une commission d'accompagnement et de soutien à domicile	2025 →				
13	Viser une priorisation de l'accès aux soins dans un contexte de limitation des ressources	a	Favoriser l'installation des médecins dans les quatre régions du canton (notamment par la limitation de l'admission des médecins et par une aide à l'installation de ceux-ci)	Mi 2024 →				
		b	Renforcer la capacité à prioriser les prestations de soins en cas de pénurie de ressources					
14	Favoriser des modèles de soins intégrés et renforcer la médecine de premier recours 		Favoriser ou soutenir la création de maisons de santé pour des soins intégrés ou de cabinets de groupes					
		a	Favoriser ou soutenir la création de maisons de santé sur l'ensemble du territoire cantonal, en s'appuyant notamment sur les partenariats existants, en encourageant l'interprofessionnalité et en favorisant les prestations de prévention et de promotion de la santé.	2025 →				
		b	Évaluer la possibilité de lancer un projet pilote de soins intégrés au sens de l'article 59b LAMal ou 105d LS	2026 →				
		c	Renforcer la coordination dans le cadre de la prise en charge des maladies chronique	2025 →				
15	Développer une stratégie de renforcement de la qualité et de la sécurité des soins	a	Encourager et soutenir des campagnes en faveur de la Smarter Medicine auprès de la population et des prestataires de la santé	2025 →				
		b	Encourager et soutenir les cercles de qualité (médecins-pharmaciens)	2025 →				

		c	Mettre en œuvre un concept du-de la Patient-e-Expert-e dans le Canton	2025 →				
16	Développer de nouvelles prestations d'accompagnement et soutien à domicile 	Définir et mettre en œuvre la stratégie d'accompagnement et de soutien à domicile (LASDom)	a	Mettre en œuvre la stratégie d'accompagnement et de soutien à domicile par blocs de prestations (analyse des besoins effectifs en continu, priorisation, standardisation, etc.).	2025 →			
			b	Développer les courts séjours ainsi que les accueils de jour et de nuit	2025 →			
17	Renforcer le soutien aux proches-aidant-e-s et aux bénévoles	Renforcer le soutien aux proches-aidants et développer de nouvelles aides : relève des proches aidants, répit (court séjour et accueil de jour), sensibilisation et formation, outils digitaux	a	Renforcer l'offre de prestations, dont la formation pour les proches aidant-e-s	2026 →			
18	Revoir la surveillance des prestataires de soins pour personnes âgées (ES et OSAD)		a	Revoir le concept de surveillance et le mettre en œuvre (élargissement, refonte critères, liaisons prestations-facturation)	2025 →			
19	Adapter les infrastructures de santé aux besoins, aux ressources et à	Adapter l'offre des établissements spécialisés (ES) (modernisation et augmentation de l'offre pour répondre aux besoins de la population)	a	Adapter l'offre des ES et accompagner la réalisation des travaux d'infrastructure, en tenant compte des besoins populationnels et des spécificités régionales	2024 →			

leur environnement 	Adapter les infrastructures de santé aux besoins populationnels et des institutions (RHNe et CNP)	b Effectuer l'analyse des besoins en infrastructures à moyen-long terme (2040-2045) du RHNE et du CNP en veillant à la recherche de synergies	2024 →			
20 Renforcer la présence et le positionnement du canton auprès des instances intercantionales et fédérales		a Favoriser et soutenir une présence active de représentant-e-s neuchâtelois du SCSP et prestataires de santé dans des entités intercantionales et/ou fédérales ayant une influence sur la politique sanitaire santé				

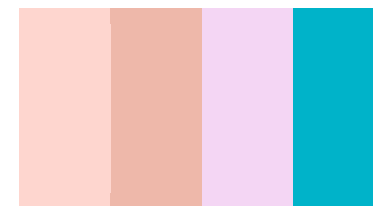


OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 5

Intégrer les transformations technologiques et numériques

Transition numérique O.5									
Mesures	Déclinaison	!	Actions visées	Temporalité	Objectifs				
					ES (O.1)	P&R (O.2)	ARess. (O.3)	SSC (O.4)	TN (O.5)
21	Renforcer les compétences de la population et des professionnel-le-s de santé en santé numérique et en cybersécurité		a	Mettre en place des ateliers de formation à la santé numérique et à la cybersécurité à destination de la population	2025 →				
			b	Mettre en place des ateliers de formation à la numérisation du système de santé et à la cybersécurité à destination des professionnel-le-s de la santé	2025 →				
22	Proposer des solutions numériques pour améliorer la coordination du système de santé et des soins 		a	Mettre en place des campagnes de communication pour promouvoir et soutenir le DEP. Développer des partenariats avec les prestataires de soins, les associations de patients et professionnel-le-s, les communes Professionnel-le-s de la santé : favoriser le raccordement de leur système d'information à la plateforme DEP	2024 →				
			b	Mettre à disposition de la population un portail de santé cantonal (à terme sur un mode participatif) avec des contenus spécifiques en matière de PPS notamment, visant l'exhaustivité sur l'offre de santé existante au niveau cantonal,	2026 →				

renvoyant vers les portails ou sites des partenaires et outils de santé numérique (DEP, application « médecin premier recours », approches, plan de médication et de soins partagé...)

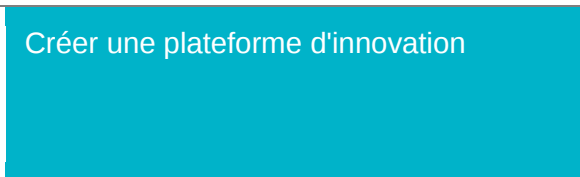


23 Faire preuve d'innovation en santé numérique



a Créer un comité d'expert-e-s en santé numérique et cybersécurité dans le domaine de la santé **2026 →**

b Créer une plateforme d'innovation **Mi 2025 →**



¹ Définition : doit être compris comme une activité de conduite. Il s'applique à la totalité du processus de planification et de direction dans un domaine d'activité donné. Le Controlling est aussi un outil destiné à faciliter l'activité de conduite. [Définition des termes « évaluation, controlling et monitoring » \(Groupe de contact interdépartemental „Evaluations des effets“, 2005*](#)

TRAITEMENT ET CLASSEMENT D'INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES EN SUSPENS

1. INTRODUCTION

Conformément aux 242, alinéa 2, de la loi d'organisation du Grand Conseil (OGC), du 30 octobre 2012 (RSN 151.10)¹, 57, alinéa 3, de la Cst Ne et 36, alinéa 1, de la loi sur les finances de l'État et des communes (LFinEC), du 24 juin 2014 (RSN 601)², le Conseil d'État propose le classement par un vote à la majorité simple des postulats suivants dans le cadre du présent rapport, considérant qu'ils ont un lien direct avec son contenu, que des mesures ont été prises par l'État dans les domaines concernés ou que l'évolution du cadre légal, réglementaire ou stratégique le permet :

1. Postulat « Une médiation dans le domaine de la santé » (08.121) ;
2. Postulat « Pour une économie des coûts des transports primaires et secondaires des patients » (21.150) ;
3. Postulat « Quelle politique en matière de santé sexuelle dans le canton de Neuchâtel » (22.170).

Il propose également le traitement des recommandations suivantes conformément à l'article 242, de l'OGC :

4. Recommandation « Naturopathes neuchâtelois-e-s laissé-e-s de côté, aux dépens des patient-e-s ? » (19.174) ;
5. Recommandation « Régimes de financement des EMS et des soins à domicile » (16.182).

Le présent rapport complémentaire, qui constitue l'annexe 3, du rapport précité, explique, de manière détaillée, les raisons pour lesquelles le classement de ces interventions parlementaires est proposé par le Conseil d'État.

2. MOTIVATION A L'APPUI DU CLASSEMENT DE POSTULATS

2.1. Postulat « Une médiation dans le domaine de la santé » (08.121)

En date du 30 janvier 2008, le Grand Conseil a accepté le postulat du groupe socialiste 08.121 dont nous rappelons la teneur ci-après :

08.121
ad 07.010
 30 janvier 2008
Postulat groupe socialiste
Une médiation dans le domaine de la santé

Le Conseil d'État est prié d'étudier l'instauration d'une médiation indépendante dans le domaine de la santé qui serait chargée de traiter les requêtes des usagers de la santé concernant les problèmes rencontrés dans le cadre de leurs relations avec Hôpital neuchâtelois, le Centre neuchâtelois de psychiatrie, les homes (publics et privés) et Neuchâtel organise le maintien à domicile (Nomad).

Position du Conseil d'État :

¹Loi d'organisation du Grand Conseil, du 30 octobre 2012 (RSN 151.10)

²Loi sur les finances de l'État et des communes (LFinEC), du 24 juin 2014 (RSN 601)

Introduction

Dans le but d'établir un bilan de la situation en matière de gestion des plaintes au sens large dans le domaine de la santé dans le canton et des besoins en la matière, notamment s'agissant de la création éventuelle d'une médiation indépendante, le service cantonal de la santé publique (SCSP), par le médecin cantonal, en tant qu'autorité chargée selon la loi de santé (LS), du 6 février 1995 (RSN 800.1)³ du respect des droits des patient-e-s, a réuni, dans un premier temps, le 12 septembre 2019, une table ronde comprenant des représentant-e-s des autorités, organisations, associations, institutions concernées ou intéressées. Celle-ci a permis des échanges et discussions entre l'Autorité de conciliation en matière de santé du canton de Neuchâtel (ACMS), le médecin cantonal, les directions du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) et de NOMAD, les commissions de déontologie de la Société neuchâteloise de médecine (SNM) et de la société neuchâteloise des médecins dentistes (SSO - Section Neuchâtel), le service d'aide aux victimes d'infractions (SAVI), l'institut de droit de la santé (IDS), l'association « droitsdupatient.ch », ainsi qu'une avocate exerçant dans le canton, spécialisée dans le droit de la santé en général, celui des patient-e-s en particulier.

Il est ressorti de cette table ronde que la gestion des plaintes dans le domaine de la santé dans le Canton de Neuchâtel donnait globalement satisfaction, sans qu'il n'existe pour autant une médiation indépendante.

L'arrivée et l'ampleur de la crise COVID-19 ont ensuite retardé les travaux, lesquels se sont néanmoins poursuivis en collaboration avec les acteur-trice-s concerné-e-s.

Ils ont débouché sur un rapport ad hoc du médecin cantonal, qui fait un bilan complet de la problématique posée par les auteur-trice-s du postulat et une analyse globale sur la pertinence de créer un bureau de médiation indépendant dans le domaine de la santé.

Il aboutit à la conclusion que l'instauration d'une médiation indépendante n'est pas la meilleure solution pour répondre aux besoins identifiés à ce jour, mais propose toutefois quelques améliorations structurelles. Nous reprenons ci-après les principaux éléments de ce rapport, lequel figure *in extenso* en annexe.

Analyse globale de la pertinence de créer un bureau de médiation dans le domaine de la santé

Couverture des besoins en gestion des plaintes

Entre 200 et 250 plaintes et litiges dans le domaine sanitaire sont traités dans le canton chaque année par les différentes instances suivantes: autorité de conciliation en matière de santé (ACMS), médecin cantonal, institutions (RHNe, CNP, NOMAD, EMS), associations de professionnel-le-s de santé (commissions de déontologie de la SNM et de la SSO – section Neuchâtel), SAVI, bureau d'expertises extra-judiciaires de la fédération des médecins suisses (FMH), tribunaux.

Le rapport met en avant le fait que toutes les formes de plaintes exprimées par les patient-e-s peuvent trouver un destinataire compétent dans le canton pour les traiter. Il n'y a pas de domaine de plainte qui ne soit couvert par l'une ou l'autre instance déjà existante et ne puisse pas être traité par une autorité disposant d'une grande indépendance.

La loi de santé (LS) prévoit notamment à son article 27 qu'en cas de violation des droits qu'elle reconnaît au ou à la patient-e, il ou elle peut, selon ladite loi, adresser une plainte à l'ACMS désignée par le Conseil d'État. Cette autorité instruit l'affaire et tente de concilier les parties. Si elle n'y parvient pas, elle transmet le dossier, avec son préavis, au département en charge de la santé, qui se prononce sur cette plainte et adresse, cas échéant, une injonction impérative au ou à la soignant-e. Cette autorité se compose d'un-e président-e neutre, en principe juriste, d'un-e représentant-e des patient-e-s et d'un-e représentant-e des médecins. Lorsque le litige met en cause un-e professionnel-le de la santé autre qu'un-e médecin, le-la président-e de l'autorité fait appel en outre à un-e représentant-e de la profession concernée. Le nombre de plaintes adressé chaque année à l'autorité de conciliation se monte à une dizaine, qui trouvent en général toutes une réponse satisfaisante pour le-la patient-e concerné-e.

³ <https://rsn.ne.ch/DATA/program/books/rsne/pdf/800.1.pdf>

La LS confie, à son article 9, à l'autorité du ou de la médecin cantonal-e entre autres la tâche de contrôler et de surveiller l'exercice des professions du domaine de la santé (sous réserve des pharmacien-ne-s et des droguistes qui sont soumis au contrôle et à la surveillance du ou de la pharmacien-ne cantonal-e), ainsi que du contrôle du respect des droits des patient-e-s. Des plaintes lui sont régulièrement adressées à l'encontre de professionnel-le-s du domaine de la santé qui, elles aussi, trouvent une réponse. Il arrive régulièrement que le ou la médecin cantonal-e convoque les parties en présence pour trouver une solution satisfaisante.

La création d'un bureau de médiation sanitaire indépendant ne comblerait ainsi pas un vide particulier en matière de respect du droit des patient-e-s.

L'offre et les compétences en conciliation et en médiation se sont développées ces dernières années dans le canton au sein de ces différentes instances.

Ainsi, comme c'était déjà le cas de sa prédécesseur, outre le fait d'avoir été membre pendant longtemps d'une autorité de conciliation en matière de bail, le nouveau président de l'autorité de conciliation en matière de santé, un avocat, est également au bénéfice d'une formation spécialisée en médiation. C'est également le cas de plusieurs personnes exerçant au sein des instances précitées.

La culture du dialogue est fortement développée et la recherche d'une conciliation, d'une médiation au sens large, est très largement proposée tant par le RHNe, que par le CNP, NOMAD, les EMS et les commissions de déontologie des associations de professionnel-le-s de la santé lors de réception de plaintes.

Impartialité

L'impartialité dans la gestion d'une plainte n'est pas le propre d'un bureau de médiation sanitaire. Dans les cas de figure où un problème de partialité se poserait, la partie plaignante a déjà aujourd'hui l'entière liberté de solliciter une autre instance (ACMS ou médecin cantonal-e par exemple). Un bureau de médiation n'apporterait pas de plus-value sur ce plan-là.

Indépendance

Un bureau de médiation sanitaire « indépendant », tel que souhaité dans le postulat, ne pourrait pas se prévaloir d'une indépendance supérieure tant à celle de l'ACMS qu'à celle du ou de la médecin cantonal-e comme autorité de surveillance des professions de la santé et autorité de contrôle du respect des droits des patient-e-s.

Gratuité

Excepté la sollicitation du bureau d'expertise extrajudiciaire de la FMH, qui coûte 1'000 francs pour une entrée en matière, toute personne peut se plaindre gratuitement auprès des différentes instances mentionnées ci-dessus.

Confidentialité

De même que pour l'impartialité, la confidentialité n'est pas le propre d'un bureau de médiation sanitaire. Le respect de la confidentialité est une condition importante de prise en charge des plaintes par toutes les instances concernées. Un bureau de médiation n'apporterait pas de plus-value spécifique en la matière.

Coûts supplémentaires

La mise en place d'un bureau de médiation sanitaire indépendant, en plus de l'autorité de conciliation en matière de santé déjà en place, est de nature à occasionner des coûts d'infrastructures et de personnel potentiellement non négligeables à charge du canton. Même si ceux-ci n'ont pas été évalués, ils risquent de paraître disproportionnés par rapport à l'usage qui en sera fait au regard de l'analyse menée de la situation actuelle.

Mise en œuvre lourde et complexe

La mise en œuvre d'un bureau de médiation sanitaire indépendant impliquerait un important travail juridique (à priori, la création d'une loi ad hoc ou une modification de la loi de santé, accompagnée vraisemblablement d'un arrêté d'application), soit un long processus parlementaire et l'engagement de ressources financières non négligeables. Il s'agira en outre de prévoir les modalités de suivi de ce bureau.

Proportionnalité

Au vu de la culture du dialogue déjà existante dans les instances concernées, de l'absence de besoin clairement identifié, du petit nombre de cas pouvant potentiellement bénéficier d'une médiation, la création d'un bureau de médiation sanitaire indépendant et d'une commission de médiation associée paraît disproportionnée.

Pistes d'amélioration

L'analyse globale à laquelle il a été procédé a cependant mis en lumière deux points d'amélioration :

1. L'ACMS mériterait une réflexion en profondeur quant à son organisation, son fonctionnement et ses missions, ceux-ci n'ayant pas évolué depuis l'inscription de cette autorité dans la loi de santé en 1996.
2. Le tri et l'orientation des parties plaignantes pourraient être amélioré dans le système. S'agissant du premier point, l'ACMS ne dispose pas d'un budget de fonctionnement propre, n'informe pas et ne communique pas sur son activité et ne tient pas un rapport d'activité. Celle-ci est ainsi peu connue de la population comme des professionnel-le-s de la santé et, de ce fait, il y est peu recouru, alors que plusieurs situations mériteraient que cela soit le cas. Elle est saisie pour des situations qui ne sont pas forcément de son ressort et elle ne l'est pas pour des situations pour lesquelles il pourrait être opportun qu'elle le soit, notamment en raison de son impartialité et de son indépendance.

Concernant le second point, il faut souligner qu'il est possible de télécharger sur le site internet de l'État, depuis 2023, un formulaire en ligne permettant de :

1. signaler au ou à la médecin cantonal-e, en sa qualité d'autorité de surveillance des professionnel-le-s du domaine de la santé, mais aussi d'autorité chargée de veiller au respect des droits des patient-e-s, d'une manière simple et rapide des griefs à l'encontre de prestataires de soins en la matière relevant de son champ de compétence ; mais aussi,
2. au SCSP en général, au ou à la médecin cantonal-e en particulier, d'orienter les personnes intéressées vers d'autres instances qui sont mieux à même que lui d'y apporter des solutions, sur la base d'une liste de situations les plus fréquentes.

Pour le surplus, il faut noter que le SCSP a été impliqué très activement depuis 2022, par un représentant de sa direction et le médecin cantonal, dans un groupe de travail intercantonal latin qui a procédé à une importante réactualisation de la brochure latine « L'essentiel sur les droits des patients », dont la dernière édition datait de 2016. Celle-ci se présente aujourd'hui sous un nouveau visage avec trois chapitres complémentaires portant sur l'accompagnement en fin de vie, le dossier électronique du patient et les devoirs des patient-e-s, un index permettant d'accéder directement à l'information souhaitée et un tableau à jour et complété des adresses utiles sur le plan national, régional et cantonal auxquelles les patient-e-s peuvent s'adresser lorsqu'ils ont le sentiment que leurs droits ne sont pas respectés.

Conclusion

Au vu de ce qui précède, le Conseil d'État arrive à la conclusion qu'un travail sérieux et professionnel d'écoute, d'enquêtes, de résolution des plaintes et des litiges en matière de droit des patient-e-s est déjà réalisé à satisfaction par de multiples intervenant-e-s dans le respect des patient-e-s et des professionnel-le-s. L'analyse de la situation permet de constater que les besoins en matière de gestion des plaintes, intégrant des possibilités de médiation, sont couverts dans le canton de Neuchâtel.

Les avantages supposés d'un bureau de médiation sanitaire ne paraissent ainsi pas déterminants par rapport aux fonctionnements actuels des instances déjà en place.

Dans ce contexte, il en arrive à la conclusion qu'il n'est pas pertinent de développer un bureau de médiation sanitaire indépendant, s'ajoutant à l'ACMS et aux autres instances déjà actives dans la gestion des plaintes de patient-e-s.

