



## Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil

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

(Du 14 décembre 2011)

---

Monsieur le président, Mesdames, Messieurs,

### **RESUME**

*Les décisions stratégiques prises par le Conseil d'Etat (ci-après CdE) en janvier 2008 quant à la réorganisation des activités médicales hospitalières entre les sites de soins physiques aigus entraînent le dépôt de plusieurs initiatives communales et législatives populaires.*

*Les initiatives communales, toutes intitulées « Hôpital neuchâtelois : pour un retour des responsabilités », adoptées successivement entre juin et octobre 2008 par les Conseils généraux des communes de La Chaux-de-Fonds, Travers, Le Locle, Buttes, Môtiers, Boveresse, Couvet et Noiraigue sont traitées par le Grand Conseil en 2009. Il s'ensuit une modification de la LEHM (Loi sur l'Etablissement hospitalier multisite), par laquelle le Grand Conseil s'attribue la compétence de décider des orientations stratégiques de l'Etablissement hospitalier multisite (EHM, aujourd'hui : Hôpital neuchâtelois, HNE).*

*Les trois initiatives législatives populaires sont encore pendantes. Le CdE veut leur apporter une solution politique. Pour ce faire, il organise des états généraux de la santé*

*(ci-après EGS) en octobre 2009, puis constitue un "Groupe de pilotage politique" (ci-après GPil), qui lui fait des propositions à l'automne 2010. Le CdE les adopte et demande au Conseil d'administration d'HNE (ci-après CdA) de préparer un plan stratégique sur cette base.*

*Le CdA livre une première version en mai 2011, version mal accueillie par les commissions à qui elle est présentée. Le CdE demande au CdA de l'approfondir et de la compléter notamment par des chiffres, des prévisions financières et d'investissements et une proposition de répartition des missions entre les sites HNE de Pourtalès à Neuchâtel (ci-après PRT), La Chaux-de-Fonds (ci-après CDF) et Val-de-Travers (ci-après VDT). Une deuxième version est alors élaborée et remise au Gouvernement le 31 octobre 2011. Celle-ci ne fait pas que compléter la première, mais propose une répartition un peu différente des activités entre les sites de PRT et CDF.*

*Le CdE décide, sur la base de cette deuxième version, de consulter les comités d'initiative et les commissions consultatives compétentes du Conseil d'Etat dans le domaine de la santé, de retravailler le document, d'y ajouter ses propres évaluations financières, ainsi que des compléments d'information, et de modifier quelque peu les options stratégiques proposées par HNE, de manière à permettre de dégager un consensus.*

*Le CdE se fonde sur une vision qui privilégie des solutions de cohérence médicale, d'économicité et d'équilibre régional.*

***Le plan stratégique qui fait l'objet de ce rapport est le résultat de nombreuses discussions et négociations. Il se veut une solution cohérente, qui refuse « le tout partout », privilégie le regroupement de services médicaux en centres de compétences cohérents qui favorisent la qualité, la visibilité et l'économicité de la prestation. Il partage les différentes missions entre les régions de manière à assurer des activités intéressantes sur chacun des sites.***

*Le site de PRT se voit attribuer durablement trois nouvelles missions qui sont destinées à beaucoup se développer à l'avenir, soit le Centre femme-mère-enfant, le Centre de l'appareil locomoteur et le Centre de chirurgie ambulatoire.*

*Le site de CDF reçoit le Centre d'oncologie et de sénologie, ainsi que le Centre de chirurgie stationnaire.*

*Les sites de PRT, de CDF et du VDT disposeront aussi d'un Centre de diagnostic et de traitement.*

*La répartition des autres missions attribuées à l'HNE entre ses différents sites n'est pas modifiée.*

*Le législatif cantonal est aujourd'hui appelé à valider ou à refuser les options proposées par le CdE en lien avec la répartition des missions au sein des sites d'HNE, mais il ne peut les amender. En cas de refus, le dossier est renvoyé au Conseil d'Etat.*

## 1. INTRODUCTION

Le 29 septembre 2009, le Grand Conseil neuchâtelois accepte une modification de la LEHM, du 30 novembre 2004. Entrée en vigueur le 1er décembre 2009, cette modification a pour objectif de donner une plus grande compétence décisionnelle au Parlement en matière de politique hospitalière. Le Grand Conseil s'attribue la compétence *d'approuver* les options stratégiques prises par HNE, alors qu'il était jusque là uniquement *informé* de celles-ci.

Ainsi, la LEHM, à son article 12 al. 1 let b), stipule désormais que le Grand Conseil « approuve les options stratégiques relevant de la planification hospitalière... ». C'est donc au Grand Conseil que revient la faculté de décider de la stratégie en matière de répartition des missions.

C'est la première fois que les députés sont appelés à exercer une telle compétence décisionnelle. Il est ainsi demandé au législatif cantonal de valider ou de refuser les options proposées par le CdE. Il ne peut les amender. En cas de refus, le dossier est renvoyé au CdE.