Enfin, il y a lieu de relever que depuis quelques années l'État, par le biais du service de la santé publique, apporte un soutien financier à la section romande de la Fédération suisse des patients, laquelle s'engage à développer le partenariat entre le ou la patient-e et les professionnel-le-s de la santé, mais aussi à accompagner le ou la patient-e dans ses démarches pour faire valoir ses droits. Récemment, la décision a également été prise de soutenir financièrement la création d'un bureau de médiation dans le domaine médico-social voulu et mis sur pied par les acteurs-trices de ce domaine à titre de projet jusqu'à ce qu'il devienne auto-porteur.

Annexe : rapport ad hoc du SCSP/médecin cantonal sur le postulat 08.121 (annexe 3A).

2.2. Postulat « Pour une économie des coûts des transports primaires et secondaires des patients » (21.150)

En date du 28 septembre 2021, le Grand Conseil a accepté le postulat Martine Docourt Ducommun 21.150, dont nous rappelons la teneur ci-après :

21.150

24 mars 2021

Postulat Martine Docourt Ducommun

Pour une économie des coûts des transports primaires et secondaires des patients

Contenu :

Nous demandons au Conseil d'État d'engager une réflexion et d'étudier les possibilités et diverses pistes pour favoriser des économies dans les transports médicalisés. Les transports médicalisés en ambulance sont très coûteux, de l'ordre de 800 à 900 francs, pris en charge par la LAMal, mais une fois l'an pour chaque assuré. Cependant, ces transports primaires, voire secondaires ne nécessitent pas les moyens mis à disposition, à savoir une ambulance, des ambulanciers ; cela pourrait se faire avec des moyens beaucoup moins coûteux, par un véhicule simple, tel un taxi, pour ce type de transfert mobilisant un chauffeur avec, comme critère minimal, un certificat BLS-AED.

Développement :

Les transports des patients sont gérés par la Fondation Urgence Santé (FUS), qu'ils soient primaires (du domicile à un centre de soins) ou secondaires (entre centres de soins). Cependant, un certain nombre d'entre eux ne nécessitent pas des moyens importants et coûteux tels qu'une ambulance et du personnel professionnel (généralement deux ambulanciers). Fort de ce constat et se basant sur une expérience vaudoise récente concernant les transports primaires assis répondant à certains critères importants pour la sécurité des personnes, le canton pourrait donner l'accès à ce type de prestation à des compagnies de taxi répondant à des critères fixés au préalable. La pandémie de Covid-19 a permis de débloquer la situation pour développer le transport assis seulement pour les cas de Covid-19 légers, afin que les personnes évitent de propager le virus en empruntant les transports publics ; puis la FUS a profité de cette expérience pour l'élargir aux personnes non-Covid-19 (personnes stables, qui peuvent marcher jusqu'en bas de leur immeuble pour être transportées par des chauffeurs certifiés BLS-AED, cours qui coûte environ 200 francs). Il faut sortir du modèle classique et envoyer les moyens les plus proches des besoins du patient : actuellement, les gens appellent la centrale FUS, ils ont besoin d'un transport ambulance couché avec souvent deux ambulanciers diplômés. En gardant en tête deux craintes : il peut y avoir un abus de ces moyens par les personnes (ce qui peut être évité facilement par le tri de la centrale FUS) ; le second souci est lié au remboursement de ces transports (ceci est également résolu après consultation d'un avis de droit : tout transport mandaté par une structure de santé, en l'occurrence le 144, doit être remboursé. Un transport assis mandaté par un professionnel de la santé ou un médecin est remboursé par

la LAMal). Le canton de Neuchâtel le fait en partie déjà pour des retours à domicile par Taxi Handicap et probablement d'autres (NRJ, Croix-Rouge, etc.), mais il faudra faire un partenariat avec les prestataires privés qui obéissent à certains critères, avec des chauffeurs qui doivent être détenteurs d'un certificat BLS-AED, afin d'améliorer et d'harmoniser le système des transferts assis des patients pour les missions primaires et secondaires. À savoir que les coûts actuels d'une ambulance sont d'environ 1 million de francs, entre le véhicule, son entretien et les salaires des ambulanciers (pour une dizaine de courses par jour dans le canton de Vaud). Cette façon de faire permet de réaliser des économies et d'allouer les ressources de ces moyens à des missions beaucoup plus importantes avec du personnel hautement qualifié, ce qui trouve toute sa place dans le contexte actuel de crise sanitaire, économique et sociale, car elle tend à réduire les coûts supportés par les personnes et, par la même occasion, à réduire les coûts de la santé, et en même temps à faire participer un secteur du travail qui est lui aussi touché économiquement par cette crise. C'est clair, ce n'est pas la panacée, mais voilà une piste intéressante qui mérite d'être explorée et qui permettra d'ouvrir la réflexion à d'autres voies. Nous laissons donc le soin au chef du DFS de répondre à nos attentes.

Position du Conseil d'État :

La LS traite, à son chapitre 9, des mesures sanitaires d'urgence. Il y est précisé le rôle et les responsabilités du canton, par le Conseil d'État, et des communes en la matière. Ainsi :

- Le Conseil d'État exerce la haute surveillance sur l'organisation et la coordination de la prise en charge des soins préhospitaliers dans le canton (art. 116 LS) ;
- Le Conseil d'État organise et assure l'exploitation et le financement d'une centrale sanitaire d'alarme et d'engagement dont il peut déléguer l'exploitation à un tiers par un contrat de droit public ou privé (art. 116a LS).
- Les communes assurent le service officiel d'ambulances et les autres services de transport de patient-e-s. Elles peuvent se grouper à cet effet, ou recourir à des organismes privés. Elles prennent en charge le déficit global d'exploitation des services d'ambulances autorisés du canton. Il est réparti entre elles selon le principe de la mutualisation (art. 117, al. 1 et 2 LS).
- Le Conseil d'État surveille l'organisation et l'exploitation de ces services. Il arrête les dispositions d'exécution nécessaires, notamment en ce qui concerne les exigences requises en matière de formation du personnel, ainsi que pour l'équipement et l'aménagement des véhicules (art. 117, al. 3 LS).

Ces dispositions légales ont été concrétisées par le Conseil d'État en février 2015 dans un règlement sur les soins préhospitaliers et les transports de patient-e-s. Celui-ci a pour but de fixer les principes d'organisation et d'engagement des services d'ambulances et des services mobiles d'urgence et de réanimation (ci-après : SMUR) ainsi que les critères de qualité des soins préhospitaliers et des transports de patient-e-s.

Ce règlement s'applique aux interventions primaires et secondaires, urgentes ou programmées. Par intervention primaire, il faut entendre la prise en charge préhospitalière d'un-e patient-e sur le lieu même de l'événement avec, cas échéant, son transport vers un lieu approprié de soins.

Par intervention secondaire, il faut entendre le transfert d'un-e patient-e d'un établissement de soins à un autre. Par transports de patient-e-s, il faut entendre les transports assurés par les services d'ambulances engagés par la centrale d'alarme et d'engagement (ci-après : Centrale 144) de personnes nécessitant des soins ou une surveillance accrue dus à leur état de santé, par des professionnel-le-s de la santé.

On distingue trois niveaux de priorité pour les interventions primaires, déterminés lors de l'appel: a) P1: départ immédiat, avec signaux prioritaires, pour des cas d'urgence avec probabilité d'atteinte des fonctions vitales; b) P2: départ immédiat, pour des cas d'urgence sans probabilité d'une atteinte des fonctions vitales; et c) P3: départ autorisant un délai ou programmé.

On distingue également trois niveaux de priorité pour les interventions secondaires: a) S : transfert, médicalisé ou non, d'un-e patient-e avec atteinte des fonctions vitales (avec ou sans signaux prioritaires) ; b) S2 : transfert d'un-e patient-e, médicalisé-e ou non, sans atteinte des fonctions vitales et dont le départ ne pourrait pas être différé ; c) S3 : transfert programmé d'un-e patient-e, médicalisé-e ou non, sans atteinte des fonctions vitales.

Cela étant posé, il convient de relever ce qui suit :

1. Les ambulances sont un moyen de secours sanitaire urgent

Le numéro 144 permet d'appeler une aide en cas de malaise et lorsqu'il faut se rendre en urgence à l'hôpital. Le mandat donné au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) qui gère la centrale d'appels sanitaires urgents 144 est de :

- réceptionner les appels sanitaires urgents au numéro 144 et engager les moyens de secours sanitaires officiels requis ;
- organiser et réguler les transferts interhospitaliers en ambulance du RHNe.

2. La responsabilité de l'État ne porte pas sur l'entier de la prise en charge des transports de patient-e-s.

Les soins préhospitaliers sont la porte d'entrée au système de soins et ont la particularité d'assurer la prise en charge de patient-e-s dans la majorité des cas non programmés. Une personne entre dans le système au moment où elle est prise en charge. C'est le cas avec l'intervention d'une ambulance. L'État est responsable de la haute surveillance et de la coordination des soins préhospitaliers seulement.

3. Les taxis ne sont pas de moyens de secours sanitaires officiels.

Seuls les moyens de transport fournissant des soins durant le trajet sont concernés par la LS et le règlement sur les soins préhospitaliers et les transports de patient-e-s.

Les ambulances sont les seuls moyens de transport à être soumis à une autorisation du département en charge de la santé pour transporter une personne nécessitant des soins du lieu de l'incident (accident ou malaise) à l'hôpital et prodiguer les soins nécessaires au ou à la patient-e durant le trajet (dans le jargon « interventions primaires »), suite à un appel d'aide ayant passé par la centrale des appels sanitaires urgents 144.

Au sens de la loi de santé, les taxis ne sont pas des transporteurs de patient-e-s car :

- leur mission n'est pas d'assurer des « interventions primaires » ;
- durant le transport, ils ne fournissent pas de soins.

4. S'il n'y a pas d'urgence, le choix du moyen de transport pour se rendre à l'hôpital est libre

Les taxis fournissent un service de transport « public ». Une personne peut les utiliser pour se rendre à l'hôpital, ou dans un cabinet médical pour une consultation, si elle le souhaite. C'est une décision qui lui revient au même titre que celle de décider de se rendre en bus ou en utilisant un moyen de transport privé (auto, moto, etc.).

5. L'expérience de la FUS d'envoyer des moyens de transports sans soins a été ponctuelle

L'envoi de moyens de transports sans soins par la FUS, citée en référence dans le postulat, fut une mesure ponctuelle prise par la Direction générale de la santé du Canton de Vaud pendant la vague épidémique de la COVID-19 d'avril et de novembre 2020. L'objectif a été d'éviter le dépassement des ressources en ambulances, et non pas de remplacer des ambulances par d'autres moyens de sauvetage. La mesure a ensuite été supprimée.

6. L'hôpital choisit les moyens pour assurer les transferts interhospitaliers de ses patient-e-s

Le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) a la responsabilité d'assurer les transferts inter-hospitaliers (entre ses sites ou d'autres hôpitaux) de ses patient-e-s ne nécessitant pas de soins pendant le trajet. Les transferts inter-hospitaliers nécessitant des soins sont réalisés par des ambulances.

Le RHNe assure le transfert de patient-e-s assis-e-s ou couché-e-s ne nécessitant pas de soins durant le trajet par le biais de transporteur-trice-s spécialisé-e-s dans ce domaine d'activité. Ces entreprises sont directement choisies par le RHNe, et du fait qu'elles ne prodiguent pas de soins durant le trajet, et que la responsabilité médicale incombe directement l'hôpital, ne sont pas soumises à autorisation du département en charge de la santé.

Depuis 2018, des transferts de patient-e-s couché-e-s sont également effectués sans avoir systématiquement recours à une ambulance. Afin de fixer des critères de qualité permettant un choix objectif du prestataire, le collège de direction du RHNe a adopté en décembre 2018 une directive interne qui définit les règles d'engagement des différents vecteurs de transfert avec la définition d'un protocole dédié.

Le choix de transférer un-e patient-e relève de la compétence du-de la médecin-e hospitalier-ère qui en a la charge. Il ou elle doit s'assurer que le moyen de transport prescrit est adapté à l'état de santé du ou de la patient-e. Depuis fin 2018, il ou elle dispose et utilise un algorithme de sélection (protocole interne) qui l'aide à définir le moyen de transport le plus approprié (hélicoptère, ambulance, transport patient-e à mobilité réduite (TPMR) ou taxi).

À notre connaissance, actuellement, deux entreprises neuchâteloises mandatées par le RHNe, suite à un appel d'offres, effectuent les transferts de patient-e-s de personnes à mobilité réduite (TPMR), assis, généralement en fauteuil roulant, ou couchés.

Le chauffeur TPMR est responsable des patient-e-s depuis le lieu de départ jusqu'au lieu de destination avec possible transmission d'informations (basiques, non médicales). Il accompagne tous-toutes les patient-e-s jusque dans les services hospitaliers, à domicile, lieux d'examens, en veillant à les protéger de tout problème (risque de fugues, désorientation), en tenant compte de leur état (démence, agitation, alcool). Un traitement d'oxygène en continu est possible, de même que l'usage d'un cathéter veineux périphérique, mais sans perfusion continue.

Les services de taxis, de leur côté, prennent en charge des personnes orientées, valides, « indépendantes » et aptes à se déplacer par leurs propres moyens (patient-e-s « debout » ou, dans certains cas, en fauteuil roulant). Les déplacements sont assurés « de porte à porte ».

Les coûts du transfert d'un-e patient-e hospitalisé-e d'un site vers un autre site du RHNe ou vers un autre hôpital sont à la charge exclusive du RHNe. La maîtrise des coûts des transferts est donc une priorité pour cette institution, avec la volonté de ne plus recourir à un transfert en ambulance quand cela n'est pas nécessaire. Les différences de coût sont en effet substantielles. Un transfert entre les sites de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds coûte 735 francs en ambulance, 221 francs en TPMR couché, 205 francs en TPMR assis et 95 francs en taxi.

Les statistiques relatives aux moyens de transport au départ et à destination du RHNe permettent de constater une optimisation des transferts au fil des ans.

Moyens de transport	2021	2024
Ambulance	36.5 %	32.6%
TPMR	58.6%	64.7%
Taxi	3%	1.6%
Hélicoptère	1.9%	1.2%

Sachant que la différence moyenne de coût entre l'ambulance et le TPMR se monte à 600.- environ (831.- contre 242.-), le seul transfert de l'ambulance vers le TPMR (4.7% ou 170 transports) représente une économie estimée à 190'000.- par année. De la même manière, la réduction du nombre de transferts en hélicoptère au profit de l'ambulance représente une économie de l'ordre de 250'000.-. Quand bien même les raisons de ces changements de pratiques sont diverses, puisqu'elles traduisent à la fois des choix du RHNe et des patient-e-s, les tendances sont assez claires.

7. Les économies passent par les communes

L'organisation des transports avec soins et le sauvetage sont du ressort des communes. Actuellement, les communes ont décidé d'organiser uniquement le transport et le sauvetage avec des service d'ambulances. Rien ne les empêche d'organiser d'autres types/vecteurs de transport de patient-e-s, notamment sans soins durant le trajet.

Tant les négociations tarifaires que l'organisation, le coût de fonctionnement d'une ambulance et le nombre d'ambulances mises à disposition, sont de la responsabilité des communes (art. 117, LS). La Direction des urgences préhospitalières (DIRUP), organe de coordination stratégique du système préhospitalier, composée par des représentant-e-s de l'État, des communes et du Réseau hospitalier neuchâtelois, s'était fixé en 2017 notamment l'objectif suivant pour les années

futures : « La sécurité sanitaire de la population en matière de soins préhospitaliers fournie est assurée dans une logique d'économicité (décroissance des coûts des ambulances) et de qualité au quotidien et en situation exceptionnelle ».

A relever que sur demande des communes, cet objectif a été écarté en 2020.

8. Le cadre tarifaire et la participation des assureurs aux frais de transport et de sauvetage et de transport date de 1995

Les articles 26 et 27 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31)⁴ du 29 septembre 1995, qui sont restés inchangés depuis, fixent les frais de transport et les frais de sauvetage pris en charge par cette assurance. En l'occurrence, l'assurance obligatoire des soins (AOS) participe à la prise en charge des coûts des sauvetages et des transports médicalement indiqués, comme suit :

- Transport de patient-e-s (art. 26 OPAS) : lorsqu'un moyen de transport spécial (p. ex., une ambulance) est utilisé pour un transport médicalement indiqué ou parce que l'état de santé du ou de la patient-e ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé pour se rendre à l'endroit où les soins lui seront prodigués, l'AOS prend en charge la moitié des frais jusqu'à concurrence de 500 francs par an.
- Sauvetage (art. 27 OPAS) : lorsqu'un sauvetage vise à sortir une personne d'une situation qui constitue un danger extrême pour sa vie et sa santé et à lui fournir d'urgence la prise en charge médicale adaptée la plus proche, l'AOS couvre la moitié des frais jusqu'à concurrence de 5'000 francs par an (seulement si le sauvetage a lieu en Suisse).

Ces deux articles n'ont jamais fait l'objet d'une révision, tant par rapport à la contribution à la charge de l'AOS que par rapport aux montants maximums remboursés.

A relever que la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS), dans laquelle le Conseil d'État est représenté, a saisi en avril 2021 la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) à ce sujet. Concrètement, elle a invité la CDS à soutenir auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et du Département fédéral de l'intérieur (DFI ; à qui il revient la compétence de modifier l'OPAS) la proposition de l'interassociation de sauvetage (IAS) de mettre à jour les dispositions de l'OPAS en la matière, notamment en :

- augmentant la contribution de l'AOS aux frais de transport et de sauvetage et le montant maximal qui peut être pris en charge annuellement ;
- introduisant une définition claire des notions de sauvetage et de transport dans l'ordonnance.

A ce jour, l'OPAS n'a pas été modifiée.

Le postulat 21.150 permet de s'interroger sur l'une des composantes des coûts de la santé, qui sans être la plus déterminante, n'en est pas moins importante. Les compétences du Conseil d'État dans ce domaine sont toutefois limitées, puisque la gestion des transports relève des communes et des institutions hospitalières, quand elle n'est pas de la responsabilité des patients eux-mêmes. Le RHNe recourt ainsi à différents prestataires pour les transferts interhospitaliers, ce qui répond aux préoccupations du postulat. Les communes, quant à elles, ont renoncé en 2020 à atteindre un objectif de diminution des coûts des ambulances, ce que le Conseil d'État regrette ; celui-ci entend les inciter à reprendre leurs travaux. N'étant pas compétent pour apporter des réponses concrètes à toutes les questions posées, le Conseil d'État estime toutefois avoir donné suite au postulat et vous en propose le classement.

2.3. Postulat « Quelle politique en matière de santé sexuelle dans le canton de Neuchâtel » (22.170).

En date du 27 septembre 2022, votre Conseil a accepté le postulat 22.170, dont nous rappelons la teneur ci-après :

⁴ <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/oc/2023/313/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-oc-2023-313-fr-pdf-a.pdf>

22.170

23 mai 2022

Postulat Groupes VertPOP et socialiste

Quelle politique en matière de santé sexuelle dans le canton de Neuchâtel

Contenu :

Le présent postulat demande au Conseil d'État d'analyser les prestations en santé sexuelle telles que délivrées dans le canton actuellement, afin de définir une politique de prévention et de promotion en santé sexuelle. Efficiente et organisée, cette politique devra garantir un accès équitable et de proximité aux prestations légalement prévues à l'ensemble de la population de notre canton, sur la base des expertises en présence, tout en garantissant une coordination optimale avec l'ensemble des acteurs et actrices concerné-e-s. De l'éducation sexuelle dans le cadre de la scolarité obligatoire au soutien aux couples souffrant d'infertilité ou encore à l'accompagnement de grossesses, désirées ou non, de situations de violences sexuelles, de questionnements sur le genre, cette thématique touche tout un chacun, indépendamment de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de l'âge, du lieu de vie, de la classe sociale, et appelle une vision claire du dispositif le plus efficient et socialement équitable à mettre en place. Nous demandons donc au Conseil d'État : – de présenter un état des lieux complet des prestations en santé sexuelle proposées dans le canton, des compétences mobilisées, du financement à disposition des acteurs concernés ; – de proposer une vision politique en matière de santé sexuelle ; – d'évaluer différents modèles d'organisation existants en lien avec les besoins de notre population et en fonction des compétences spécifiques des différents professionnels ; – de proposer une organisation cohérente et intégrée en respectant les spécificités entre les différent-e-s acteurs professionnels du terrain, ainsi qu'une répartition financière équitable afin de maintenir les prestations actuelles pour tous et toutes sur l'ensemble du territoire cantonal.

Développement :

Alors que la ville de Neuchâtel vient d'engager une nouvelle responsable du Centre de santé sexuelle (CSS) après la décision du Conseil général d'augmenter le budget 2022 du centre, il apparaît que les trois acteurs cantonaux de la santé sexuelle (CSS La Chaux-de-Fonds, CSS Neuchâtel et GSN) n'interviennent pas dans un cadre clair et coordonné, leur financement n'apparaissant ni équitable ni cohérent en regard de leur offre existante ou souhaitée. Ainsi, une association et deux centres communaux de santé sexuelle répondent aux besoins des personnes qui les sollicitent selon des modalités différentes, tant sur le plan des compétences du périmètre géographique que sur celui de la palette des prestations proposées. Par ailleurs, les modalités de financement manquent de cohérence, dans le sens où elles dépendent tantôt des communes, tantôt du canton, tantôt de soutiens externes. Les mêmes prestations peuvent être offertes sur des bases tarifaires différentes, d'autres sont créées sans considération des prestations déjà proposées par des professionnels de la santé. Tout ceci a pour résultat que les compétences professionnelles définies par Santé sexuelle Suisse ne sont pas toujours respectées. Par ailleurs, d'autres acteurs associatifs interviennent aussi dans le champ de la prévention de la violence domestique, de la thématique du genre (l'Association SEM ou Le Refuge-Neuchâtel, par exemple). De même, la coopération avec les services de santé gynécologiques ou andrologiques devrait être prise en considération.

Position du Conseil d'État :

La santé sexuelle est une composante intégrante de la santé des personnes et des politiques de santé publique. Elle est ainsi inscrite en tant que telle dans la Stratégie cantonale de prévention et de promotion de la santé, approuvée par le Conseil d'État en janvier 2017, portant sur la période 2017-2027.

Dans l'objectif de donner une assise plus claire, forte et politiquement validée à ce domaine dans le Canton de Neuchâtel, le Département en charge de la santé (anciennement Département des finances et de la santé DFS ; aujourd'hui Département de la santé des régions et des sports DSRs), par le service de la santé publique (SCSP), a décidé dès 2016 d'élaborer un programme cantonal de coordination dans le domaine de la santé sexuelle, en collaboration avec les acteurs-trices spécialisé-e-s.

Cela s'est concrétisé notamment par les différentes étapes suivantes :

1. Programme cantonal d'éducation sexuelle à l'école.

Un groupe de travail réunissant les partenaires de l'État spécialisés dans les domaines de la santé scolaire et de la santé sexuelle, a élaboré des recommandations quant au programme d'éducation sexuelle à l'école, avec le soutien de la fondation Santé sexuelle suisse.

Le document issu de ce groupe de travail représente les lignes directrices communes des acteur-trice-s concerné-e-s pour l'éducation sexuelle à l'école. Le DSRs et SCSP les ont faites leurs en les validant. Les activités de santé scolaire relevant dans notre canton de la responsabilité des cercles scolaires, il s'agit de recommandations cantonales non formellement contraignantes. En 2023, le contrat de prestations accordé à l'association Génération Sexualités Neuchâtel (GSN) pour effectuer les heures spécialisées d'éducation sexuelle à l'école a été révisé à la hausse afin de pouvoir desservir toutes les classes faisant appel à ces prestations. Le coût de celles-ci est partagé entre le canton et les communes faisant appel à GSN.

2. Objectifs cantonaux de santé sexuelle.

Des objectifs cantonaux communs de santé sexuelle ont été définis en collaboration avec les acteur-trice-s spécialisé-e-s du domaine. Validés par le département en charge de la santé en 2019, ces derniers donnent une vision claire des évolutions souhaitées à moyen terme et facilitent la coordination. Ces objectifs sont encore tout à fait d'actualité. Ils étaient accompagnés en 2019 d'un document récapitulatif répertoriant les acteur-trice-s, leurs prestations et leur financement. Ce document récapitulatif a fondé et documenté les étapes de réflexion permettant d'aboutir aux objectifs et a, de ce point de vue, totalement rempli sa mission. Malgré les

évolutions intervenues entre-temps, une mise à jour n'est pas jugée prioritaire, vu les autres processus et résultats acquis décrits ci-dessous. Il est important que les acteur-trice-s concerné-e-s puissent se concentrer maintenant sur le renforcement de la coordination.

De manière synthétique, les objectifs cantonaux sont les suivants :

1. Garantir à l'ensemble de la population, y compris aux groupes vulnérables ou ayant des besoins spécifiques, le droit à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.
2. Prévenir les grossesses non désirées.
3. Prévenir le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles.
4. Réduire la mortalité liée aux organes sexuels.
5. Garantir les droits fondamentaux en matière de santé sexuelle, y compris le respect de l'identité sexuelle.
6. Garantir une planification cohérente, la coordination, l'expertise et la surveillance dans le domaine.

Ces objectifs généraux sont assortis d'objectifs plus spécifiques, de mesures opérationnelles et d'une indication de la principale entité responsable de la mise en œuvre. Cela donne une vue d'ensemble claire de l'orientation cantonale souhaitée et des responsabilités.

3. Clarification et explicitation de la répartition des missions entre les acteur-trice-s spécialisé-e-s.

Des discussions à ce sujet ont été engagées il y a de nombreuses années déjà. Suite aux changements de responsables communaux-ales après les élections communales de fin 2020, les discussions ont repris entre le département en charge de la santé et les acteur-trice-s concerné-e-s en 2021 et un groupe de travail politique nouvellement constitué a pu se réunir à plusieurs reprises. Ce groupe de travail a posé et validé une répartition des missions entre les trois organisations spécialisées du canton, soit le Centre de santé sexuelle et planning familial de La Chaux-de-Fonds (CSSPF CDF), celui de Neuchâtel (CSSSPF NE) et le GSN, conjuguant missions de proximité là où cela faisait sens et missions avec une portée cantonale.

La répartition des missions retenue peut être résumée comme suit :

	CSSPF CDF	CSSPF NE	GSN	SCSP	Remarques
Tâches transversales - Coordination, Veille / expertise, Formation / sensibilisation des professionnel-le-s relais, Communication / campagnes, Rapports / Reporting	x	x	x	x	Tâches transversales, assurées chacun dans ses domaines d'expertise. Le SCSP assure l'animation d'un groupe cantonal de coordination.
Éducation sexuelle à l'école obligatoire			x		
Éducation sexuelle dans la formation post- obligatoire			x		
Répondance Ciao		x			
Prévention homophobie – questions LGBTIQ+			x		
Centres de consultations grossesse – IVG - PMA – contraception , y compris Interventions hors murs ciblées sur grossesse – IVG - PMA – contraception Visites dans les maternités Remise de la pilule d'urgence	x	x			
Prévention des IST			x		
Testing IST	x	x	x		
Migration	x	x	x		
Domaines non formellement répartis - Préscolarité - Cadre institutionnel enfants - Cadre institutionnel handicap - Cadre institutionnel adultes (foyers, prisons...)					Domaines non répartis formellement. Pour ces aspects, le GSN œuvre comme porte d'entrée et assure une répondance de base. Selon les prestations demandées et nécessaires, cela est discuté dans le groupe de coordination et réparti selon les expertises spécifiques.

- Conclusion de trois contrats de prestations complémentaires avec les acteur-trice-s spécialisé-e-s.** Cette répartition des missions est traduite depuis 2023 dans trois contrats de prestations complémentaires conclus par l'État avec les acteur-trice-s spécialisé-e-s du canton. Ces contrats, ensemble, ont amené à une augmentation de budget qui est passé d.e 711'000 francs en 2020 à 1'000'000 francs en 2024. Ce pour permettre la réalisation de mesures qui sont toutes reconnues pour leur pertinence.
- Instauration d'un groupe de coordination opérationnel pérenne.** En parallèle, un groupe de coordination opérationnel pérenne a été instauré sous le pilotage du SCSP. Ce dernier réunit les directions des organisations concernées et le SCSP. Il a pour objectif de favoriser la coordination, harmoniser les pratiques, mettre en place une communication commune cohérente pour la population du canton. Ce groupe est pérenne et se réunira de 2 à 4 fois par année selon les besoins. Un travail d'harmonisation sur les tarifs a par exemple pu être mené. Servant à préciser

les objectifs sous forme de plan d'action, des **lignes directrices cantonales** ont été élaborées pour la période 2024-2030.

Ainsi, le processus de clarification des responsabilités et activités de santé sexuelle de chaque acteur-trice-s dans un but de cohérence et d'efficacité cantonale est en cours depuis de nombreuses années et déjà effectif, piloté par le SCSP.

Cela étant dit, le Conseil d'État se positionne comme suit plus spécifiquement sur chacune des demandes du postulat :

- ***Présenter un état des lieux complet des prestations en santé sexuelle proposées dans le canton, des compétences mobilisées, du financement à disposition des acteurs concernés*** : Cet état des lieux a été fait dès 2019. De facto, les prestations s'adaptent en tout temps aux besoins émergeant du terrain, les professionnel-le-s engagé-e-s dans les centres spécialisés sont formé-e-s et compétent-e-s pour ce faire. Cela est analysé au minimum annuellement dans le cadre du suivi des contrats de prestations, de même que dans le groupe de coordination. À noter qu'une part des activités est financée par d'autres sources que l'État ; celui-ci ne peut donc pas imposer une harmonisation totale, ce qu'il ne souhaite d'ailleurs pas, une certaine ouverture vers des spécificités locales étant positive. Si beaucoup d'énergie a été investie par le SCSP pour coordonner et mettre en cohérence les acteur-trice-s, une part de responsabilité leur revient néanmoins pour faire aboutir et perdurer ces démarches pour le bien de l'ensemble de la population neuchâteloise.
- ***Proposer une vision politique en matière de santé sexuelle*** : cela est acquis depuis 2019 avec la validation des objectifs cantonaux, complétée par la répartition des missions validée en 2022 et la signature de contrats de prestations par l'État avec les trois acteur-trice-s concerné-e-s dans le canton.
- ***Évaluer différents modèles d'organisation existants en lien avec les besoins de notre population et en fonction des compétences spécifiques des différent-e-s professionnel-le-s - Proposer une organisation cohérente et intégrée en respectant les spécificités entre les différent-e-s acteur-trice-s professionnel-le-s du terrain, ainsi qu'une répartition financière équitable afin de maintenir les prestations actuelles pour tous et toutes sur l'ensemble du territoire cantonal*** : L'organisation retenue vise une plus grande cohérence et harmonisation, tout en respectant les infrastructures déjà existantes. Les prestations de terrain existent, sont de qualité et couvrent les besoins de santé publiques prioritaires identifiés. Il n'est ainsi pas jugé prioritaire de revoir de manière fondamentale l'organisation historique, mais bien plutôt d'optimiser l'existant. Il s'agit d'une approche pragmatique proportionnée à l'enjeu qui est essentiellement de coordination. Le partage de responsabilité Canton-communes dans les prestations de proximité à disposition de la population tient à cœur au Conseil d'État.

Vu ce qui précède et les démarches effectuées, en cours ou pérennisées, le Conseil d'État estime avoir donné suite au postulat et propose son classement.

3. MOTIVATION A L'APPUI DU TRAITEMENT D'UNE RECOMMANDATION

3.1. Recommandation « Naturopathes neuchâtelois-e-s laissé-e-s de côté, aux dépens des patient-e-s ? » (19.174)

En date du 4 décembre 2019, votre autorité a accepté la recommandation 19.174, dans une version amendée, de Zoé Bachmann, dont nous rappelons la teneur ci-après :

19.174

4 septembre 2019

Recommandation Zoé Bachmann

Naturopathes neuchâtelois-e-s laissé-e-s de côté, aux dépens des patient-e-s

Le Grand Conseil invite le Conseil d'État à prendre une mesure dans un domaine qui relève de sa compétence, soit de prévoir l'inscription dans la loi neuchâteloise des naturopathes, professionnel-le-s des médecines dites « alternatives », au même titre que les autres professions médicales, permettant à ces derniers d'être reconnus, encadrés et exemptés du paiement de la TVA.

Position du Conseil d'État :

L'article 52, alinéa 1, de la LS prescrit que les professions du domaine de la santé soumis à autorisation au sens de cette loi comprennent :

- a) les professions médicales universitaires, au sens de la loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd), du 23 juin 2006 (RS 811.11)⁵;
- b) les professions de psychologue avec un titre postgrade, au sens de la loi sur les professions relevant du domaine de la psychologie (LPsy), du 18 mars 2011 (RS 935.81)⁶ ;
- c) les professions de la santé, au sens de la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan), du 30 septembre 2016 (RS 811.21)⁷ ;
- d) les autres professions de la santé dont le Conseil d'État établit la liste et les conditions d'octroi des autorisations de pratique, par voie réglementaire.

Les naturopathes n'entrent pas dans le champ d'application personnel des professions de la santé au sens de l'art. 52, al. 1, let a à c et des lois fédérales qui les régissent. Ils ne peuvent dès lors pas être soumis à autorisation cantonale sur cette base.

Concernant la catégorie des autres professions de la santé, le législateur cantonal a, dans le cadre d'une révision de la loi de santé adoptée en 2008 (art. 52, al. 1 let. d, de la LS), délégué au Conseil d'État la compétence d'établir par voie réglementaire la liste des autres professions de la santé soumises à ladite loi de fixer les conditions d'octroi des autorisations de pratique de celles-ci.

Jusque-là, elles étaient, comme les professions médicales universitaires et les professions de la psychologie, mentionnées nommément directement dans la LS.

Faisant usage de la compétence qui lui a été donnée, le Conseil d'État a établi une telle liste, reprenant en fait celle qui existait dans la LS, et fixé les conditions d'octroi des autorisations de pratique dans le règlement sur l'exercice des professions médicales universitaires et des autres professions de la santé.

Les naturopathes ne figurent effectivement pas dans cette liste comme d'ailleurs plusieurs autres professions de la santé, et non seulement celles relevant des thérapies alternatives au sens de l'article 58, de la LS.

Pour la plupart, les autres professions du domaine de la santé au sens de l'article 52, alinéa 1 let. d, LS qui y figurent sont des professions de la santé qui, depuis le 1^{er} février 2020, sont réglementées et soumises à autorisation cantonale par loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan). Celle-ci fixe des exigences uniformes à l'échelle nationale en ce qui concerne la formation, ainsi que l'exercice de la profession dans les domaines suivants : soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, sage-femme, nutrition et diététique, optométrie et ostéopathie. Elle prévoit également l'accréditation obligatoire des filières d'études de ces professions afin d'assurer leur qualité. En outre, la nouvelle loi fixe les conditions et les modalités en matière de reconnaissance de diplômes étrangers et prévoit la mise en place d'un registre des professions de la santé. Enfin, elle définit les conditions auxquelles les membres de ces sept professions de la santé peuvent obtenir une autorisation de pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle. Les cantons sont compétents pour l'octroi de ces autorisations et pour la surveillance. Il reviendra au Conseil d'État déjà d'adapter le règlement précité en conséquence, ce qu'il n'a pas encore eu le temps de faire.

À relever que lors des débats du Grand Conseil sur la modification de la LS de 2008, le Conseil d'État avait été invité à faire un usage restrictif de la faculté qui lui était donnée en

⁵ <https://www.lexfind.ch/tolv/232118/fr>

⁶ <https://www.lexfind.ch/tolv/167189/fr>

⁷ <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/16/20230901/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-2020-16-20230901-fr-pdf-a.pdf>

n'admettant comme nouvelle autre profession de la santé que celle qui répondait véritablement à des objectifs de santé publique et avait une bonne assise sur le plan national ou régional.

La crainte était alors également que le gouvernement ajoute de nombreuses autres professions de la santé à la liste existante pour bénéficier de rentrées d'émoluments et améliorer la situation financière de l'État, mais aussi de voir les ressources affectées au contrôle des professionnel-le-s du domaine de la santé se multiplier dans un contexte financier délicat.

Ainsi, depuis 2008, seule une nouvelle catégorie de professions de la santé a été ajoutée à la liste par le gouvernement, en l'occurrence les ostéopathes, considérant que les motifs évoqués ci-dessus pour l'être étaient réunis et surtout qu'ils allaient être pris en compte dans la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan).

Les naturopathes ne figurant pas dans les professions soumises à la LPSan, la filière de formation n'est pas accréditée. Dès lors qu'elle n'est pas accréditée, la qualité de cette formation ne peut pas être définie ni reconnue. De ce fait également, le droit fédéral ne prévoit pas que l'exercice de cette profession, comme d'autres relevant ou non des thérapies alternatives, soit soumise à autorisation. Cela dit, il existe bien depuis quelques années, comme pour d'autres thérapies alternatives, un diplôme fédéral supérieur pour naturopathe développé et reconnu par le Secrétariat d'État à la recherche et à l'Innovation (SEFRI) qui donne une reconnaissance à ceux qui en sont titulaires.

Il nous semble intéressant de mentionner que les naturopathes avec diplôme fédéral peuvent faire inscrire leur diplôme dans le registre national des professions de la santé (Nareg). Ce dernier s'appuie sur l'Accord intercantonal sur la reconnaissance des diplômes de fin d'études (AIRD).

Il permet notamment aux patient-e-s de savoir si le-la naturopathe qu'ils-elles consultent dispose du brevet fédéral.

Mis à part le Canton du Valais depuis peu, aucun autre canton romand ne soumet encore les naturopathes (en l'occurrence dans le Canton du Valais, les naturopathes avec diplôme fédéral) à autorisation cantonale de pratiquer.

Cela, dit, il n'existe, selon nos informations que quelques naturopathes qui sont au bénéfice d'un tel diplôme fédéral dans le canton. Il existe par contre de très nombreuses autres personnes sans diplôme fédéral, ayant suivi différentes formations, qui exercent la naturopathie de longue date dans le canton, sans que cela ne semble avoir posé de problèmes jusque-là, l'autorité de surveillance qu'est le-la médecin cantonal-e n'ayant jamais été saisie à cet effet, bien que la loi de santé le permette.

La relation de cause à effet entre autorisation et qualité n'est pas aussi directe que le dit la recommandation. La qualité repose notamment sur la formation de base et également sur la formation continue, pas sur le seul fait d'être autorisé et donc potentiellement contrôlé par une autorité sanitaire.

Pour le reste, il y a lieu de relever que, selon l'article 58, de la loi de santé (LS), les thérapies, dites alternatives, de médecine douce ou de bien-être, comme la naturopathie, sont d'une certaine façon reconnues car prises en compte, réglementées et encadrées dans la LS, même si c'est de manière succincte. Il y est prescrit que ces thérapies ne sont certes pas soumises à autorisation (al. 1), mais qu'elles sont tolérées si elles sont sans danger pour les personnes qui y recourent, la responsabilité incombant à ceux qui les dispensent (al. 2) ; cette notion de « tolérées », dont la connotation peut paraître négative, pourrait faire l'objet d'une prochaine révision de la LS. A cet égard, il y a lieu de relever que, selon l'article 72a, de la LS, dont l'intitulé est « thérapies alternatives », l'autorité de surveillance au sens de l'article 72, en l'occurrence le-la médecin cantonal-e, est compétent pour intervenir en cas de mise en danger de la santé publique, de pratiques trompeuses, contraires à l'ordre public ou aux bonnes mœurs, par quiconque pratiquant des activités de santé non soumises à autorisation, comme la naturopathie. En l'occurrence, le-la médecin cantonal-e peut prendre par analogie les mesures administratives au sens de l'article 123, de la LS et les mesures disciplinaires au sens de l'article 123a, alinéa 1, de la LS à l'encontre de ceux qui dispensent des thérapies alternatives en dehors du cadre légal.