Afin de permettre au Grand Conseil de mieux cerner le dossier qui lui est présenté, il est utile de présenter dans les grandes lignes le contexte qui entoure le plan stratégique d'HNE, d'effectuer un bilan rétrospectif de la réalisation ou non des objectifs recherchés lors de la création d'HNE, ainsi qu'un rappel historique des événements liés aux options stratégiques d'HNE, consécutifs à la création de ce dernier le 1er janvier 2006. Les chapitres portant sur la période de 2006 à 2008 reprennent en grande partie le contenu du Rapport d'information du CdE au Grand Conseil concernant la planification sanitaire 2004-2008, du 16 février 2009.

De plus, il convient de traiter les options stratégiques qui sont proposées dans le présent rapport en ayant à l'esprit le contexte plus large à court, moyen et long terme dans lequel elles s'insèrent, notamment les principaux changements liés à la révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) relative au financement hospitalier, adoptés au mois de décembre 2007 et qui entreront en force au 1<sup>er</sup> janvier 2012, la planification hospitalière cantonale, mais aussi les principales perspectives qui vont influencer ces prochaines années sur le paysage sanitaire en général et hospitalier en particulier.

## 2. BILAN DE LA MISE EN PLACE D'HNE

Selon l'article 3 de la LEHM, l'EHM (maintenant HNE) a pour buts de:

- a) diriger et gérer les hôpitaux publics de soins physiques sur leur site d'implantation;
- b) garantir à la population les infrastructures et les équipements hospitaliers adéquats permettant l'accès pour tous à des soins de qualité;
- c) maîtriser l'évolution des coûts de la santé par une affectation optimale des ressources à disposition;
- d) mettre en œuvre la planification sanitaire définie par le CdE;
- e) promouvoir l'intégration en son sein des structures indépendantes dont les activités sont nécessaires au bon fonctionnement des hôpitaux.

Au surplus, dans son rapport au Grand Conseil à l'appui du projet de LEHM du 15 septembre 2004, le CdE fixe l'objectif général de doter le canton d'un outil performant pour piloter le système hospitalier de soins physiques de manière optimale. Il pose par ailleurs les objectifs et avantages suivants liés à la création d'un tel établissement :

- anticiper les changements liés à la révision de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (ci-après LAMal) et préparer le système hospitalier neuchâtelois aux défis à venir;
- freiner et maîtriser l'augmentation des coûts de notre système de santé;
- maintenir des prestations de qualité;
- conserver des hôpitaux attractifs pour le personnel formé et compétent, notamment par la création de services médicaux ou médico-techniques cantonaux devant fonctionner indépendamment d'une logique de site;
- séparer clairement les rôles entre les pouvoirs publics et les fournisseurs de prestations et poser les bases d'une gestion plus entrepreneuriale des hôpitaux;
- trouver un équilibre entre, d'une part, la centralisation du pouvoir de décision et de certaines tâches, et d'autre part la décentralisation des activités;
- assurer la pérennité des sites et l'équilibre des régions à long terme.

Dans les chapitres ci-après, le CdE propose une analyse rétrospective visant à identifier les points de réussite et les points qui n'ont pas donné entière satisfaction par rapport aux attentes initiales liées à la création de l'EHM. Pour chacun de ces chapitres, le CdE reprend les passages les plus pertinents du rapport du CdE au Grand Conseil à l'appui de la LEHM et porte une appréciation.

Les passages en italique sont des citations issues de ce rapport.

## **2.1. Anticipation des changements en lien avec les révisions de la LAMal**

*"Le Conseil d'Etat désire anticiper le changement qui se profile dans le cadre des révisions de la LAMal et préparer le système hospitalier neuchâtelois aux défis à venir. Le pilier principal de cette mutation du paysage hospitalier est la suppression de la couverture du déficit grâce au financement par prestations dans le cadre de mandats de prestations."*

A l'époque de la création de l'EHM, les discussions sur la réforme du financement hospitalier ne font que débiter. Cependant, les grandes lignes de la révision de la LAMal telle qu'elle est votée en décembre 2007 par les Chambres fédérales ressortent déjà assez clairement, notamment le passage à un financement généralisé à la prestation et l'augmentation de la concurrence entre hôpitaux. Le besoin d'anticipation que fait valoir le Conseil d'Etat à l'époque est justifié.