Pour le surplus, l'article 58, alinéa 3, de la LS selon laquelle les thérapies alternatives ne peuvent faire l'objet d'aucune publicité, bien que toujours en vigueur, mais appelé à être modifiée dans le cadre d'une prochaine révision de la LS, n'est plus appliqué dans les faits dans la mesure où leur exercice est toléré et où son application est difficile à contrôler, notamment à l'ère des réseaux sociaux. En tant qu'autorité de surveillance, le-la médecin cantonal-e applique aux thérapies

alternatives depuis 2023 la réglementation prévue pour les professionnel-le-s du domaine de la santé au sens des articles 53 à 65, de la LS, à savoir qu'elles doivent s'abstenir de toute publicité qui n'est pas objective et qui ne répond pas à l'intérêt général; cette publicité ne doit en outre ni induire en erreur ni importuner. Dans ce cadre, les naturopathes avec diplôme fédéral peuvent se prévaloir auprès du public de la titularité de ce diplôme contrairement aux autres. La LS sera modifiée en ce sens lors d'une prochaine révision (Art. 58, al. 3). Comme relevé ci-dessus, il paraîtrait opportun dans le cadre de cette même révision de la LS d'abandonner le verbe « tolérer » à l'article 58, alinéa 2, s'agissant des thérapies alternatives pour le remplacer par un autre à la connotation moins négative.

Cela dit, une des préoccupations principales émise par la recommandation est d'éviter que les naturopathes doivent facturer la TVA à leurs patient-e-s, car du fait de leur statut actuel, leurs prestations ne sont pas considérées comme des prestations de soins exonérées de la TVA.

À ce sujet, il faut rappeler que le but premier de soumettre des professionnel-le-s à autorisation de pratique dans la loi de santé n'est pas de les dispenser d'un assujettissement à la TVA, mais de protéger la santé de la population. A ce sujet, il existe un cadre que nous avons présenté ci-dessus.

L'ajout de toute nouvelle catégorie de professionnel-e-s de la santé au sens large soumis à autorisation représentent par ailleurs un surcroît de travail administratif et un champ supplémentaire de surveillance pour le SCSP, dans un contexte où les ressources du service qui s'occupent du contrôle et de la surveillance des professionnel-le-s du domaine de la santé aujourd'hui déjà autorisé-e-s sont modestes et déjà très sollicitées. D'autres professionnel-le-s du domaine de la santé ont aussi émis le souhait d'être admis-e-s dans la liste de celles et ceux autorisé-e-s. Donc en autorisant une nouvelle thérapie, le Conseil d'État se verra contraint très vraisemblablement d'ouvrir la porte à d'autres, que ce soit ou non dans le domaine des thérapies alternatives. A ce stade, on peut d'ailleurs relever que le canton n'a jamais été sollicité directement par des naturopathes dans le sens de la recommandation, contrairement à ce qui est le cas pour d'autres professions.

Dans le contexte actuel de pénurie des médecins et d'autres professionnels de la santé, la priorité est mise par l'État sur le traitement diligent des demandes d'autorisation d'exercice des professions de la santé soumises obligatoirement à autorisation selon le droit fédéral, en l'occurrence les lois sur l'exercice des professions médicales universitaires (LPMéd), des professions de la psychologie (LPpsy) et des professions de la santé (LPSan), ainsi que les autorisations d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins des médecins par les équipes concernées. La priorité est également mise sur la surveillance de celles-ci, considérant les risques plus grands en termes de santé publique que leur exercice peut engendrer.

Pour conclure, précisons toutefois que la porte n'est pas définitivement fermée. Lorsque le diplôme fédéral de naturopathe bénéficiera d'une meilleure assise dans le canton et en Suisse romande notamment, il pourra sembler pertinent d'envisager l'inscription des naturopathes avec ce diplôme, comme d'autres professionnel-le-s dans une situation similaire, dans le règlement concernant l'exercice des professions médicales universitaires et autres professions de la santé.

Partant, le Conseil d'État estime avoir traité la recommandation et prie le Grand Conseil d'en prendre acte.

3.2. Recommandation « Régimes de financement des EMS et des soins à domicile » (16.182)

En date du 16 décembre 2016, votre autorité a accepté la recommandation 16.182 de sa Commission Santé, dans, dont nous rappelons la teneur ci-après :

16.182

16 décembre 2016

Recommandation Commission santé

Régimes de financement des EMS et des soins à domicile

Contenu :

Le financement des EMS et des soins à domicile devrait se faire selon trois régimes :

1. Un régime qui reconnaît qu'il y a une CCT de référence pour le domaine de la santé et qui s'applique en donnant droit à un tarif CCT prévu par la loi.
2. Un régime qui n'aurait aucune exigence et qui renverrait à l'application du Code des obligations et de la loi sur le travail ;
3. Un régime intermédiaire officialisé qui imposerait l'application de certaines dispositions impératives de la CCT et qui donnerait également lieu à un tarif intermédiaire.

Développement :

La commission Santé souhaite que le canton tienne mieux compte de la diversité des acteurs dans les domaines des EMS et des soins à domicile et qu'elle adapte en conséquence ses régimes de financement. Il s'agit d'offrir plus de souplesse dans la négociation de CCT plus adaptée aux diverses organisations actives et des modes de financement qui en dépendent.

Position du Conseil d'État :

S'agissant tout d'abord des établissements médico-sociaux (EMS), selon l'article 24, de la loi sur le financement des EMS (LFinEMS ; RSN 832.30⁸), l'application par les EMS de la CCT Santé21 donne droit à une majoration des tarifs fixés par le Conseil d'État (al. 1). Le département peut reconnaître des conditions générales de travail émises par des associations professionnelles d'EMS qui, lorsqu'elles sont appliquées par leurs membres, donnent également droit à une majoration de tarifs ; cette majoration est inférieure à celle mentionnée à l'alinéa 1 (al. 2).

Dans le rapport 10.033 à l'appui du projet de LFinEMS, le Conseil d'État expliquait que les établissements affiliés à la CCT Santé21 connaissaient un coût salarial moyen supérieur aux autres institutions. Cette différence provenait essentiellement de l'échelle de traitement, mais aussi de la protection sociale offerte par la CCT Santé21 et d'autres éléments comme l'horaire hebdomadaire de travail ou le nombre de jours de vacances, les prestations des caisses de pensions influençant également fortement les charges salariales. Il relevait également que l'abandon du système de couverture des coûts créait une distorsion économique entre les EMS affiliés à la CCT Santé21 et les autres, et que la non prise en compte des surcoûts engendrés par la CCT Santé21 dans le prix de pension aurait eu pour conséquence que les EMS concernés dénoncent la CCT.

L'article 24, dans sa version initiale, prévoyait une majoration pour les EMS appliquant la CCT Santé21 ou des conditions générales de travail équivalentes. Le Grand Conseil a adopté deux amendements à cette disposition lors de ses débats, l'un supprimant volontairement et sciemment l'expression « ou de conditions générales équivalentes » à l'alinéa 1 et l'autre, sous la forme d'un alinéa 2, conférant au Conseil d'État la possibilité de reconnaître des conditions générales de travail (CGT) émises par des associations d'EMS donnant droit à une majoration de tarif réduite par rapport à celle prévue en cas d'application de la CCT Santé 21.

Le chef de département en charge de la santé a néanmoins considéré judicieux d'établir une réglementation posant des critères de comparaison permettant d'établir le niveau d'équivalence à la CCT santé21 et donnant droit à une reconnaissance, conséquemment à une augmentation de tarif en lien avec le niveau d'équivalence. En l'occurrence, il a considéré que la législation n'était pas d'application directe et qu'elle devait être précisée, dans la mesure où il existe de nombreuses conditions générales de travail dans le canton.

Ainsi, il a adopté le 9 juillet 2018 un règlement sur la reconnaissance des conditions générales de travail des établissements médico-sociaux (RSN 832.35⁹ ; art. 24 LFinEMS) (RRCGT), qui fixait une série de critères pour que des CGT obtiennent la reconnaissance donnant droit à une majoration de tarif, la fixation de ce tarif relevant de la compétence du Conseil d'État. Ce règlement précisait que ces CGT devaient appliquer au minimum un certain nombre de dispositions de la CCT Santé 21.

Une association d'EMS privés, l'ANIPPA, a porté recours contre ce règlement devant le Tribunal cantonal qui l'a rejeté et a donné raison au département en charge de la santé.

Au final, tous les EMS se sont tous affiliés à la CCT Santé 21.

⁸ <https://rsn.ne.ch/DATA/program/books/rsne/pdf/832.30.pdf>

⁹ <https://rsn.ne.ch/DATA/program/books/rsne/pdf/832.35.pdf>

Pour ce qui est des organisations de soins à domicile (OSAD), l'optique prise étant de travailler au niveau de CGT émises par des associations professionnelles, le RRCGT ne peut de fait pas leur être applicable, celles-ci n'étant pas regroupées au sein d'une association faîtière dans le canton. Au besoin, le champ d'application du RRCGT pourra être étendu si la situation devait évoluer.

NOMAD n'est pas concerné par la recommandation, étant de fait membre de la CCT Santé21.

S'agissant enfin des infirmier-ère-s indépendant-e-s, il convient de relever qu'ils-elles bénéficient du régime de la CCT Santé 21 alors qu'ils-elles ne sont pas partie formellement de ladite CCT et ne sont pas soumis-es à toutes les incombances liées à celles-ci.

En conclusion, la recommandation demandait la mise en place de trois tarifs dans le canton, pour les EMS et les soins à domicile. Cela a été fait pour les EMS dans le cadre du RRCGT, mais pas pour les OSAD, à mesure qu'il n'existe pas d'associations faîtières ayant développé des CGT dans ce secteur. Quant à NOMAD et aux infirmier-ères indépendant-e-s, ils ne sont pas concernés puisque de fait membre de la CCT Santé21 pour NOMAD, et que le tarif CCT santé21 est applicable aux infirmier-ères indépendant-e-s

Partant, le Conseil d'État estime avoir traité la recommandation et prie le Grand Conseil d'en prendre acte.

4. CONCLUSION

Le Conseil d'État a considéré opportun de profiter de l'élaboration de la nouvelle politique de santé publique pour classer, respectivement traiter les interventions parlementaires ci-dessus en bloc.

Gestion des plaintes et réclamations, conciliation et médiation dans le domaine de la santé dans le canton de Neuchâtel (postulat 08.121)

Analyse et bilan

Service cantonal de la santé publique

1. RÉSUMÉ

Le postulat [08.121](#) intitulé « Une médiation dans le domaine de la santé » demandait au Conseil d'État d'étudier l'instauration d'une médiation indépendante dans le domaine de la santé, qui serait chargée de traiter les requêtes des usagers de la santé concernant les problèmes rencontrés dans le cadre de leurs relations avec le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), Nomad et les homes (publics et privés).

Le Conseil d'État y répond dans cette présente annexe au rapport de politique de santé publique 2025-2030, portant classement et traitement de différentes interventions parlementaires. Il y requiert son classement. Il s'appuie sur le présent rapport du médecin cantonal présentant un bilan complet de la situation et des propositions d'améliorations structurelles.

Ce rapport du médecin cantonal, que le Conseil d'État fait sien, conclut que l'instauration d'une médiation indépendante n'est pas la meilleure solution et qu'elle n'est pas nécessaire pour répondre aux besoins identifiés à ce jour dans le canton.

Les travaux réalisés en amont ont permis de recueillir les avis de l'ensemble des partenaires concernés en y incluant aussi le domaine de la pratique privée, qui concentre une large proportion des plaintes.

La situation quant à la gestion des plaintes au sens large a beaucoup évolué depuis le moment où le postulat a été déposé. En 2008, le dossier hospitalier cristallisait de nombreuses tensions, qui ont certainement eu un impact sur la perception que les patient-e-s neuchâtelois-e-s avaient de leur prise en charge sur l'un ou l'autre site et qui a aussi passablement occupé les autorités sanitaires.

Entrepris en 2016, les travaux et réflexions dans ce dossier ont été ralentis depuis 2020 par la crise en lien avec la pandémie de COVID-19 qui a passablement surchargé le service cantonal de la santé publique (SCSP) en général, le médecin cantonal en particulier.

Il convient donc maintenant pour les autorités sanitaires, dans un environnement sanitaire toujours en évolution, d'examiner les propositions d'adaptations structurelles des processus de gestion des plaintes avec les instances existantes, mais aussi d'amélioration du tri des plaintes ainsi que du signalement et d'orientation des patient-e-s.

Ainsi, les préoccupations des auteurs-trices du postulat, mais aussi celles des patient-e-s, pourront trouver des réponses dans des rapports de confiance renforcés avec les acteur-trice-s de la santé et la garantie d'une surveillance adaptée.

2. Rappel du contexte

La question de l'adéquation entre, d'une part, l'offre d'organismes et instances valorisant la médiation et la conciliation dans le domaine de la santé dans le canton et, d'autre part, les demandes de la population en la matière, est posée depuis plusieurs années.

Le Conseil d'État doit ainsi répondre au [postulat 08.121](#), dont le titre est « Une médiation dans le domaine de la santé », le priant « d'étudier l'instauration d'une médiation indépendante dans le domaine de la santé qui serait chargée de traiter les requêtes des usagers de la santé concernant

les problèmes rencontrés dans le cadre de leurs relations avec Hôpital neuchâtelois, le Centre neuchâtelois de psychiatrie, les homes (publics et privés) et NOMAD ».

En janvier 2015, le Conseil d'État a répondu à l'[interpellation 14.138](#), intitulée «Valorisation de la médiation et de la conciliation en matière de santé », sur la même thématique, en indiquant vouloir prioriser un bilan de la situation avant d'envisager de prendre des mesures.

Une rencontre a eu lieu en 2016 entre le chef du département en charge de la santé, le chef du SCSP, le médecin cantonal et l'association « droitsdupatient.ch » pour discuter de l'opportunité de mettre en place dans le canton un bureau de médiation associé à une commission y relative, sur le modèle existant dans le Canton de Vaud.

Dans le but d'établir un bilan de la situation de la gestion des problèmes rencontrés par les usagers-ères de la santé dans le cadre de leurs relations avec les prestataires de soins (institutions de soins, mais aussi professionnel-le-s de la santé) dans le canton, le médecin cantonal a réuni en 2019 une table ronde avec les autorités, associations, institutions et personnes suivantes : l'autorité de conciliation en matière sanitaire du canton de Neuchâtel (ACMS), les directions de l'HNE (aujourd'hui RHNe), du CNP et de NOMAD, la Société Neuchâteloise de Médecine (SNM), notamment par sa Commission de déontologie, la Société Neuchâteloise des Médecins-Dentistes (SSO-NE), le service d'aide aux victimes d'infractions (SAVI), l'Institut de droit de la santé (IDS), l'Association « droitsdupatient.ch » ainsi qu'une avocate spécialisée dans le droit de la santé.

Les évolutions du paysage sanitaire neuchâtelois, en particulier hospitalier, ont mobilisé beaucoup de ressources et empêché par la suite la poursuite des réflexions des autorités sanitaires sur cette thématique. La crise sanitaire du COVID de 2020 à 2022 a retardé encore l'analyse et l'appréciation de cette problématique complexe. Les travaux ont depuis lors été repris et finalisés, en parallèle à ceux liés au rapport sur la politique de santé publique 2025-2030.

3. Médiation et conciliation : définitions

De nombreuses législations, que ce soit dans les domaines civil, pénal et administratif, incitent au règlement à l'amiable plutôt que juridictionnel des litiges. Parmi les alternatives existantes au recours à la justice figurent la conciliation et la médiation.

La conciliation et la médiation poursuivent le même objectif : permettre aux parties de trouver un accord à l'amiable, sans l'intervention d'une autorité administrative/disciplinaire ou judiciaire ou tout du moins sans passer par toutes les étapes d'une telle procédure. Médiation et conciliation impliquent l'intervention d'un tiers : le-la médiateur-trice ou le-la conciliateur-trice. Chacun-e offre en principe aux parties impartialité, compétence, confidentialité et diligence.

C'est très certainement en raison de cet objectif commun, mais aussi de ces autres similitudes que les termes de médiation et de conciliation sont souvent confondus dans la législation, la pratique et le langage courant.

Cela dit, la médiation et la conciliation présentent quelques différences que nous développons ci-après en les inscrivant dans le domaine de la santé¹.

La **médiation** a pour but de renouer le dialogue entre le-la patient-e et le-la professionnel-le de la santé avec l'aide d'une tierce personne neutre et impartiale. La médiation peut avoir différents objectifs : la création ou la reconstruction d'un lien social, l'amélioration d'une relation qui se dégrade ou encore la prévention des conflits. Les parties doivent trouver elles-mêmes une solution à leur problème, le-la médiateur-trice n'ayant pas le pouvoir de faire des propositions, ni de faire du droit (comme pourrait le faire un arbitre).

Il s'agit d'une démarche qui doit être volontaire et acceptée par les deux parties ; nul ne peut être contraint à suivre une médiation. Cependant, la proposition d'une démarche de médiation peut être, dans certains cas, une obligation légale ou un préalable nécessaire à d'autres processus. Une médiation peut être sollicitée par chacune des parties (patient-e-s et soignant-e-s/institutions).

¹ <https://www.planetesante.ch/Droit-et-Sante/Autorites-competentes/Droits-du-patient-et-mediation>

Elle doit être confidentielle. Elle est en principe indépendante, impartiale et gratuite. Au terme de la médiation, soit un accord est trouvé, soit une des parties choisit de poursuivre selon une autre voie.

Le choix du ou de la médiateur-trice peut se faire sur la base d'une liste de professionnel-le-s reconnu-e-s. Il ne doit pas y avoir d'implication d'une assurance, de déclaration de responsabilité civile ni d'avocats. La médiation sanitaire ne porte pas sur des aspects financiers, ni sur des aspects pénaux.

La **conciliation** a pour but de rechercher un accord entre les parties. Le-la conciliateur-trice peut proposer ses propres solutions. La procédure est avant tout axée autour du litige et de sa résolution dans un cadre juridique.

En pratique, le-la médiateur-trice est censé-e mettre les parties en présence, les aider à renouer le dialogue de façon à ce qu'elles aboutissent elles-mêmes à trouver une solution alors que le-la conciliateur-trice (peut) propose(r) une solution permettant de concilier les intérêts des parties.

Si les législations dans le domaine de la santé incitent souvent au règlement à l'amiable des litiges, les procédures de médiation et de conciliation restent souvent facultatives. Les parties en conflit sont en effet libres d'accepter ou non l'intervention préalable d'un tiers, et de conclure ou non un accord pour mettre fin au litige.

4. Situation de la gestion des plaintes en matière sanitaire dans le canton

La table ronde tenue en 2019 a permis de dresser un état de la situation des instances appelées à intervenir dans le canton. La synthèse qui figure ci-dessous permet de définir les rôles de ces instances ainsi que les problèmes identifiés, en précisant que cette situation a toujours cours aujourd'hui.

4.1 Autorité de conciliation en matière de santé (ACMS)

La loi de santé (LS) du 6 février 1995 (RSN 800.1)² a institué, à son article 27³, dans le chapitre 4 portant sur les relations entre patient-e-s et professionnel-le-s du domaine de la santé, une autorité de conciliation en matière de santé (ACMS) dont la désignation incombe au Conseil d'État. Celle-ci peut être saisie de plaintes par les patient-e-s en cas de violation des droits que cette loi leur reconnaît.

Le règlement provisoire d'exécution de la loi de santé du 31 janvier 1996 (RSN 800.100)⁴ règle la composition, la saisine et le fonctionnement de cette autorité en ses articles 3 et 4⁵.

Il s'agit d'une autorité paritaire et indépendante, composée d'un-e président-e neutre (toujours un-e juriste depuis sa création), d'un-e représentant-e des patient-e-s et d'un-e représentant-e des médecins ou de la profession concernée si le litige met en cause un-e professionnel-le autre qu'un-e médecin. La présidence est actuellement assumée par un avocat expérimenté et formé dans les modes de règlement à l'amiable des différends (conciliation et médiation), et la vice-présidence par une professeure ordinaire de droit civil et de droit de la santé à la Faculté de droit de l'Université de

² [RSN 800.1](#)

³ *Voies de droit*

Article 27 1 En cas de violation des droits que la présente loi reconnaît au patient, celui-celle-ci peut adresser une plainte à l'autorité de conciliation désignée par le Conseil d'État.

2 Cette autorité instruit l'affaire et tente de concilier les parties. Si elle n'y parvient pas, elle transmet le dossier, avec son préavis, au département, qui se prononce sur cette plainte et adresse, cas échéant, une injonction impérative au-la soignant-e.

⁴ [RSN 800.100](#)

⁵ *Composition*

Article 3 ¹ L'autorité de conciliation prévue à l'article 27, de la loi se compose d'un président neutre, en principe juriste, d'un représentant des patient-e-s et d'un représentant des médecins. ² Au début de chaque période administrative, le Conseil d'État nomme le président de l'autorité, les représentants des patient-e-s et des médecins, ainsi que leurs suppléants. ³ Lorsque le litige met en cause un professionnel de la santé autre qu'un médecin, le président de l'autorité fait appel en outre à un représentant de la profession concernée.

Procédure

Article 4 ¹ La plainte est adressée par écrit à l'autorité de conciliation. ² Aussitôt qu'il en est saisi, le président transmet la plainte au soignant concerné. Il réunit les membres de l'autorité et assigne les parties à comparaître, en les invitant à produire toutes les pièces dont elles entendent faire état. ³ L'autorité tente de concilier les parties. Elle prend à cet effet les informations nécessaires et procède à toutes investigations utiles. ⁴ Si la conciliation n'aboutit pas, l'autorité transmet le dossier au département avec son préavis.

Neuchâtel, ainsi que co-directrice de l'Institut de droit de la santé. L'ACMS est saisie par les patient-e-s sur plainte écrite. Dans la pratique, la plainte est en principe transmise pour observations au-à la professionnel-le ou à l'institution de soins visé-e par celle-ci ; puis, une audience est fixée. La démarche est gratuite. L'autorité de conciliation traite entre 2 et 10 cas selon les années. Ses moyens sont limités: présidence quasi bénévole payée à l'audience, secrétariat travaillant sur appel, absence de budget propre, pas de site Internet ni de bureau dédié.

Le cadre de l'ACMS n'a pas évolué depuis sa création. Or, les points pouvant donner lieu à divergence dans le vaste domaine de la santé sont nombreux. Certains aspects devraient être réexaminés, afin de clarifier l'organisation, le fonctionnement, le rôle et les compétences de l'ACMS, ainsi que son articulation avec d'autres intervenant-e-s et/ou processus en matière de gestion des plaintes et réclamations.

- **Localisation, ressources** : l'ACMS dispose d'une adresse pour la correspondance qui est gérée par un secrétariat que le SCSP effectue à titre occasionnel. L'ouverture et la gestion des dossiers sont assurées par celui-ci. Les audiences de conciliation ont lieu en principe dans des locaux mis à disposition par l'administration cantonale, généralement hors des horaires de travail usuels.
- **Objet du litige** : les droits dont la violation peut être portée devant l'ACMS sont définis aux articles 20 et suivants, m de la LS⁶. Dans la réalité, les requêtes ou plaintes adressées à l'ACMS par les patient-e-s ou client-e-s - sauf exception, sans l'aide ou l'intervention d'un mandataire -, contiennent toutes sortes de griefs qui ne peuvent pas toujours être d'emblée qualifiés sur le plan juridique ou qui dépassent le cadre de la LS (p. ex. demandes portant sur des problèmes non précisés, contestations d'honoraires, violation alléguée de règles de déontologie par des professionnel-le-s de santé non-membres d'une association professionnelle, mauvaise exécution du travail, problèmes de communication et d'information entre et avec les professionnel-le-s de la santé, etc.).
On pourrait s'interroger si l'introduction d'un tri en amont du traitement de la demande, qui est a priori nécessaire si l'on se place du point de vue purement juridique, est compatible avec l'idée d'offrir au-à la patient-e/client-e un espace de discussion et de conciliation qui semble aujourd'hui à la base de plusieurs démarches, parfois initiées sur conseils donnés par des professionnels aux patient-e-s/client-e-s.
- **Saisine** : l'ACMS ne peut être saisie que par les patient-e-s en cas de violation de leurs droits selon l'article 27, de la LS, alors que le chapitre 4 de cette même loi tend à régler les « relations entre patient-e-s et professionnel-le-s du domaine de la santé » et que l'article 22 confère aussi des devoirs aux patient-e-s, notamment vis-à-vis des professionnel-le-s du domaine de la santé (devoir de collaborer aux soins, notamment de renseigner et de contribuer au bon déroulement de son traitement en suivant les prescriptions données). Certaines situations ont montré que tant les patient-e-s que, parfois, les professionnel-le-s du domaine de la santé peuvent se sentir « victimes » d'une situation. Les patient-e-s ont des droits, mais également des devoirs dont la violation ne peut, par exemple, pas être portée devant l'ACMS.

Ainsi, la réglementation actuelle ne couvre pas l'ensemble des situations litigieuses. Dans les faits, l'ACMS a malgré tout traité de plaintes de patient-e-s, notamment suite aux sollicitations de certaines associations professionnelles ou du médecin cantonal (ex : plaintes concernant des professionnel-le-s non-membres d'une association faîtière). Elle a dans ce cas favorisé une discussion entre les personnes concernées.

- **Rôle et compétences** : ceux-ci devraient être (re)précisés, eu égard à l'expérience acquise depuis l'entrée en vigueur de la LS, mais également aux rôles assumés par d'autres instances. Il s'agit de distinguer entre un espace de conciliation mis en place dans le contexte d'un cadre légal défini et un espace de discussion et de médiation. Certaines associations professionnelles ou parfois le médecin cantonal invitent les personnes à s'adresser à l'ACMS pour des questions dépassant leur champ de compétence, mais aussi celui de l'ACMS. Il est donc nécessaire de clarifier ce qu'on attend aujourd'hui d'une ACMS : instruire, tenter la conciliation et, dans certains cas, dénoncer une situation au Conseil d'État par le biais d'un préavis ? Ou favoriser le règlement

⁶ Les droits visés par la LS sont pour l'essentiel le respect de la dignité humaine et le libre choix du soignant et de l'institution de soin (art. 21), le droit à l'information du patient sur son état de santé (art. 23), le droit du patient à l'information sur ses droits et obligations en institution (art. 24), le consentement éclairé (art. 25), l'accès au dossier (art. 26).

amiable, un espace de discussion, la compréhension et la place de la ou du patient-e et/ou professionnel-le quel que soit le contexte ?

- **Organisation** : la composition de l'ACMS mériterait d'être précisée, les médecins et patient-e-s étant les seul-e-s représentant-e-s officiel-le-s, ce qui contraint l'autorité à faire appel à un-e représentant-e d'autres professions au cas par cas⁷.
- **Audiences** : les questions de confidentialité des audiences de conciliation devraient être réglée dans la loi.

Au moment de l'adoption de la loi de santé de 1995, l'institution de l'autorité de conciliation pour traiter des droits reconnus aux patient-e-s n'avait guère suscité de débats. À l'époque, l'idée même d'une autorité de conciliation se voulait déjà moderne. Le développement d'autres modes de règlements amiables des différends impose aujourd'hui une nouvelle réflexion dans l'intérêt des patient-e-s, mais également celui des prestataires de soins.

Une autre difficulté constatée réside dans le fait que dans certaines situations, le-la professionnel-le impliqué-e ne peut pas ou ne veut pas s'exprimer librement et/ou venir personnellement à l'audience fixée (l'institution interviendra par le biais de son représentant juridique pour ses employé-e-s, le-la professionnel-le indépendant-e viendra seul-e ou avec un-e avocat-e). Enfin, le-la professionnel-le peut se voir conseiller, voire imposer le silence par son assurance protection juridique si le litige devait être porté ultérieurement devant la justice, notamment en cas de potentielle erreur médicale. Il y a donc une interférence entre une procédure purement juridique et une démarche de conciliation visant à trouver un accord entre les parties.

Des réflexions sont en cours pour adapter le cadre juridique de l'autorité de conciliation en matière de santé. Selon les remarques susmentionnées, il s'agit de redéfinir sa mission, son périmètre d'activité, clarifier les questions de confidentialité, revoir sa composition et lui attribuer un budget de fonctionnement.

4.2 Médecin cantonal

L'article 10 LS désigne le-la médecin cantonal-e comme autorité de surveillance des professionnel-le-s de la santé (exception faite des pharmaciens-ne-s et des droguistes, dont la pharmacienne cantonale assure la surveillance). Il lui incombe aussi de veiller au respect du droit des patient-e-s.

Le-la médecin cantonal recueille aussi les incidents concernant la centrale d'appels sanitaires urgents (CASU) 144 et la Centrale téléphonique de médecine de garde (CTMG) qui permet l'accès aux services de garde des médecins, médecins-dentistes et pharmacies. Il-elle traite aussi les demandes de déliement du secret professionnel (art. 63 LS). Par ce biais, il-elle peut aussi avoir connaissance de situations qui feront par la suite objet d'une plainte.

Le-la médecin cantonal reçoit par courrier ou par mail quelques dizaines de plaintes ou signalements par année. De multiples situations lui sont annoncées, qui peuvent être simples ou complexes, précises ou au contraire très vagues. Un important travail d'analyse et de tri est effectué.

Depuis 2023, le site de l'État offre la possibilité au public, sur la base d'une liste des situations les plus fréquentes, d'être orienté vers les instances les mieux à même d'apporter des solutions. Pour signaler une plainte au médecin cantonal, un formulaire en ligne⁸ permet de signaler d'une manière simple et rapide des griefs à l'encontre de prestataires de soins (avec une liste à cocher des griefs les plus fréquents relevant de son champ de compétence).

Dans la majorité des situations, il apparaît ainsi que les personnes sont réorientées – soit directement, soit par le médecin cantonal - vers d'autres instances, dont l'ACMS, la Commission de

⁷ Sur le plan pratique, exception faite des médecins et médecins-dentistes, la désignation d'un représentant-e professionnel-le-s au sein de l'ACMS s'avère parfois difficile (méconnaissance de l'ACMS, manque de connaissances professionnelles de ce qu'est la conciliation, etc.).

⁸ <https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/droits-patients/Pages/accueil.aspx>

déontologie ou la Commission des tarifs et intérêts professionnels de la SNM, la Commission de déontologie de la SSO-NE ou encore l'Institution ciblée par la plainte. Selon les cas, les Autorités judiciaires doivent être alertées si des infractions pénales sont suspectées.

Plus rarement, notamment en cas de suspicion de violation des devoirs professionnels, une procédure est ouverte et une instruction doit être diligentée qui peut durer plusieurs mois, voire s'adapter à l'agenda d'une procédure pénale conduite en parallèle. Il y a lieu de relever que, selon l'art. 61, al. 2 LS, les professionnel-le-s du domaine de la santé au sens de l'article 53 LS doivent garantir les droits du/de la patient-e. Cela fait partie des devoirs professionnels garantis par la LS à ses articles 61 et suivants.

Le-la médecin cantonal-e préside par ailleurs la Commission cantonale de contrôle psychiatrique dont la mission est de veiller au respect des droits des patient-e-s hospitalisé-e-s en psychiatrie⁹. Celle-ci est composée d'un représentant de la magistrature, d'un représentant des patient-e-s ainsi que du médecin cantonal et de leurs suppléant-e-s. Cette commission réalise chaque année 4 à 6 visites au CNP, annoncées ou non, auditionne les patient-e-s qui le souhaitent et vérifie la bonne tenue des dossiers en particulier concernant le respect du droit des patient-e-s.

Le SCSP est aussi en charge de la surveillance des institutions de soins¹⁰. Cette tâche est assumée sur le plan opérationnel par le médecin cantonal et son équipe. Concernant les établissements spécialisés (ES), notamment les EMS, la problématique des plaintes est rendue souvent particulière en raison de la perte de la capacité de discernement, des troubles de démence dont sont affecté-e-s de nombreux-ses résident-e-s et du fait de l'intervention fréquente des familles ou des représentant-e-s thérapeutiques (mélange parfois d'intérêts pour défendre le bien-être du ou de la résident-e et celui du ou de la représentant-e). Deux infirmier-ère-s spécialisé-e-s instruisent les plaintes adressées au médecin cantonal qui concernent des personnes en institution.

Les EMS sont soumis à des exigences légales et réglementaires en matière d'information et de documentation données aux résident-e-s et à leurs proches à l'entrée dans l'institution, ainsi qu'en ce qui concerne les modalités de prise en charge des résident-e-s et la gestion des plaintes et réclamations. Il y sera revenu dans le chapitre dédié aux EMS (chap. 3.6). Des vérifications des bonnes pratiques concernant le respect du droit des patient-e-s sont faites dans le cadre des visites du service de la santé publique réalisées dans les EMS.

4.3 RHNe

De manière générale, le règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), du 21 août 2002 (RSN 800.100.01¹¹), prescrit que les institutions doivent soumettre au département en charge de la santé leurs procédures internes de gestion des plaintes (art. 8), ce dont il faut déduire qu'elles doivent mettre en place et disposer de telles procédures, mais aussi informer les bénéficiaires sur leur droit à déposer plainte devant l'autorité de conciliation au sens de l'article 27, de la LS (art. 14).

Le RHNe a élaboré, par le biais d'une directive institutionnelle, un processus de gestion des doléances des patient-e-s ou de leurs proches.

Les réclamations (des patient-e-s, de leurs proches, des visiteurs, etc.) sont exclusivement gérées par le service juridique de l'institution qui, tout comme le service qualité, fait partie de l'état-major du RHNe et est directement rattaché à la direction.

⁹ *Commission cantonale de contrôle psychiatrique*

Article 37b, de la LS ¹Le Conseil d'État nomme au début de chaque période législative une commission cantonale de contrôle psychiatrique ayant pour mission de veiller au respect des droits des patient-e-s hospitalisés-es en psychiatrie.

²Le Conseil d'État fixe par voie de règlement la composition, le fonctionnement et les compétences de la commission ainsi que les modalités restreignant la liberté personnelle.

³Au surplus, la commission peut établir des directives.

¹⁰*Service de la santé publique*

Article 9, de la LS ¹Le service de la santé publique (ci-après : le service) est l'organe d'exécution du département.

²Il veille au maintien de la santé et de l'hygiène publiques ainsi qu'à un accès équitable aux soins. Il est chargé : c) du contrôle et de la surveillance des institutions de santé.

¹¹ [RSN 800.100.01](#)

Chaque année, le RHNe traite un peu plus de 150 dossiers portant sur des problématiques les plus diverses : communication, information, accessibilité, qualité des prestations hôtelières, disparitions ou détériorations d'objets personnels, facturation ou manquements au devoir de diligence des professionnel-le-s (erreurs médicales, par exemple).

Tous les dossiers sont gérés selon un processus bien établi, garantissant une gestion uniforme et une égalité de traitement. Les réclamations sans prétentions financières ou pour des prétentions inférieures à 5'000 francs sont de la seule compétence du service juridique, conformément aux dispositions internes applicables. Après enquête interne réalisée à la demande du service juridique par les cadres des unités, services ou départements concernés, une réponse détaillée, expressément validée par la direction et les cadres concernés, est adressée avec des explications concernant la prise en charge, l'organisation interne et la proposition d'un entretien si opportun, la mise en œuvre de mesures concrètes d'amélioration des prestations étant par ailleurs automatiquement engagée si nécessaire.

Lorsque les prétentions sont supérieures à 5'000 francs ou risquent de l'être, l'opportunité de déclarer le dossier à l'assureur RC du RHNe est évaluée ; une telle déclaration est alors réalisée avec l'accord du ou de la patient-e, respectivement de son-sa représentant-e autorisé-e, à qui il est proposé que la situation soit analysée en détail avec l'assureur RC.

Vu le dispositif mis en place par l'institution, l'intervention d'un-e mandataire professionnel-le ne s'avère pas nécessaire et aucun frais n'est perçu ; le RHNe instruit tous les dossiers de la même manière, selon les mêmes principes, dans une volonté de déterminer de la manière la plus objective possible si les prestations ont été réalisées de manière adéquate ou si elles auraient dû être effectuées différemment, en communiquant de manière transparente et ouverte avec les patient- e- s.

Si le RHNe n'a pas prévu de phases de médiation ou de conciliation au sens strict et formel de ces termes, il n'en demeure pas moins que ce qui a été mis en place par cet établissement poursuit des objectifs identiques. L'échange avec le-la patient-e, respectivement son-sa représentant-e, une instruction objective des dossiers, la communication d'un positionnement clair et détaillé doivent permettre aux patient-e-s de mieux saisir le sens et le but des démarches réalisées, l'organisation d'un entretien avec le personnel médico-soignant, lorsque cela s'avère utile, permettant dans la grande majorité des cas aux patient-e-s d'obtenir satisfaction.

Si tel n'est pas le cas, la loi sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents (loi sur la responsabilité, LResp, RSN 150.10), entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2021, est alors applicable et permet de faire valoir des prétentions financières à l'encontre de l'institution. Cette réglementation prévoit deux procédures différentes selon que les prétentions financières sont inférieures ou dépassent 30'000 francs.

Bien que l'entrée en vigueur de la nouvelle loi a engendré un surcroît de travail pour le RHNe et que celui-ci bénéficie d'une moins grande marge de manœuvre pour procéder à des négociations pour les cas inférieurs à 30'000 francs, le RHNe estime que les mesures et processus adoptés à l'interne ainsi que la nouvelle LResp sont très largement suffisants pour permettre aux patient-e-s, respectivement à leurs représentant-e-s autorisé-e-s, de solliciter des informations quant à leur prise en charge et de faire valoir leurs droits lorsqu'ils-elles estiment que la gestion de la plainte n'a pas été appropriée.

Pour le surplus, il y a lieu de relever qu'une *Politique relative à la communication d'un événement indésirable au ou à la patient-e ou à ses proches* existe au sein du RHNe depuis de nombreuses années, indépendamment de toute réclamation. Elle s'inscrit dans une volonté d'amélioration continue de la qualité clinique et de la sécurité des patient-e-s, telle qu'également définie dans la *Politique de sécurité des patient-e-s* adoptée par l'institution, et dans le cadre d'une gestion constructive et respectueuse des événements indésirables et des erreurs.

Les patient-e-s et/ou leurs proches sont ainsi informé-e-s en toute transparence et en détail sur le déroulement des faits liés à un événement indésirable ; un soutien leur est régulièrement proposé en cas de besoin.

Le service qualité analyse les incidents annoncés et agit en conséquence en prenant les mesures nécessaires afin que ce genre de situation ne se reproduise plus. Une directive institutionnelle relative à la gestion des incidents et des événements indésirables graves (EIG) a également été

adoptée depuis plusieurs années au sein du RHNe ; les buts poursuivis sont le signalement des incidents et des EIG dans une culture non punitive, le soutien au ou à la patient-e et une communication transparente de l'événement, le soutien aux collaborateur-trice-s impliqué-e-s, la préparation de l'institution pour faire face à une situation de crise et l'analyse de l'événement pour mettre en œuvre des mesures correctives et préventives.