Le CdE reste aujourd'hui convaincu que la création d'HNE permet aux hôpitaux neuchâtelois, à tout le moins à ceux qui ont intégré HNE, de faire face aux défis qui

s'annoncent dans ce contexte de nouveau financement hospitalier introduit au 1<sup>er</sup> janvier 2012, avec plus de sérénité que s'ils devaient les affronter de manière indépendante. A n'en pas douter, HNE est mieux armé pour entrer dans cette nouvelle ère, qui prône une forte concurrence entre hôpitaux, que ne l'auraient été les sept sites qui le constituent de manière individuelle. Considérant les contestations toujours plus nombreuses de factures par certains assureurs maladie et les réductions et pénalités en matière tarifaire décidées par ces derniers, certains sites auraient probablement risqué de disparaître s'ils n'avaient pas intégré HNE et vu leurs missions clarifiées dans le cadre des réorganisations auxquelles a procédé cet établissement. On pense notamment aux sites qui accueillent aujourd'hui des centres de traitement et de réadaptation (ci-après CTR).

En septembre 2011, le Grand Conseil s'est prononcé sur une révision de la législation cantonale destinée à s'adapter aux nouvelles règles fédérales en matière de financement hospitalier. Les modifications sont essentiellement techniques, car de nombreux éléments de la réforme ont déjà été pris en compte par le CdE lors de la création de l'EHM et de l'élaboration de la loi le constituant.

Il est encore trop tôt pour savoir ce qui se passera en 2012, mais il paraît évident que certains petits hôpitaux généralistes, comme on en connaissait dans le canton avant la création d'HNE, feront face à de grandes difficultés dans le contexte de concurrence engendrée par la révision de la LAMal.

Il convient de souligner que ce processus de regroupement hospitalier en une structure juridique unique n'est pas une spécificité neuchâteloise. De nombreux autres cantons ont créé des structures du même type, comme le Valais ou Fribourg.

## **2.2. Maîtrise des coûts**

*"Nous devons parvenir à freiner et à maîtriser l'augmentation des coûts de notre système de santé, sans quoi nous atteindrons, bien avant d'autres cantons, les limites de notre capacité financière avec le risque de devoir prendre alors des mesures draconiennes et impopulaires.... S'il est impossible de réduire les coûts, il est néanmoins nécessaire d'en freiner l'augmentation et de les maîtriser. Comme les pouvoirs publics et les assureurs-maladie ne peuvent indéfiniment augmenter leur contribution financière, le système hospitalier en tant qu'important consommateur de ressources, doit se préparer à de profonds changements."*

*"Bien que le but final soit la maîtrise des coûts, la question n'est pas ici de générer des économies importantes à court terme. Il s'agit de doter le canton d'un outil performant pour piloter le système hospitalier de soins physiques de manière optimale. Nous voulons mettre sur pied une structure qui permette de maîtriser l'évolution des coûts en faisant en sorte que les montants investis dans ce domaine le soient avec le maximum d'efficacité, et que la qualité de la prise en charge des patients soit optimale."*

Les coûts du système hospitalier neuchâtelois sont réputés élevés. Ils l'étaient particulièrement lors de la création d'HNE et le sont encore aujourd'hui. Cependant, l'écart qui sépare notre hôpital de ceux d'autres cantons se réduit rapidement ces dernières années. En effet, depuis sa création, HNE fait preuve d'une bonne maîtrise de ses coûts de fonctionnement et présente une évolution de ses charges bien moindre que la moyenne suisse (voir tableau ci-dessous). Avant la création d'HNE, les charges des hôpitaux neuchâtelois augmentaient bien plus fortement.

Ainsi, comme le relève HNE dans son plan stratégique, au chapitre 4.1.9, "on constate que depuis 2006, la croissance annuelle des charges a été de l'ordre de 1.7% en moyenne, alors qu'avant la création de l'Hôpital neuchâtelois elle atteignait jusqu'à 8 %

en rythme annuel. (...) Cette croissance est par ailleurs très significativement inférieure à celle observée en moyenne suisse (de l'ordre de 3,2% annuels entre 2003 et 2008 selon l'OFS<sup>1</sup>).". L'augmentation des coûts à charge de l'Etat est également freinée suite à la création d'HNE. En effet, la variation de la subvention brute entre 2001 et 2005 se monte à 25%, soit 6.3% par année, alors qu'elle ne croît que de 9.6% entre 2005 et 2011, soit 1.6% par année.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des charges d'HNE de 2005, soit juste avant sa création, à 2010, dernier bouclage annuel connu. Il démontre effectivement une très bonne maîtrise des coûts de l'institution, ce malgré les mécanismes annuels d'augmentation des charges salariales imposés par la CCT santé 21 et l'application de la loi sur le travail pour les médecins assistants et chefs de clinique, qui contraint l'établissement à engager du personnel supplémentaire.

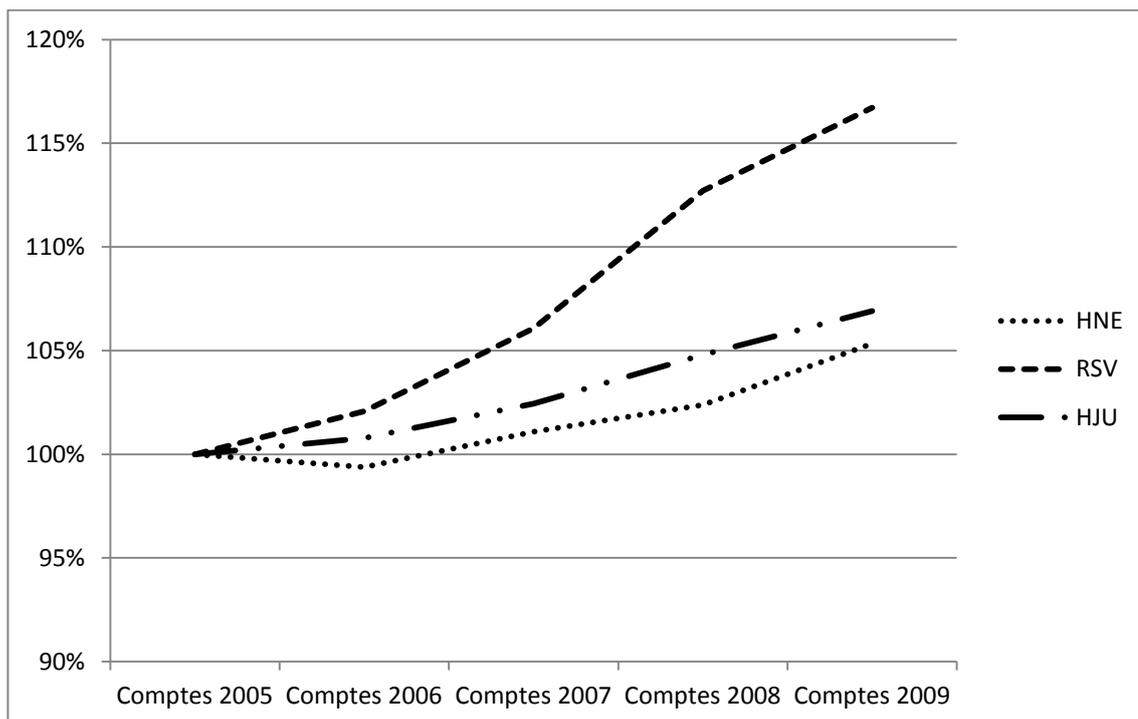
### Comptes d'HNE de 2005 à 2010

	Comptes 2005	Comptes 2006	Comptes 2007	Comptes 2008	Comptes 2009	Comptes 2010
<b>Charges</b>						
<b>Charges salariales nettes</b>	183'915'000	179'603'345	184'465'238	188'468'583	196'296'419	205'034'333
<b>Charges nettes hors invest</b>	65'722'000	63'943'466	64'008'194	64'685'318	66'839'145	70'947'646
<b>Charges invest</b>	19'469'000	25'794'455	23'449'995	22'380'147	21'864'256	21'539'139
<b>Prestations Providence</b>	19'272'000	17'140'000	17'949'000	18'156'000	16'908'808	16'298'194
<b>Hospitalisations hors canton</b>	19'000'000	19'000'000	20'839'389	20'991'392	21'855'195	21'888'268
<b>Charges nettes totales</b>	307'378'000	305'481'266	310'711'815	314'681'440	323'763'823	335'707'581
<b>Evolution annuelle</b>		-0.6%	1.7%	1.3%	2.9%	3.7%

En comparaison d'hôpitaux multisites à l'image de l'HNE, ce dernier présente une évolution relative de ses charges d'exploitation inférieure au Réseau Santé Valais (RSV) ou à l'Hôpital du Jura (HJU), de 2005 à 2009.

<sup>1</sup> Source : OFS, Coût et financement du système de santé, résultats détaillés 2008 et évolution récente

## Evolution relative des charges d'exploitation de 2005 à 2009



Fort de ce qui précède, le CdE juge que l'outil mis en place permet effectivement de freiner la hausse des coûts hospitaliers de manière significative et que, comme annoncé à l'époque, les montants investis permettent d'optimiser la prise en charge des patients neuchâtelois.

Le CdE attend encore des efforts d'économie de la part d'HNE pour rejoindre la moyenne des coûts suisses.

Cette maîtrise des coûts de la santé se répercute également sur les primes d'assurance maladie qui n'augmentent que très peu dans le canton de Neuchâtel, bien moins qu'en moyenne nationale ces dernières années.