4.4 CNP

Le CNP a pris en charge 8'000 patient-e-s et réalisé 125'000 consultations ambulatoires en 2023. Il assure par ailleurs la psychiatrie de liaison au sein de RHNe et dans diverses structures cantonales pour enfants et adolescent-e-s, dans les EMS et dans des cabinets de groupe. Il assure aussi les soins somatiques et psychiatriques dans les prisons neuchâteloises.

Comme relevé au chapitre 4.3 en lien avec le RHNe, le règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), du 21 août 2002, prescrit que les institutions, dont font partie le CNP, doivent soumettre au département en charge de la santé leurs procédures internes de gestion des plaintes (art. 8), ce dont il faut ici aussi déduire qu'elles doivent mettre en place et disposer de telles procédures, mais aussi informer les bénéficiaires sur leur droit à déposer plainte devant l'autorité de conciliation au sens de l'article 27, de la LS (art. 14).

C'est un dispositif qualité et non un service juridique qui fonctionne comme porte d'entrée des différentes plaintes et réclamations au sein du CNP.

La gestion des plaintes au sein du CNP intervient dans un premier temps au sein même de l'unité concernée par les équipes soignantes. En cas d'échec, le dossier remonte à la direction qui fait une analyse de la situation. En fonction des résultats, le cas est ensuite soit transmis au service juridique du CNP pour traitement, soit il fait l'objet d'une forme de conciliation menée par la directrice générale elle-même, dans le cadre de ce qui est appelé « bureau des relations patient-e-s ».

Le CNP et la psychiatrie dans son ensemble s'inscrivent dans un environnement particulier qui détermine l'approche globale de la réception des plaintes : ainsi, le CNP est soumis à la surveillance de la commission cantonale de contrôle psychiatrique (qui fait 6 visites annuelles, dont 2 inopinées). Le CNP doit également informer le médecin cantonal des mesures limitatives de liberté mises en place et fournir des données au niveau fédéral sur le nombre d'hospitalisations non volontaires et sur le résultat des enquêtes de satisfaction. Ainsi, la moitié des hospitalisations sont des placements à fin d'assistance (PAFA). La plupart des PAFA sont commués en hospitalisation volontaire après quelques jours.

Le recours aux mesures de contrainte fait, parfois, partie de la prise en charge en psychiatrie quand il n'y a aucune autre alternative possible. Dans les situations conflictuelles, la qualité du dialogue est très importante et une offre de rencontre et discussion est toujours favorisée à une approche juridique.

Le nombre de plaintes (environ 150 en 2023) est en augmentation, proportionnellement à la hausse du nombre de séjours, même si la durée de ceux-ci est en diminution. Elles émanent presque toutes du domaine hospitalier.

A ce propos, la commission cantonale de contrôle psychiatrique a pu observer depuis 2022, lors de ses visites, une augmentation de plaintes spontanées de patient-e-s hospitalisé-e-s, principalement en lien avec la fermeture d'ateliers occupationnels. Il faut relever à cet égard que la psychiatrie est en mue profonde ; comme les options stratégiques actuelles du CNP en font état, elle évolue d'une psychiatrie dite « asilaire », qui accueillait les patient-e-s dans la durée en institution, vers une psychiatrie dite « communautaire », qui privilégie le maintien de ces patient-e-s dans leur environnement, la communauté ainsi qu'une prise en charge ambulatoire ; elle les accueille de manière stationnaire majoritairement pour de courts séjours uniquement, lorsqu'ils-elles sont confronté-e-s à des situations de crise qui impliquent une prise en charge thérapeutique plus importante. Cette évolution est parfois perçue négativement par des patient-e-s hospitalisé-e-s et leurs proches, habitué-e-s à un cadre plus occupationnel que thérapeutique.

4.5 AROSS

Accueil Réseau Orientation Santé Social (AROSS) intègre la gestion des plaintes dans une politique visant à promouvoir une culture de l'erreur. La particularité d'AROSS réside dans la délivrance de services gratuits (et non de soins) à ses bénéficiaires ainsi qu'aux professionnel-le-s du réseau socio-sanitaire. Grâce à ses prestations d'entretien et d'orientation, AROSS intervient au domicile de ses bénéficiaires et peut se retrouver confronté à des situations difficiles et conflictuelles et/ou dans un contexte de précarité sociale.

Les réclamations peuvent provenir des bénéficiaires eux-mêmes, de leurs proches ou de professionnel-le-s. La gestion des plaintes s'effectue au plus près des personnes concernées du réseau. AROSS rassemble ainsi tous les acteur-trice-s concerné-e-s afin de collaborer à la recherche de la meilleure solution.

Les situations complexes, qui impliquent souvent l'ensemble des partenaires du réseau, sont référées au service de la santé publique.

Compte tenu de la récente création de l'établissement autonome de droit public, il est encore trop tôt pour tirer un premier bilan de cette approche. Jusqu'à ce jour toutes les réclamations ont pu être gérées par AROSS et aucune plainte formelle à l'encontre de ses activités n'a été adressée aux autorités sanitaires.

4.6 NOMAD

Neuchâtel organise le maintien à domicile (NOMAD) est lui aussi soumis au règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI) et doit soumettre au département en charge de la santé sa procédure interne de gestion des plaintes (art. 8) et informer ses bénéficiaires de leur droit à déposer plainte.

NOMAD s'inscrit comme le RHNe et le CNP, dans sa gestion des plaintes, dans une politique de la culture de l'erreur. La spécificité de NOMAD est de faire intervenir son personnel soignant au domicile des patient-e-s. Il ne dispose pas de service juridique. Une centaine d'éléments indésirables sont répertoriés chaque année par les client-e-s de NOMAD. À relever que les plaintes peuvent émaner tant des patient-e-s que des professionnel-le-s sur le terrain. La volonté est de traiter les problèmes au plus proche des personnes concernées. Les éléments indésirables peuvent être formulés par écrit ou par oral. Les problèmes rencontrés sont le plus souvent liés à la continuité des soins ; ils peuvent être soit d'ordre informationnel, soit d'ordre relationnel, soit résulter de différence d'approche en termes de prise en charge (décalage entre offre et demande). Le moyen privilégié pour les traiter consiste en l'organisation de séances de réseaux visant à mettre les protagonistes autour de la table pour échanger et trouver ensemble une solution satisfaisante.

Le droit d'être entendu est respecté dans tous les cas. Les situations graves sont souvent le résultat de problèmes relationnels complexes. La voie juridique ordinaire répond aux situations qui restent en échec.

L'augmentation de la proportion de client-e-s dans des situations de précarité sociale ou psychosociale renforce les risques de malentendus et de conflits. Depuis 2019, plusieurs cas ont conduit à devoir organiser soit des réseaux, soit des processus de négociation longs et souvent difficiles, parfois avec l'intervention de médiateur-trice-s externes.

À deux reprises ces dernières années, NOMAD a été l'objet d'une dénonciation à la justice. Les deux dénonciations ont été écartées par les instances compétentes.

4.7 Établissements spécialisés (ES), notamment EMS

Les institutions au sens de la loi de santé dont font partie les ES sont soumises elles aussi au RASI en matière de gestion des plaintes. Suite à une révision du chapitre qui les concerne intervenue fin 2022, le RASI prescrit plus spécifiquement à ses articles 32 et 32a que les ES qui requièrent une autorisation d'exploiter doivent transmettre au SCSP un concept d'exploitation (art. 7, let. c) comprenant notamment un projet institutionnel (let. A), lequel doit contenir un concept de gestion des plaintes et des réclamations.

À relever que l'Association Neuchâteloise des Établissements et Maisons pour Personnes Âgées (ANEMPA) a développé un projet d'espace d'écoute et de médiation médico-sociale susceptible d'être actionné par toute personne directement ou indirectement concernée par une problématique impliquant un-e résident-e en EMS ou un-e bénéficiaire en foyer de jour. Les modalités d'une prochaine mise en œuvre ont été discutées avec le SCSP, en lien avec le positionnement de ce dispositif dans le respect du principe d'indépendance et en lien avec une contribution financière pour son lancement et son exploitation en tant que projet-pilote.

4.8 SNM

La SNM compte en 2024 quelques 545 membres enregistré-e-s, soit une très grande partie des médecins du canton.

Trois commissions peuvent être saisies par les patient-e-s en cas de litige avec un-e médecin membre de la SNM, selon la nature de celui-ci :

1. La Commission des tarifs et des intérêts professionnels (CIP) pour les contestations de notes d'honoraires ;
2. La Commission de la garde qui organise la garde et accueille les éventuelles plaintes contre des médecins de garde ;
3. La Commission de déontologie (CD) qui veille au respect des statuts de la SNM et de la FMH (Fédération des médecins suisses), du code de déontologie de la FMH et ses annexes, ainsi que des décisions et règlements internes à la SNM.

Le présent rapport porte principalement sur la troisième commission citée.

La CD peut être saisie principalement par un-e patient-e, un-e médecin ou une institution de soins. Elle se saisit d'office d'une situation lorsqu'elle a connaissance d'une violation des règles de déontologie pour autant que l'identité du médecin soit connue.

L'activité de la CD a toujours été gratuite pour les patient-e-s ces dernières années. La plainte devrait en principe être formulée par écrit, sans que cela ne soit une exigence formelle de la commission. Une proposition de tenue d'une séance de conciliation est, depuis quelques années, très souvent proposée lorsqu'il s'agit d'un cas né d'un litige entre un-e patient-e et son médecin. Dans ce cas, les avocat-e-s ne sont pas admis-e-s et le procès-verbal ne contient pas le contenu des discussions mais uniquement l'issue de celles-ci.

Si la conciliation n'aboutit pas à un accord ou si l'une des parties ne souhaite pas participer à une séance de conciliation, la CD poursuit son instruction et rend une décision (sanction ou classement), celle-ci étant sujette à un possible recours auprès de la Commission de déontologie de la FMH. Les sanctions peuvent aller du blâme à l'exclusion.

Il y a moins de 10 procédures par année. Un peu plus d'une dizaine de sanctions ont été prises pour la violation de règles déontologiques ces cinq dernières années par la CD.

Le champ d'activité de la CD de la SNM connaît quelques limites. Seul-e-s les médecins membres de la SNM peuvent faire l'objet d'une procédure auprès de la CD et celle-ci ne traite pas des erreurs médicales. La CD ne peut pas se prononcer en cas de non-levée du secret médical et n'a pas connaissance, sauf dénonciation, des procédures administratives ou pénales ouvertes contre des membres de la SNM.

4.9 SSO-NE

La société neuchâteloise des médecins-dentistes (SSO-NE) compte près de 70 membres, ce qui représente le 75 % de l'ensemble des médecins-dentistes en activité.

Elle dispose d'une Commission de déontologie (CD) composée de 12 membres élus en assemblée générale pour trois ans.

Les patient-e-s peuvent solliciter la CD par un formulaire de requête. Lorsque tel est le cas, ils-elles reçoivent un règlement décrivant la procédure et doivent donner leur accord pour la levée du secret professionnel. Une proposition de conciliation est faite après analyse du dossier. Si celle-ci est

refusée, les parties choisissent chacune un-e expert-e et une avance à hauteur de 500 francs leur est demandée. Leur décision conjointe est contraignante pour les membres de la SSO-NE. L'avance de 500 francs peut être restituée selon les résultats de l'expertise.

25 à 30 sollicitations par année sont formulées en moyenne, dont la moitié concerne des médecins-dentistes non-membres de la SSO-NE. Pour ces sollicitations, la CD n'a pas la légitimité pour intervenir et les cas sont alors adressés à l'autorité de surveillance des médecins-dentistes, en l'occurrence le médecin cantonal.

4.10 SAVI

Les centres LAVI ont été créés conformément à la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI), du 23 mars 2007 (RS 312.5)¹². Un centre de consultation LAVI est à disposition dans chaque canton.

Le SAVI, service d'aide aux victimes, du Canton de Neuchâtel est rattaché à la Fondation neuchâteloise pour la coordination de l'action sociale (FAS). Il est au bénéfice d'un contrat de prestations délivré par l'État et agit sur délégation du service de l'action sociale. L'équipe se composait en 2023 de 7,7 EPT d'intervenant-e-s. Ces centres de consultation sont à disposition des personnes victimes d'infractions portant atteinte à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle. Ils sont chargés :

- d'apporter les informations nécessaires sur les différentes formes d'aide qui peuvent être fournies et les moyens de les obtenir ;
- de fournir l'aide immédiate indispensable ;
- d'assurer ensuite toute l'aide médicale, psychologique, sociale, matérielle et juridique dont les victimes ont besoin, soit par eux-mêmes, soit en recourant aux organismes publics ou privés désignés ou reconnus.

En 2023, 11 nouvelles demandes en lien avec une possible erreur médicale ont été déposées au SAVI. Sur l'ensemble des dossiers ouverts en 2023, seul 1,71 % avait trait à de possibles erreurs médicales susceptibles de constituer des infractions pénales.

4.11 Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH

La Fédération des médecins suisses (FMH) tient un Bureau d'expertises extrajudiciaires. Ce dernier mandate un-e ou plusieurs expert-e-s à la demande d'un-e patient-e ayant été traité-e en Suisse, pour déterminer si, dans le cas concret, un-e médecin exerçant en pratique privée ou à l'hôpital a commis une violation des règles de l'art qui a entraîné un dommage à la santé. Les expert-e-s sont proposé-e-s par la société de discipline médicale concernée, ce qui permet de trouver des expert-e-s indépendant-e-s et compétent-e-s. Les assurances de responsabilité civile des médecins ou des hôpitaux prennent en charge les honoraires des expert-es, le-la patient-e devant s'acquitter d'une taxe administrative de 1'000 francs.

Ce bureau est un instrument utile et efficace pour les patient-e-s et pour les médecins. Il permet aux patient-e-s de faire éclaircir, à des coûts proportionnés et raisonnables, la question de savoir s'ils-elles ont été victimes (ou non) d'une faute médicale et il donne une base fiable aux médecins, respectivement à leur assurance RC pour régler le litige de manière extrajudiciaire.

Le Bureau d'expertises extrajudiciaires de la Fédération des médecins suisses (FMH) n'est pas compétent pour tous les litiges. Pour qu'il organise une expertise, il faut notamment que le-la patient-e ait subi une atteinte à sa santé et qu'aucun accord n'ait été trouvé entre les parties. Si le dommage invoqué est d'ordre purement esthétique, le bureau n'entre pas en matière sur le cas. De même, il ne traite pas des dossiers suite à une décision émanant d'un tribunal relative à la question de la violation des règles de l'art ni ceux qui font l'objet d'une procédure en cours.

En 2023, le Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH a procédé à l'établissement de 50 expertises pour toute la Suisse (21 pour la Suisse romande). Les expert-e-s sont arrivé-e-s à la conclusion de l'existence d'une violation du devoir de diligence avérée dans 21 cas (6 en Suisse

¹² [RS 312.5](#)

romande)¹³. Dans 28 cas (14 en Suisse romande), les expert-e-s n'ont pas constaté l'existence d'une violation du devoir de diligence.

4.12 Synthèse : rôles, compétences et fondements juridiques

Médiation - Conciliation / Analyse de la situation		
Qui	Fait quoi	Fondements juridiques
Autorité de conciliation (ACMS)	- Instruit les plaintes - Tente une conciliation - Transmet, si nécessaire, un préavis au département en cas d'échec de la conciliation	Art. 27 de la Loi de santé (LS) du 6 février 1995
		Articles 3 et 4 du Règlement provisoire d'exécution du 31 janvier 1996
SCSP	- Contrôle et surveille des institutions de santé	Article 9, de la LS
Médecin cantonal-e	- Contrôle et surveille l'exercice des professions médicales - - Contrôle le respect des droits du ou de la patient- e	Articles. 10, 35b, 37b LS, 39 LS et son règlement provisoire d'exécution du 31 janvier 1996
SNM - Commission de déontologie	- Surveille le respect du code de déontologie FMH et de ses annexes, ainsi que des statuts des règlements internes de la FMH et de la SNM	Code de déontologie FMH et ses annexes, décisions et règlements internes à la SNM.
SNM - Commission des tarifs et des intérêts professionnel-le-s	- Instruit les contestations de notes d'honoraires	Règlements internes à la SNM
SNM - Commission de la garde	- Instruit les plaintes liées aux gardes médicales	Règlements internes à la SNM
SSO-NE Commission de déontologie	- Instruit les contestations de notes d'honoraire, surveille le respect du code de déontologie, des statuts et des règlements internes de la SSO-NE	Code de déontologie, statuts, règlements interne à la SSO (-NE)
RHNe (service juridique)	- Gère les incidents et plaintes qui concernent l'institution	Articles 6 et 14 Une directive institutionnelle relative à la gestion des incidents et des événements indésirables graves (EIG)
CNP	- Gère les incidents et plaintes qui concernent l'institution	Art. 6 et 14 RASI Soumis par ailleurs à la surveillance de la commission de contrôle psychiatrique (Art. 37b, de la LS)
NOMAD	- Gère les incidents et plaintes qui concernent l'institution	Art 6 et 14 RASI Procédure interne pour plaintes et voies de recours
Bureau d'expertises extrajudiciaires FMH	- Enregistre et analyse les problématiques d'erreurs médicales	Règlement du Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH

¹³ Le Bureau ne fournit pas de chiffres par canton. A relever que même s'ils existaient, ils ne seraient certainement pas très représentatifs s'agissant du canton de Neuchâtel au vu du faible nombre d'expertises réalisées sur le plan national et de la taille du Canton de Neuchâtel.

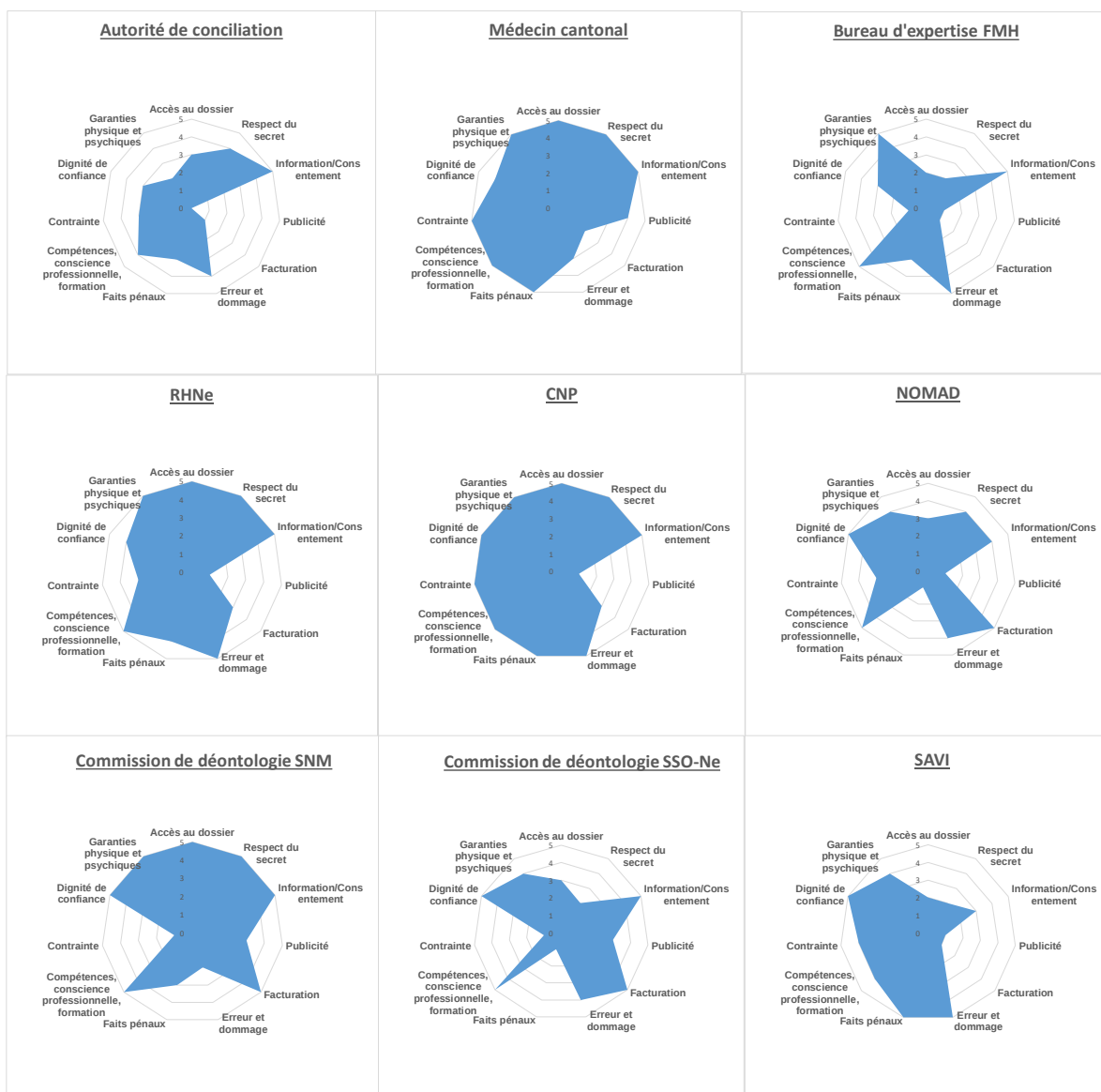
SAVI	- Accueille les plaintes liées à une atteinte à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle - Conseille et oriente dans le dispositif médical, social et juridique	LAVI
------	--	----------------------

4.13 Objets principaux des plaintes et réclamations

Les plaintes de patient-e-s à l'encontre des professionnel-le-s de santé devant les instances précitées portent principalement sur les objets suivants.