### Comparaison de l'évolution de l'augmentation des primes moyennes (PM) pour le canton de Neuchâtel et pour la Suisse pour les années de 2008 à 2012

Primes moyennes (PM) pour la catégorie des <u>adultes (dès 26 ans)</u> en francs / mois (Inclus la couverture accident avec franchise ordinaire)					
Années	2008	2009	2010	2011	2012
<b>PM / NE</b>	363.22	368.55	381.86	390	395.39
<b>Modification</b>	-1.0%	1.5%	3.6%	2.1%	1.4%
<b>PM / CH</b>	314.61	322.86	351.05	373.82	382
<b>Modification</b>	0.5%	2.6%	8.7%	6.5%	2.2%

<b>Primes moyennes (PM) pour la catégorie des <u>jeunes adultes (19-25 ans)</u> en francs / mois (Inclus la couverture accident avec franchise ordinaire)</b>					
<b>Années</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>PM / NE</b>	300.23	307.76	335.35	365.07	374.45
<b>Modification</b>	-1.6%	2.5%	9.0%	8.9%	2.6%
<b>PM / CH</b>	248.01	258.52	293.85	328.5	343.06
<b>Modification</b>	0.7%	4.2%	13.7%	11.8%	4.4%

<b>Primes moyennes (PM) pour la catégorie <u>des enfants ( 0-18 ans)</u> en francs / mois à couverture accident sans franchise)</b>					
<b>Années</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>PM / NE</b>	83.64	82.69	87.86	89.68	88.87
<b>Modification</b>	-2.7%	-1.1%	6.3%	2.1%	-1.0%
<b>PM / CH</b>	75.26	76.36	84.03	89.33	90.59
<b>Modification</b>	-0.6%	-1.5%	10.0%	6.3%	1.4%

Le canton de Neuchâtel dispose également de réserves importantes, bien au-dessus du minimum légal. Cela s'explique par le fait que les assurés neuchâtelois ont payé ces dernières années, contrairement à d'autres cantons, des primes supérieures aux coûts effectifs.

Afin d'apporter une correction des primes pour les années de 1996 à 2011, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) propose une solution qui prévoit un transfert financier des cantons "donneurs" (cantons n'ayant pas payé assez de primes) vers des cantons "receveurs" (cantons ayant payé trop de primes). Le supplément de primes à payer pour les assurés des cantons "donneurs" est limité au montant des taxes COV/CO<sub>2</sub> remboursées soit un maximum de 50 francs par année et par assuré. Ce mécanisme correctif est prévu pour une durée maximale de six années et pourrait être mis en œuvre à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014. Cependant, le montant total redistribué ne le serait qu'à hauteur de 51,1%. Ainsi, les assurés neuchâtelois pourraient se voir rembourser près de 47 millions de francs.

### **2.3. Qualité des prestations**

*"Lorsqu'on parle d'une organisation plus centralisée des hôpitaux et des services médicaux, on pense surtout aux avantages économiques obtenus grâce aux économies d'échelle et à l'élimination de redondances. Un aspect peu évoqué, car plus difficile à cerner, est la question de la qualité des soins et de la sécurité des patients. En effet, la qualité des soins passe par une infrastructure et une technologie constamment mises à jour. (...) D'autre part, la qualification et la dotation en personnel sont également des facteurs déterminants pour garantir la qualité des soins. Il est généralement admis que les petits services qui ne peuvent traiter suffisamment de cas risquent de ne plus pouvoir maintenir un haut niveau de compétence. La réunion des services de trop petite taille est un élément important pour maintenir la compétence du personnel et donc la qualité des soins. A l'avenir, les ressources investies dans le système hospitalier devront davantage servir à améliorer la qualité et la sécurité des patients qu'à conserver des structures indépendantes et redondantes".*

La qualité des prestations hospitalières est difficile à évaluer. Les indicateurs devant permettre une appréciation de la qualité commencent à se mettre en place au niveau national, notamment dans le cadre de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), comme au niveau cantonal, en

particulier dans le cadre des contrats de prestations négociés par l'Etat avec HNE depuis 2009. Cela dit, faute de disposer de valeurs de référence suffisamment établies, il est encore un peu prématuré d'émettre un jugement objectif sur ce point.

Le CdE tient cependant à relever que les départements et les services hospitaliers ont subi dans le cadre d'HNE de profonds changements dans leur organisation pour tendre vers une meilleure efficacité et vers une plus grande cohérence et continuité de la prise en charge. Ainsi, HNE offre des prestations de soins aigus et de réadaptation et est dès lors à même d'assurer un lien adéquat entre ces deux étapes de la prise en charge d'un patient, continuité que ne pouvaient pas aussi bien assurer les anciens hôpitaux, constitués de structures juridiques indépendantes.

Un autre exemple de valeur ajoutée, c'est la création du Centre femme-mère-enfant (FME), qu'il aurait été difficile d'imaginer dans l'organisation sanitaire éclatée, telle qu'on la connaissait avant HNE. La mise en place de ce pôle de compétences permet d'atteindre une taille critique intéressante, propre à favoriser la qualité.

En bref, le Conseil d'Etat estime que la création d'HNE permet de maintenir des prestations de qualité dans tous ses domaines d'activités, ce qui n'aurait certainement pas pu être acquis dans l'ancien système. Il considère dès lors que l'objectif fixé en matière de qualité des prestations est atteint.

#### **2.4. Attractivité des hôpitaux**

*"Les hôpitaux neuchâtelois n'ont pas la prétention de concurrencer les sites universitaires. Toutefois, nous devons conserver des hôpitaux intéressants pour le personnel formé et compétent. La dispersion des services médicaux et la taille relativement réduite de nombreuses unités rendent nos institutions peu attractives. Des départements médicaux doivent être créés et organisés au niveau cantonal. Ils pourront ainsi atteindre une taille suffisante et être reconnus par la FMH de manière à permettre un meilleur circuit de formation pour les assistants et chefs de clinique."*

*"L'aboutissement ultime de la coopération interhospitalière est la création de services médicaux ou médico-techniques cantonaux. Tous les hôpitaux neuchâtelois n'ont pas une taille suffisante pour abriter certains services, soit que les patients concernés sont en nombre insuffisant, soit que les investissements à consentir sont trop lourds. La seule solution pour maintenir cette offre de prestations à des coûts acceptables est de créer et de gérer des services de manière supra institutionnelle. Dans l'idée d'un réseau hospitalier neuchâtelois, tel que l'a voulu la planification sanitaire, les services devraient fonctionner indépendamment d'une logique de site et servir plusieurs hôpitaux."*

De manière générale, la création d'HNE et de départements médicaux transversaux en son sein permet à l'institution de conserver des médecins compétents et d'en engager de nouveaux tout aussi compétents. Ces derniers sont sensibles aux projets médicaux qui leur sont proposés, tels que la création du Centre femme-mère-enfant qui a permis le recrutement de médecins-chefs provenant d'hôpitaux universitaires dans les départements de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie ou la création du Centre cantonal de gériatrie qui a permis de convaincre une gériatre compétente de se lancer dans cette entreprise innovante pour le canton.

Il est peu probable que ces projets aient vu le jour sans la création d'HNE et donc que ces nouveaux médecins se soient lancés dans cette aventure dans le canton de Neuchâtel. Dans le cadre de la réorganisation stratégique en cours d'HNE, des projets tout aussi intéressants se profilent pour ces prochaines années, notamment la création de centres de chirurgie, de l'appareil locomoteur ou de sénologie.

La pénurie de personnel médical et soignant est d'ores et déjà une réalité dans les hôpitaux. Dans ce contexte, il est important qu'un hôpital puisse proposer des conditions de travail intéressantes à ses employés et notamment, au-delà des aspects financiers, une activité suffisante et des perspectives de développement. Il s'agit d'éléments que de petits hôpitaux ne peuvent plus garantir à l'heure actuelle et qui menacent donc leur existence.

Le CdE est convaincu que la constitution d'HNE contribue à maintenir, voire à accroître l'attractivité en termes de personnel formé et compétent.

## **2.5. Séparation des rôles**

*"Le Conseil d'Etat veut séparer clairement les rôles entre les pouvoirs publics et les fournisseurs de prestations et poser les bases d'une gestion plus entrepreneuriale des hôpitaux".*

*"En optant pour l'établissement de droit public, le Conseil d'Etat a voulu affirmer haut et fort la prédominance de la politique sur l'économie en matière hospitalière. L'établissement de droit public est créé par une loi qui lui donne sa légitimité démocratique. Ses structures fondamentales ne peuvent être modifiées que par le processus de modification législative ordinaire permettant ainsi son évolution harmonieuse sous contrôle parlementaire. La loi ne doit dès lors pas contenir autre chose que les intentions politiques, les buts généraux et l'ossature de l'organisation afin de ne pas desservir ou contrecarrer l'activité opérationnelle qui doit pouvoir s'adapter avec souplesse aux situations particulièrement mouvantes qu'elle va rencontrer. ... La clarification des rôles entre les pouvoirs publics et l'établissement, la transparence et la rationalité de son fonctionnement, l'indépendance du Conseil d'administration, font de l'EHM un hôpital moderne, mieux à même d'évoluer rapidement et de s'adapter aux changements des conditions-cadres du domaine de la santé".*

Si, dans la loi, les rôles de l'Etat et des organes d'HNE paraissent bien établis, la réalité de tous les jours montre que le partage de ceux-ci n'est pas forcément évident, car la frontière entre le politique, le stratégique et l'opérationnel peut être floue. Ainsi, on peut avoir l'impression à certains moments que le CdA empiète sur les prérogatives du CdE ou que ce dernier impose des choix opérationnels à la direction générale d'HNE.

Certaines situations sont difficiles à appréhender dans leurs conséquences. Par exemple, HNE a décidé il y a quelques années de supprimer six postes de portiers pour les remplacer par du personnel de sécurité. Cette démarche relève de la gestion opérationnelle de l'institution. Or, elle s'est rapidement transformée en un incident de nature politique, qui a obligé le CdE à s'en préoccuper.

Dans un autre cas, le CdA d'HNE s'est adressé directement au Grand Conseil par un courrier dont les options ont paru politiques et ont entraîné l'intervention de députés.