Objets des plaintes	Description
Accès au dossier	Le-la professionnel-le de santé refuse de transmettre son dossier médical au ou à la patient-e qui le lui demande
Respect du secret	Le-la professionnel-le de santé ne respecte pas le secret professionnel auquel il-elle est tenu-e à l'égard du ou de la patient-e
Information/Consentement	Le-la patient-e constate a posteriori qu'il n'a pas correctement été informé-e sur le traitement dont il-elle a fait l'objet et ses conséquences et/ou que son consentement ne lui a pas été demandé
Facturation	La facture d'un-e professionnel-le de santé pour une consultation/un traitement est contestée
Erreur professionnelle (violation des règles de l'art)	Un-e professionnel-le de santé est soupçonné-e d'avoir commis une erreur professionnelle (violation des règles de l'art) ayant ou non entraîné un dommage
Compétences, conscience professionnelle, formation	Les compétences (soignantes, linguistiques), la supposée formation ou la conscience professionnelle d'un-e professionnel-le de santé sont remises en question
Contrainte	Des mesures de contrainte ont été appliquées sans respecter le droit par un-e professionnel-le de santé à l'encontre d'un-e patient-e
Dignité de confiance	Un-e soignant-e a un comportement indigne de l'exercice de sa profession
Garanties physiques et psychiques	Le-la professionnel-le de santé ne présente pas les garanties physiques et psychiques permettant un exercice irréprochable de la profession (addictions, autres maladies)

Quantifiées sur une échelle allant de 1 à 5, les compétences des différentes instances pour traiter les différents objets mentionnés ci-avant peuvent être représentés de manière graphique tel que présenté en page suivante.



4.14 Évaluation de la volumétrie

Il n'existe pas de rapport annuel global permettant d'avoir une vue d'ensemble des différentes plaintes formulées dans le domaine de la santé. Ni l'ACMS, ni le-la médecin-cantonal-e n'établissent de rapport annuel systématique ayant trait à la gestion des plaintes. Les rapports annuels du RHNe, du CNP et de NOMAD ne mentionnent pas leur activité de gestion des plaintes. La SNM et la SSO- NE établissent un rapport annuel à l'attention de leurs membres, qui fait état de l'activité de leurs commissions. Enfin, le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH établit un rapport annuel agrégé par région (la Suisse romande pour Neuchâtel).

Les chiffres approximatifs retenus sur la base du compte-rendu de la table ronde de 2019 étaient les suivants pour l'année 2018 :

Organisations concernées	Nb plaintes totales, y compris non sanitaires	Nb plaintes dans le domaine sanitaire
ACMS		< 10
Médecin cantonal-e	50	< 10 ¹⁴
RHNe	135	110
CNP	< 100	50
NOMAD	300	100
SNM		< 10
SSP-NE		25-30
SAVI		< 3
Total indicatif	< 485	< 320
Bureau d'expertises extrajudiciaires FMH		11 ¹⁵ pour la CH romande

5. Situation de la médiation sanitaire dans d'autres cantons romands

5.1 Jura

Le Jura dispose d'une loi sanitaire, d'une loi spécifique sur le droit des patient-e-s ainsi qu'une ordonnance concernant les droits des patient-e-s.

La loi sanitaire prévoit :

- à son art. 24a que « *Le Gouvernement nomme un médiateur auquel les patients peuvent s'adresser pour se plaindre d'une violation des droits qui leur sont reconnus dans la présente section ou lui soumettre un litige relatif à ces droits les opposant à un établissement hospitalier ou médico-social* ».
 - à son art. 28c que « *¹Afin d'assurer le respect des dispositions légales relatives aux droits des patients, le Gouvernement nomme une commission ayant pour mandat de surveiller, sous cet angle, les établissements hospitaliers et médico-sociaux. Les tâches de la commission sont notamment les suivantes :*
 - a) *émettre des directives et des instructions et, sur demande, prodiguer des conseils ;*
 - b) *veiller au respect des règles d'éthique médicale et des soins dans les établissements ;*
 - c) *instruire et statuer sur les cas de violation des dispositions des droits des patients dont elle prend connaissance par elle-même ou qui lui sont dénoncés sur plainte ; demeure réservée la compétence de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte de statuer sur les plaintes relatives aux mesures de contrainte ;*
 - d) *procéder à des inspections et à des contrôles destinés à assurer le respect des dispositions générales relatives aux droits des patients.*
- ² *Lorsqu'elle statue au sens de l'alinéa 1, lettre c, la commission constate l'existence ou l'inexistence d'une violation des dispositions légales conférant des droits au patient et propose aux autorités compétentes les mesures utiles propres à éviter de nouvelles infractions à ces dispositions. »*
- Le médiateur nommé conformément à l'article 24a est membre de cette commission, avec voix consultative.
- à son article 28d que : « *toute personne séjournant en établissement hospitalier ou médico-social, son représentant légal ou thérapeutique ou ses proches peuvent s'adresser au médiateur ou déposer une plainte auprès de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte ou de la commission de surveillance des droits des patients.* »

L'ordonnance concernant les droits du-de la patient-e fixe le détail de la procédure de médiation, le rôle du-de la médiateur-trice et son statut, dans sa section 2.

Si un-e patient-e saisit la commission de surveillance des droits des patient-e-s, la commission s'assure que la possibilité d'une médiation est connue. Ainsi, l'ordonnance prescrit à son article 17 que « *À titre préalable, le président de la commission de surveillance des droits des patients examine si la plainte a été précédée d'une procédure de médiation. Si tel n'est pas le cas, il informe*

¹⁴ Il faut distinguer des signalements qui peuvent émaner de proches de patient-e-s, des griefs variés et des plaintes formelles. Début 2024, le-la médecin cantonal-e menait une dizaine de procédures disciplinaires formelles dont certaines peuvent durer plusieurs années.

¹⁵ Il s'agit des chiffres pour la Suisse romande. La situation pour le Canton de Neuchâtel n'est pas connue.

le plaignant de cette possibilité et l'invite à se déterminer à ce sujet (al. 1). Si la plaignant accepte la voie de la médiation, la plainte est transmise au médiateur. »

5.2 Fribourg

La loi fribourgeoise de santé prévoit, en son article 17, l'institution d'une commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patient-e-s (abrégée Commission de surveillance) qui doit désigner en son sein un ou plusieurs médiateurs chargés de concilier les parties.

L'art. 127d, de la loi de santé prescrit que « ¹La Commission de surveillance peut proposer aux parties que leur litige soit soumis au médiateur ou à la médiatrice. Si une des parties s'y refuse, la Commission de surveillance se saisit de l'affaire.

²La Commission de surveillance fixe les conditions et la procédure de la médiation. »

Selon le rapport d'activité de 2019 de la direction de la santé et des affaires sociales¹⁶, 4 des 21 plaintes et/ou dénonciations portées devant la Commission de surveillance ont été réglées par conciliation des parties en litige, sous l'égide des médiatrices de cette commission. Le rapport d'activités de 2020¹⁷ relate 4 résolutions de plaintes par la conciliation des parties en litige, sous l'égide des médiatrices de cette commission sur 12 traitées. Les rapports suivants ne font pas mention de liquidation des plaintes par conciliation.

5.3 Vaud

Le Canton de Vaud dispose d'un bureau de médiation sanitaire et social indépendant (BCMSS) employant des médiateur-trice-s formé-e-s¹⁸. Il traite des plaintes relatives à une violation des droits des patient-e-s et résident-e-s séjournant en établissements sanitaires et socio-éducatifs.

La médiation est gratuite et la discrétion est garantie. Les médiateur-trice-s y travaillant exercent leur fonction en totale indépendance vis-à-vis des parties en présence ainsi que des autorités sanitaires. Les médiateur-trice-s ne dispensent pas de conseil juridique.

Le BCMSS opère une permanence téléphonique qui assure une écoute, une identification des besoins de la personne et un travail d'information. Lorsque le niveau de conflit n'est pas élevé et que les personnes n'ont pas pu aborder avec le-la professionnel-le des aspects élémentaires de leur projet de soin ou d'accompagnement tels que l'état de santé, une demande de dossier médical ou d'informations sur une facture, le bureau de médiation les renseigne sur leurs droits et les invite à s'adresser directement aux professionnel-le-s concerné-e-s dans le but de les rendre autonomes dans leur droit à l'information. Si la personne suspecte une faute professionnelle dans l'exercice de l'art médical, elle est réorientée auprès d'un conseil juridique afin qu'elle puisse choisir quelle stratégie elle entend mener pour faire valoir ses droits. Après cet avis, le BCMSS reste à disposition pour mener une médiation, si besoin. Lorsque les doléances concernent des faits graves qui mettent en péril la qualité des prestations ou la déontologie des prestataires de soin ou encore des problèmes éthiques portant atteinte à la dignité, au bien-être et à la sécurité des personnes, les personnes sont orientées auprès des organes de surveillance du canton. Si le-la professionnel-le mis-e en cause est membre d'une association qui prévoit de la médiation ou qu'un établissement a mis en place une structure interne de médiation, il est proposé aux personnes de s'adresser en premier lieu à ces instances de médiation (Médiation de la Société Vaudoise de Médecine ou de la Société Vaudoise des Médecins Dentistes, Espace médiation du CHUV¹⁹, Espace médiation de l'Hôpital Riviera Chablais, ...).

Le rapport annuel d'activité 2023 du BCMSS²⁰ fait état de l'évolution suivante du nombre de doléances qui lui ont été adressés :

¹⁶ https://www.fr.ch/sites/default/files/2020-04/fr_rqc_dsas_rapport_dactivite_2019_2.pdf

¹⁷ <https://www.fr.ch/sites/default/files/2021-06/rapport-d-activite-2020-direction-de-la-sante-et-des-affaires-sociales-dsas.pdf>

¹⁸ <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/patients-et-residents-droits-et-qualite-de-soins/plaintes-pour-patients-et-residents-droits-des-patients/bureau-cantonal-de-mediation-sante-et-social>

¹⁹ https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/chuv/documents/EMP_Rapport-annuel_2023.pdf

²⁰ https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/sq-dsas/fichiers_pdf/Rapport_act BCMSS 2023.pdf

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Doléances	234	232	248	286	252	227

L'évolution du nombre de médiations traitées par le BCMSS entre 2018 et 2023 a, quant à elle, été la suivante :

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Médiation	48	54	55	65	74	80

Par extrapolation, le nombre de plaintes qui pourrait devoir être prise en charge par un bureau de médiation sanitaire dans le Canton de Neuchâtel serait d'un peu plus de 50 par année. Une médiation concernerait seulement une vingtaine de dossiers par année.

Le CHUV dispose de son bureau de médiation propre. L'Espace patients & proches a reçu 539 sollicitations en 2023.

5.4 Genève

Le Canton de Genève dispose d'une loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits du patients (LComPS) qui institue ladite commission, en définit les tâches et le fonctionnement²¹. Son rôle est de veiller au respect des dispositions légales régissant les professions de la santé et les institutions de santé visées par la loi genevoise sur la santé. Elle est également chargée de veiller au respect du droit des patient-e-s. Elle accomplit ces tâches en toute indépendance, dans le cadre de procédures dites disciplinaires.

Les plaintes doivent être transmises par écrit à cette commission. La procédure est gratuite. L'article 16, de la LComPS prévoit la possibilité pour cette commission de proposer aux parties une médiation et en définit le fonctionnement : «¹Dans les affaires ne présentant pas un intérêt public prépondérant justifiant d'emblée une instruction, le bureau propose aux parties de résoudre à l'amiable leur litige grâce au concours d'un médiateur figurant sur la liste des médiateurs agréés par le Conseil d'Etat.

²Les sous-commissions visées à l'article 17 peuvent également, en cours d'instruction, proposer une médiation aux parties.

³Lorsque la médiation est proposée par le bureau, le médiateur communique au mis en cause copie de la plainte. Dans tous les cas, il convoque les parties qui sont tenues de comparaître personnellement. Il les informe qu'elles ont un délai de 3 mois pour négocier un protocole d'accord.

⁴En cas d'accord, les parties signent un protocole qui en atteste, lequel est communiqué pour information au bureau ou à la sous-commission précédemment chargée de l'instruction. Dans le cas contraire, le médiateur informe le bureau ou la sous-commission de l'échec de la médiation.

⁵Le médiateur est tenu de garder le secret sur les faits dont il a acquis la connaissance dans l'exercice de la médiation. Quelle que soit l'issue de celle-ci, aucune des parties ne peut se prévaloir de ce qui a été déclaré devant le médiateur. Les autorités judiciaires et administratives ne sont pas autorisées à ordonner l'apport de son dossier. »

Selon le rapport d'activité 2022²², 69 plaintes et dénonciations ont été reçues cette année-là, dont seules 6 ont débouché sur une médiation. Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) disposent également d'un espace de médiation. 500 à 700 cas sont traités par année²³.

²¹ https://silgeneve.ch/legis/data/RSG/rsg_k3_03.htm

²² <https://www.ge.ch/document/34407/telecharger>

²³ <https://www.hug.ch/rapport-qualite/espace-mediation-retablir-dialogue>

5.5 Valais

Un organe indépendant de l'administration, appelé Ombudsman, crée il y a quelques années par le Conseil d'État valaisan, recueille les préoccupations, les plaintes ou les signalements de dysfonctionnement touchant au domaine de la santé et du social par la population valaisanne²⁴. Il conseille et oriente les patient-e-s mécontent-e-s de leur prise en charge médicale. L'ombudsman examine également les signalements transmis par le personnel des institutions sociales et sanitaires ainsi que par les lanceur-cuse-s d'alertes. Il existe indépendamment des voies de recours pénales, civiles et administratives et intervient avant que ces voies ne soient utilisées. L'ombudsman de la santé et des institutions sociales vise à combler un vide juridique dans le système actuel de médiation. En effet, si le personnel des institutions sanitaires et sociales n'était pas entendu par sa hiérarchie, il n'avait jusqu'ici pas d'organe vers lequel se tourner en dernier recours pour signaler des dysfonctionnements, de la maltraitance ou d'autres comportements inadéquats observés dans leur établissement.

Lorsque l'ombudsman intervient comme médiateur, le processus de médiation se déroule en deux étapes. L'ombudsman convoque, dans un premier temps, chaque partie à une séance individuelle et confidentielle puis, si les deux parties acceptent de poursuivre la médiation, il les convoque ensemble et les aide à trouver une solution mutuellement acceptable à leur différend. Lors de ce processus de médiation, les parties ne peuvent pas être assistées d'un-e avocat-e mais peuvent être accompagnées par un-e proche. Chaque partie peut mettre librement un terme, en tout temps, à la procédure de médiation. La médiation est gratuite pour les deux parties.

Le rapport d'activités ²⁵de l'ombudsman de la santé et des institutions sociales pour l'année 2023 mentionne le traitement de 110 dossiers sur une année. Il précise ceci : « Tout comme pour l'année 2022, des processus de médiation ont été systématiquement proposés si le cas s'y prêtait. Le processus interne de médiation de l'Ombudsman n'a pour sa part pas eu à intervenir ».

Par ailleurs, la société médicale du Valais a mis en place un bureau de médiation en 2017²⁶. Il s'agit d'une instance autonome et neutre de traitement des conflits entre médecins et patient-e-s ou entre confrères-consoeurs de la société.

6. Analyse globale de la pertinence d'un projet de bureau de médiation sanitaire dans le canton de Neuchâtel

Il ressort de l'analyse menée qu'entre 200 et 250 plaintes et litiges dans le domaine sanitaire sont traités dans le canton chaque année par les différentes instances existantes.

Le rapport met en avant le fait que toutes les formes de plaintes exprimées par les patient-e-s peuvent trouver un-e destinataire compétent-e dans le canton pour les traiter. Il n'y a pas de domaine de plainte qui ne soit couvert par l'une ou l'autre instance déjà existante et qui ne puisse être traité par une autorité disposant d'une grande indépendance.

L'offre et les compétences en conciliation et en médiation se sont développées ces dernières années dans le canton au sein de ces différentes instances.

Ainsi, le nouveau président de l'autorité de conciliation en matière de santé, comme c'était déjà le cas de sa prédécesseure, outre le fait d'avoir été membre pendant longtemps d'une autorité de conciliation en matière de santé, est également au bénéfice d'une formation spécialisée en médiation. C'est également le cas de plusieurs personnes exerçant au sein d'autres instances.

La culture du dialogue est fortement développée et la recherche d'une conciliation, ainsi que d'une médiation au sens large, est très largement proposée tant par le RHNe, le CNP, NOMAD, les EMS que les commissions de déontologie des associations de professionnel-le-s de la santé lors de réception de plaintes.

²⁴ <https://www.ombudsman-vs.ch/>

²⁵ <https://www.vs.ch/documents/8841577/8881879/Rapport+d%27activit%C3%A9+Ombudsman+2023.pdf/9325a6dd-dcea-a760-2530-729c545ce56e?t=1707723337139&v=1.0>

²⁶ <https://www.smvs.ch/fr/Infos-patients/Services-de-la-SMVS/Mediation-Deontologie/>

En résumé, la couverture des besoins en termes de gestion des plaintes donne globalement satisfaction.

La création d'un bureau de médiation sanitaire indépendant ne comblerait à cet égard pas un vide particulier en matière de respect du droit des patient-e-s.

Par ailleurs, la mise en œuvre d'un bureau de médiation sanitaire indépendant impliquerait un important travail juridique (à priori, la création d'une loi ad hoc ou une modification de la loi de santé, accompagnée vraisemblablement d'un arrêté d'application), un long processus parlementaire et l'engagement de ressources financières non négligeables.

Les avantages supposés d'un bureau de médiation sanitaire, repris ci-dessous un par un, ne paraissent pour le surplus pas déterminants par rapport aux fonctionnements actuels des instances de gestion des plaintes et réclamations au sens large déjà en place, notamment pour les raisons suivantes.

Impartialité

L'impartialité dans la gestion d'une plainte n'est pas le propre d'un bureau de médiation sanitaire. Dans les cas de figure où un problème de partialité se poserait, la partie plaignante a déjà aujourd'hui l'entière liberté de solliciter une autre instance (autorité de conciliation en matière de santé ou médecin cantonal par exemple). Un bureau de médiation n'apporterait pas de plus-value sur ce plan-là.

Indépendance

Un bureau de médiation sanitaire « indépendant », tel que souhaité dans le postulat, ne pourrait pas se prévaloir d'une indépendance supérieure tant à celle de l'ACMS qu'à celle du médecin cantonal comme autorité de surveillance des professions de la santé et autorité de contrôle du respect des droits des patient-e-s.