On constate que les considérations d'ordre politique ne rejoignent pas toujours les préoccupations de la gestion hospitalière et vice versa et qu'il faut régulièrement composer avec ces divergences d'opinion. Une certaine indépendance est nécessaire à HNE pour pouvoir fonctionner et anticiper les changements. Cependant, les questions hospitalières restent de nature éminemment politique et l'Etat doit en garder le contrôle, si l'on veut que les réformes se passent avec le moins de conflits possible.

Bien que séduisante sur le papier, force est aujourd'hui de constater que la séparation des rôles entre le CdE, le CdA et la direction générale d'HNE, telle qu'elle a été imaginée à la création d'HNE, ne fonctionne pas toujours à satisfaction.

Le CdE évalue actuellement ses relations avec ses partenaires institutionnels dans le cadre de sa réflexion sur la gouvernance des partenariats et veut établir des principes de bonne gouvernance. A l'issue de ce travail d'importance, le CdE sera mieux à même de juger de la pertinence de l'organisation prévue par la LEHM et d'en tirer les conclusions qui pourraient s'imposer.

## **2.6. Equilibre entre centralisation et décentralisation**

*"La centralisation des infrastructures et des services permet certainement de réaliser des économies d'échelle. Toutefois, la création d'une grande structure risque de conduire à des dysfonctionnements dus à sa taille. L'objectif final n'est pas de centraliser systématiquement le système hospitalier mais bien de trouver un équilibre entre, d'une part, la centralisation du pouvoir de décision et de certaines tâches, et d'autre part la décentralisation des activités. Dans ce contexte, les structures doivent être protégées à long terme contre les turbulences et les aléas des agendas politiques. Des garanties doivent donc être données pour la conservation des sites et de leur importance relative."*

*"La planification hospitalière de 1999 a affirmé le principe d'un système hospitalier neuchâtelois décentralisé. Cette option est aujourd'hui confirmée ... Il est important de s'assurer que les décisions de management, privilégiées dans la nouvelle structure, ne reviennent pas sur ce principe pour des raisons d'efficacité. L'éventuelle perte d'efficacité due à la décentralisation pouvant être financée à part, en tant que prestation collective"*

Toutes les prestations administratives d'HNE sont centralisées sur un site ou l'autre (comptabilité, facturation, ressources humaines, logistique, achats, etc.). Le lieu d'implantation de ces prestations n'influence guère leur qualité. Il est cependant important de les regrouper pour en assurer la cohérence et occasionner des économies d'échelle.

Ainsi, dès sa création, HNE obtient des gains d'efficacité lors de la conclusion de nouveaux contrats d'assurance, lors de la négociation d'emprunts auprès des banques, d'achats groupés de matériel médical, etc.

La centralisation des prestations médicales est plus sensible. En effet, l'équilibre entre centralisation et décentralisation est parfois difficile à trouver. Chaque site et/ou chaque région tient à conserver ses acquis et craint donc les réformes, ce qui rend difficile la centralisation de certains services, qui pourrait se justifier selon une logique organisationnelle.

Pour juger de la pertinence de la centralisation ou de la décentralisation d'activités médicales, il convient de différencier les prestations selon leur niveau de complexité.

Actuellement, les prestations médicales les plus complexes sont réparties entre les hôpitaux universitaires en application de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) à laquelle le canton de Neuchâtel a adhéré. S'agissant des principales prestations qui ne sont pas disponibles dans les hôpitaux du canton, elles sont fournies à la population neuchâteloise par l'Inselspital (BE), le CHUV (VD) et, dans une moindre mesure, les HUG (GE).

Sont traités à HNE, sur les sites de PRT et CDF, les cas nécessitant des soins aigus courants, pour lesquels il n'est pas nécessaire de disposer d'une technologie trop complexe. Le regroupement des soins aigus sur deux sites permet d'atteindre des tailles critiques intéressantes et par conséquent aussi une prise en charge économique et de bonne qualité.

Les cinq autres sites sont consacrés à la réadaptation, à l'ambulatoire et aux soins palliatifs. Ce sont des prestations simples, de proximité, ne nécessitant que peu d'équipements techniques et peu coûteuses. La décentralisation de ces prestations permet de garantir une bonne couverture sanitaire, proche des patients, dans l'ensemble du canton.

Sur le principe, doivent être centralisées sur les deux sites de soins aigus de PRT et CDF, les activités qui nécessitent des équipes importantes et/ou des équipements lourds, comme la chirurgie, la gynécologie, l'obstétrique ou la radiothérapie. Doivent être décentralisées les interventions légères, ambulatoires, rapides, bon marché, autoporteuses, bref toutes les prestations qui peuvent être délivrées sur un ou plusieurs sites sans surcoût important.