Gratuité

Exceptée la sollicitation du Bureau d'expertise extrajudiciaire de la FMH qui coûte 1000 francs pour une entrée en matière, la saisie des différentes instances mentionnées ci-dessus est déjà gratuite.

Confidentialité

De même que pour l'impartialité, la confidentialité n'est pas le propre d'un bureau de médiation sanitaire. Le respect de la confidentialité est une condition importante de prise en charge de toute plainte par toutes les instances concernées. Un bureau de médiation n'apporterait pas de plus-value spécifique en la matière.

Coûts supplémentaires

La mise en place d'un bureau de médiation sanitaire indépendant, en plus de l'ACMS déjà en place, est de nature à occasionner des coûts d'infrastructures et de personnel potentiellement non négligeables à charge du canton. Même s'ils n'ont pas été évalués, ils pourront sans doute paraître disproportionnés par rapport à l'usage qui en sera fait au regard de l'analyse menée de la situation actuelle.

Démarche « volontaire »

Toute médiation repose sur une participation volontaire des deux parties. Dans les faits, seule une minorité des plaintes traitées dans le canton remplit cette condition.

Risques en termes de délais de prescription

Le processus de médiation ne suspend pas les délais de prescription pour faire valoir ses droits éventuellement en justice, ce qui peut poser problème en cas d'échec de tentative d'une médiation qui aurait duré plusieurs mois.

7. Pistes d'amélioration

L'analyse globale à laquelle il a été procédé a cependant mis en lumière deux points pour lesquels des améliorations semblent nécessaires.

1. L'ACMS mériterait une réflexion quant à son organisation, son fonctionnement et ses missions.

2. Le tri et l'orientation des patient-e-s ou de leurs proches dans le système pourraient être amélioré en cas de plaintes au sens large à faire valoir.

7.1. ACMS

Le cadre de l'ACMS n'a pas évolué depuis sa création en 1996. Certains aspects devraient être réexaminés, afin de clarifier le rôle, les compétences et le fonctionnement de l'ACMS, ainsi que son articulation avec d'autres instances et/ou processus de gestion des plaintes (cf. chap.3).

Par ailleurs l'ACMS ne communique pas sur son activité²⁷, ne tient pas un rapport d'activités et ne dispose pas d'un budget propre. Elle est peu connue de la population comme des professionnel-le-s de la santé et, de ce fait, peu sollicitée. Elle est saisie pour des situations qui ne sont pas forcément de son ressort et elle ne l'est pas pour des situations pour lesquelles il pourrait être opportun qu'elle le soit, notamment en raison de son impartialité et de son indépendance.

7.2. Tri et orientation

Une amélioration de la qualité du tri et de l'orientation des patient-e-s ayant une plainte à exprimer est en cours.

Actuellement, il n'existe pas de culture de collaboration entre les différent-e-s acteur-trice-s concerné-e-s permettant d'avoir une couverture globale efficiente et une systématique de l'accueil des plaintes. Les différent-e-s acteur-trice-s du domaine de la santé informent par différents canaux leur propre patientèle de la possibilité d'exprimer une plainte ou une réclamation.

La population neuchâteloise est globalement peu informée des différentes possibilités de faire valoir une plainte ou une réclamation lorsqu'elle rencontre un problème avec un-e prestataire de soins. Plus particulièrement, elle connaît peu les voie-s à privilégier en fonction des situations pour obtenir la solution la plus satisfaisante possible. Cela vaut aussi pour les professionnel-le-s de la santé du domaine ambulatoire qui connaissent souvent mal ou peu les ressources à disposition des patient-e-s dans le système qui pourraient les conseiller et les orienter.

8. Conclusion

En réponse au postulat 08.121, le Conseil d'État estime ainsi que la situation actuelle répond largement aux attentes exprimées. Il relève toutefois que des améliorations peuvent être apportées sur deux plans, soit une actualisation du mode de fonctionnement de l'ACMS et la mise en place d'une meilleure orientation des plaintes en amont de leur dépôt. Le SCSP a déjà lancé des travaux dans cette optique.

Neuchâtel, le 22 janvier 2025

²⁷ Le site de l'État de Neuchâtel y fait brièvement référence, mais l'accès est peu évident : <https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/droits-patients/Pages/accueil.aspx>. Il en est aussi fait mention dans les adresses utiles pour le canton de Neuchâtel dans le brochure « l'essentiel des droits des patients », ainsi que sur le site Internet de quelques institutions. Cela dit, l'autorité de conciliation ne dispose pas d'une page Internet propre.

GLOSSAIRE

- **Centres de santé** : structures de prise en charge de premier recours qui proposent une large gamme de prestations : médecins, clinique de jour, soins aigus et de transition, différentes thérapies, pharmacie, services sociaux, consultations parents-enfants, promotion de santé et prévention, éducation. Une personne spécifiquement formée coordonne les prestations requises par chaque individu¹.
- **Changements climatiques** : changements attribués directement ou indirectement à une activité humaine altérant la composition de l'atmosphère mondiale et qui viennent s'ajouter à la variabilité naturelle du climat observée au cours de périodes comparables².
- **Communication en matière de santé** : stratégie essentielle visant à informer le public au sujet de problèmes de santé et à faire en sorte que d'importantes questions de santé intéressent la population. L'utilisation des médias, du multimédia et d'autres innovations technologiques pour diffuser d'utiles informations en matière de santé augmente la prise en conscience de certains aspects de la santé individuelle et collective, ainsi que de l'importance de la santé dans le développement³.
- **Conciliation** : a pour but de rechercher un accord entre les parties. Le-la conciliateur-trice peut proposer ses propres solutions. La procédure est avant tout axée autour du litige et de sa résolution dans un cadre juridique⁴.
- **Controlling** : doit être compris comme une activité de conduite. Il s'applique à la totalité du processus de planification et de direction dans un domaine d'activité donné. Le controlling est aussi un outil destiné à faciliter l'activité de conduite⁵.
- **Déterminants de la santé** : l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations⁶.
- **Développement durable** : est un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité de satisfaire ceux des générations futures. Il implique une transformation progressive de l'économie et de la société. Il englobe les notions de besoins, plus particulièrement des besoins essentiels des plus démunis, et de capacité dont dispose notre société à y satisfaire sur le long terme, dans le respect des limites des écosystèmes naturels et de l'égalité des chances pour toutes et tous, ici et ailleurs dans le monde⁷.
- **Efficience** : rapport entre les ressources en personnel et le résultat obtenu au niveau des soins de santé⁸. Elle est, avec l'adéquation et l'efficacité, l'un de trois critères auxquelles les prestations doivent répondre selon la loi fédérale de l'assurance maladie (LAMal).
- **Espérance de santé** : est une mesure basée sur une population de la proportion de la durée d'existence prévue dont on estime qu'elle se caractérise par une bonne santé et est gratifiante ou est exempte de maladie et d'invalidité selon les normes et perceptions sociales et les critères professionnels⁹.
- **Etablissements spécialisés** : les foyers de jour et de nuit, les pensions et les établissements médico-sociaux (EMS)¹⁰.

¹ [Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : un guide, CDS/GDK, mai 2019](#) ; voir également [soins de santé primaires / Organisation mondiale de la santé \(OMS\)](#)

² [Convention Cadre des Nations Unies sur les Changements Climatiques \(CCNUCC\), 1992](#)

³ [Glossaire de la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1999, p. 9](#)

⁴ <https://www.planetesante.ch/Droit-et-Sante/Autorites-competentes/Droits-du-patient-et-mediation>

⁵ [Définition des termes « évaluation, controlling et monitoring » \(Groupe de contact interdépartemental „Evaluations des effets“, 2005\)](#)

⁶ [Notre avenir à tous ; Rapport Brundtland, 1987 ; Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil concernant la stratégie cantonale pour le développement durable à l'horizon 2030 \(SDD 2030\) et à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi sur l'action publique en vue d'un développement durable \(LDD\), en réponse à la recommandation 23.172 du 6 mars 2023 « Pour un chapitre « Conséquences économiques, sociales et environnementales ainsi que pour les générations futures » à la hauteur des enjeux contemporains, du 18 septembre 2024 ; 24.041\)](#)

⁷ <https://www.fiches-ide.fr/cours/ue-1-sciences-humaines-sociales-droit/ue-1-2-sante-publique-economie-de-sante/determinants-de-la-sante>; [Glossaire de la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1999](#)

⁸ [Guide - Programme d'encouragement « Efficience dans le domaine des soins médicaux de base \(ESMB\) » ; Office fédéral de la santé publique \(OFSP\), 12 septembre 2024](#)

⁹ [Glossaire de la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1999, p. 10](#)

¹⁰ [Loi de santé \(LS\), du 6 février 1995 \(RSN800.1\)](#)

- **Genre**: on entend les rôles, comportements, activités, fonctions et chances qu'une société, selon la représentation qu'elle s'en fait, considère comme adéquats pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles et les personnes qui n'ont pas une identité binaire. Le genre est également défini par les relations entre personnes et peut refléter la répartition du pouvoir dans ces relations. Le genre a un lien avec le sexe biologique (masculin ou féminin), mais il est distinct de lui.¹¹
- **Inégalités sociales** : répartition inégale des chances et des risques dans la vie des individus et des groupes selon leur position dans l'espace social¹².
- **Interprofessionnalité** : la notion d'interprofessionnalité signifie que des spécialistes issus de différentes disciplines et professions collaborent de façon étroitement coordonnée. Selon plusieurs études, la promotion de l'interprofessionnalité augmente la qualité des soins et favorise l'utilisation rentable des ressources ; elle permet aussi d'accroître la satisfaction du personnel et d'éviter des départs anticipés¹³.
- **LAMal** : la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994 (RS 832.10) vise à garantir une couverture financière en cas de maladie, de maternité et d'accident. Elle offre un catalogue de prestations identique pour tous les assuré-e-s, indépendamment de leur état de santé¹⁴.
- **Littératie** : compétences de base en lecture et en écriture qui permettent aux individus de mieux développer leurs connaissances et d'améliorer leur potentiel pour atteindre leurs objectifs personnels et, par conséquent, de participer plus pleinement à la société, tant sur le plan économique que sur le plan social¹⁵.
- **Maladie chronique** : selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies chroniques, également appelées maladies non transmissibles (MNT), ont tendance à sévir au long cours et sont le résultat d'une association de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et/ou comportementaux. Les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète, etc.) sont la toute première cause de mortalité dans le monde (75% ¹⁶) (82% en Suisse s'agissant des MNT)¹⁷.
- **Médiation** : a pour but de renouer le dialogue entre le-la patient-e et le-la professionnel-le de la santé avec l'aide d'une tierce personne neutre et impartiale. La médiation peut avoir différents objectifs : la création ou la reconstruction d'un lien social, l'amélioration d'une relation qui se dégrade ou encore la prévention des conflits. Les parties doivent trouver elles-mêmes une solution à leur problème, le-la médiateur-trice n'ayant pas le pouvoir de faire des propositions, ni de faire du droit (comme pourrait le faire un arbitre)¹⁸.
- **Morbidité** : désigne la connaissance quantitative de la présence des maladies dans une population. Elle est évaluée sur la base de statistiques sanitaires¹⁹.
- **Mortalité** : désigne la connaissance quantitative de la fréquence et des causes de décès dans une population. Elle est évaluée sur la base de statistiques sanitaires²⁰.
- **OMS** : institution spécialisée des Nations Unies pour la santé publique, dont la Constitution a été adoptée en 1946. Son organisation générale repose sur un siège, situé à Genève, et six bureaux régionaux, dont un bureau en Europe installé à Copenhague²¹.
- **One Health** : le principe « Une seule santé », développé par l'OMS, consiste en une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Il reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement en général (y compris des écosystèmes) est étroitement liée et interdépendante²².

¹¹ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>

¹² [Dictionnaire historique de la Suisse, janvier 2013](#)

¹³ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>

¹⁴ [OFSP- Assurance –maladie : l'essentiel en bref](#)

¹⁵ [Document conceptuel sur la littératie en santé, Careum Center for Health Literacy, Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique \(OFSP\) Zurich, novembre 2023, p. 9](#)

¹⁶ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

¹⁷ [Mortalité liée au MNT en Suisse](#)

¹⁸ <https://www.planetesante.ch/Droit-et-Sante/Autorites-competentes/Droits-du-patient-et-mediation>

¹⁹ Glossaire de santé publique, 70 notions fondamentales pour comprendre les enjeux de l'approche collective de la santé, Jacques Raimondeau, Pascale Dhôte- Burger, Ed. Presse, 2023, p. 34

²⁰ Glossaire de santé publique, 70 notions fondamentales pour comprendre les enjeux de l'approche collective de la santé, Jacques Raimondeau, Pascale Dhôte- Burger, Ed. Presse, 2023, p. 35

²¹ Glossaire de santé publique, 70 notions fondamentales pour comprendre les enjeux de l'approche collective de la santé, Jacques Raimondeau, Pascale Dhôte- Burger, Ed. Presse, 2023, p. 36

²² <https://www.who.int/fr/news/item/01-12-2021-tripartite-and-unep-support-ohhlep-s-definition-of-one-health/>

- **Planification** : processus visant à organiser et répartir les services et prises en charge sanitaires sur un territoire donné, c'est-à-dire à contribuer à l'aménagement sanitaire du territoire. Il tient compte de multiples facteurs : recherche de l'équité, de la qualité technique, de l'accessibilité, de l'efficience ; objectifs de réduction des inégalités de santé, d'association de la population à la prise de décision ; contraintes de financement et de disponibilité des ressources ; cadre légal et réglementaire ; prise en compte de processus de planification autres que sanitaires, etc.²³.
- **Plateforme d'innovation** : lieu physique permettant à une communauté ouverte d'entrepreneurs et d'entreprises, accompagnés ou non par une collectivité, de mettre en commun, de partager des équipements et des ressources afin de favoriser l'innovation à travers de nouvelles pratiques de collaboration.²⁴
- **Politique de santé publique** : programme relevant des autorités publiques fixant des objectifs et paramètres d'action en fonction des besoins sanitaires, des ressources et d'autres facteurs prépondérants²⁵.
- **Prévention des maladies** : ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies et des traumatismes. Elle est orientée sur des problèmes de santé spécifiques dont elle essaie d'empêcher l'apparition (prévention primaire) ou d'en limiter les séquelles négatives (prévention secondaire et tertiaire)²⁶.
- **Programmes de dépistages** : processus planifié et supervisé visant à mettre en œuvre des procédures diagnostiques chez des personnes asymptomatiques afin de distinguer celles qui sont probablement atteintes de la maladie recherchée de celles qui ne le sont probablement pas²⁷.
- **Programme de déprescription** : processus planifié et supervisé visant à réduire l'usage de médicaments inappropriés²⁸.
- **Promotion de la santé** : processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci²⁹.
- **Santé-environnement** : domaine de la santé publique qui, d'après l'OMS, comprend les aspects de la santé humaine, qualité de vie comprise, déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures³⁰.
- **Santé mentale ou psychique** : état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté³¹.
- **Santé numérique** : domaine de connaissances et de pratiques associé au développement et à l'utilisation des technologies numériques pour améliorer la santé³² ; définie comme système d'information (SI) de santé (SIS) ou hospitalier (SIH), télésanté, télésoins et télémédecine, le terme regroupe un vaste domaine d'applications des techniques de l'information et de la communication au service de la santé³³.
- **Santé publique** : définir la santé publique est complexe, car ce domaine ne dispose pas d'une définition admise par tous ; elle consiste en une approche collective des problèmes de santé. On utilise les termes de santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins. La santé publique consiste également à voir comment l'ensemble des ressources d'un pays peut être amené à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population.

²³ Glossaire de santé publique, 70 notions fondamentales pour comprendre les enjeux de l'approche collective de la santé, Jacques Raimondeau, Pascale Dhôte- Burger, Ed. Presse, 2023, p. 40

²⁴ [La revue européenne des médias et du numérique, Plateforme d'innovation, N°46-45 – Printemps- été 2018](#)

²⁵ Inspiré du [Glossaire de la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1999](#)

²⁶ [Glossaire de la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1999](#)

²⁷ Glossaire de santé publique, 70 notions fondamentales pour comprendre les enjeux de l'approche collective de la santé, Jacques Raimondeau, Pascale Dhôte- Burger, Ed. Presse, 2023, p. 20

²⁸ <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/mise-oeuvre-durable-services-interprofessionnels>

²⁹ [Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée le 21 novembre 1986 par la Conférence internationale pour la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé](#)

³⁰ Glossaire de santé publique, 70 notions fondamentales pour comprendre les enjeux de l'approche collective de la santé, Jacques Raimondeau, Pascale Dhôte- Burger, Ed. Presse, 2023, p. 54

³¹ [La santé en Suisse – Enfants, adolescents et jeunes adultes , OBSAN, Rapport national sur la santé 2020, p. 110](#)

³² [Stratégie numérique pour la santé numérique 2020-2025, Organisation mondiale de la santé, 18 août 2021, p. 49](#)

³³ Glossaire de santé publique, 70 notions fondamentales pour comprendre les enjeux de l'approche collective de la santé, Jacques Raimondeau, Pascale Dhôte- Burger, Ed. Presse, 2023, p. 26

Cela consiste donc à s'intéresser à tous les déterminants de santé, en cernant leur impact et en examinant toutes les stratégies possibles pour obtenir les meilleurs résultats en matière de santé³⁴.

- **Smarter medicine** : a pour objectif que les mesures médicales ne soient appliquées que lorsqu'elles apportent réellement quelque chose selon le principe « Moins c'est parfois plus »³⁵.
- **Soins intégrés** : soins coordonnés ou soins mis en réseau ; les soins intégrés sont des soins aux patient-e-s coordonnés entre les professionnel-le-s, les structures et les systèmes de soutien. Ils sont continus dans le temps et entre les consultations, qui sont ajustées aux besoins des patient-e-s. Ils reposent sur une responsabilité partagée entre les soignant-e-s et les patient-e-s pour optimiser la santé de ce ou cette dernière³⁶.
- **Système par capitation** : dans ce système, le médecin reçoit un montant annuel pour chaque patient-e qu'il-elle est tenu-e de soigner. Le forfait, déterminé en fonction du profil de l'assuré-e, est fixe, que celui-ci ou celle-ci consulte une ou plusieurs fois. Avec la capitation, les revenus ne dépendent pas du nombre et de la nature des actes effectués, mais de la capacité à maintenir les coûts³⁷.
- **Système de santé** : englobe l'ensemble des services de santé essentiels tout au long de la vie, de la promotion de la santé à la prévention des maladies, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs et désigne l'ensemble des organisations, institutions, ressources et acteur-trice-s qui participent à la mise en œuvre de la politique de santé³⁸.
- **Système de soins** : fait partie du système de santé et comprend l'ensemble des organisations et pratiques mises en place dans le but de prendre en charge la maladie³⁹.

³⁴ Glossaire de santé publique, 70 notions fondamentales pour comprendre les enjeux de l'approche collective de la santé, Jacques Raimondeau, Pascale Dhôte- Burger, Ed. Presse, 2023, p. 56

³⁵ [Smarter Medicine](#)

³⁶ [Soins intégrés en Suisse, Résultats de la 1^{er} enquête \(2015-2016\), Observatoire suisse de la santé \(OBSAN\), Dossier 57, Séverine Schusselé Fillietaz, Dimitri Kohler, Peter Berchtold, Isabelle Peytremann-Bridevaux](#)

³⁷ [Définition déduite d'un article du journal Le Temps « Capitation : de quoi parle-t-on ? », Michel Guillaume, 4 septembre 2023](#)

³⁸ Système de santé : cf. couverture sanitaire universelle/ Organisation mondiale de la santé (OMS) : https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

³⁹ [Actualité et dossier en santé publique, n°33, décembre 2000, p.26 « Qu'appelle-t-on système de soins ? »](#)