En outre, pour garantir la sécurité sanitaire dans les régions, il est important de disposer d'une structure d'intervention pour les urgences préhospitalières adéquate et pouvant répondre aux sollicitations dans de courts délais. Le CdE, par ses décisions prises début décembre en la matière, assure que des prestations de SMUR et d'ambulances sont disponibles dans un délai utile puisque des bases de départ existent à La Chaux-de-Fonds, à Neuchâtel et à Val-de-Travers. La mise en place d'un 144 spécifique aux urgences sanitaires viendra compléter cette offre et participer plus encore au maintien de la sécurité sanitaire sur l'ensemble du territoire cantonal dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Le CdE ne remet aujourd'hui pas en cause les principes qui ont guidé la création d'HNE s'agissant de l'équilibre à trouver entre centralisation et décentralisation.

## **2.7. Pérennité des sites et équilibre régional**

*"Les institutions actuelles doivent être assurées qu'elles ne seront pas sacrifiées sur l'autel du management. Le maintien des sites en tant que structures hospitalières est inscrit dans la loi spécifique. Chaque institution y est mentionnée individuellement et, grâce à cette mesure, ni le Conseil d'Etat ni l'EHM ne peut décider d'affecter l'un ou l'autre des huit hôpitaux actuels à une activité non hospitalière. Une telle décision ne peut être prise que par le Grand Conseil, ce qui implique, comme toute modification de loi, une soumission à un référendum facultatif."*

*"Le Conseil d'Etat est le garant de l'équilibre entre les régions et il est le protecteur des intérêts de la population. En cela, il doit tenir compte de la situation actuelle et veiller à conserver l'importance relative des sites. Cela veut dire, par exemple, que les sites de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds doivent conserver une renommée comparable à celle qui est la leur aujourd'hui. Il n'est pas non plus envisageable de réduire l'activité hospitalière d'un hôpital de transition à une proportion insignifiante."*

Le CdE s'attache à respecter l'équilibre relatif des sites dans ses décisions. Ainsi, il s'efforce de compenser la perte de certaines prestations sur l'un ou l'autre des sites d'HNE.

Dans sa déclaration relative à la réorganisation des activités médicales entre les sites hospitaliers de soins aigus, de janvier 2008, le CdE prend l'option de créer à terme le Centre femme-mère-enfant sur le site de CDF et un Centre de l'appareil locomoteur sur celui de PRT, dans une perspective visant à privilégier un équilibre régional basé sur la complémentarité des activités développées. HNE privilégie l'inverse : un Centre femme-mère-enfant sur le site de PRT et un Centre de l'appareil locomoteur à CDF.

Les décisions du CdE ne sont finalement pas mises en œuvre, suite au dépôt des initiatives.

Actuellement, le Centre femme-mère-enfant a été installé sur le site de PRT, à titre provisoire, tandis que le Centre de l'appareil locomoteur n'est pas encore constitué. Cette situation intermédiaire et insatisfaisante remet en cause l'équilibre relatif entre les sites de PRT et CDF, l'activité liée à ces centres étant considérable.

Les tableaux ci-dessous mettent en évidence les conséquences, en termes de lits, de cas, d'opérations et d'emplois, du transfert d'activités du site de CDF sur celui de PRT en lien avec la création du Centre femme-mère-enfant et l'abandon de la gynécologie-obstétrique sur le site de CDF (comparaison des années 2008, 2006 pour l'activité opératoire, et 2010, 2011 pour l'activité opératoire, selon les données remises notamment par HNE postérieurement à la remise du plan stratégique d'octobre à la demande du DSAS).

<b>Nombre de lits de soins aigus HNE: situation 2008 (source: HNE)</b>			
Domaine activité	La Chaux-de-Fonds	Pourtalès	Total HNE
Chirurgie	49	54	103
Femme-mère-enfant	15	44	59
Médecine	50	68	118
Soins intensifs	8	8	16
<b>Total général</b>	<b>122</b>	<b>174</b>	<b>296</b>
	41%	59%	100.0%
<b>Nombre de lits de soins aigus HNE situation 2010 (source: HNE)</b>			
Domaine activité	La Chaux-de-Fonds	Pourtalès	Total HNE
Chirurgie	52	55	107
Femme-mère-enfant	3	61	64
Médecine	51	71	122
Soins intensifs	8	8	16
<b>Total général</b>	<b>114</b>	<b>195</b>	<b>309</b>
	37%	63%	100.0%

<b>Activité HNE: situation 2008 (source: HNE)</b>			
Domaine activité	La Chaux-de-Fonds	Pourtalès	Total HNE
Chirurgie	2980	3409	6389
Médecine	2276	2581	4857
Femme-mère-enfant	945	2959	3904
Soins intensifs	873	704	1577
<b>Total général</b>	<b>7074</b>	<b>9653</b>	<b>16727</b>
	42%	58%	100.0%
<b>Activité HNE: situation 2010 (source: HNE)</b>			
Domaine activité	La Chaux-de-Fonds	Pourtalès	Total HNE
Chirurgie	2860	3540	6400
Médecine	2260	2900	5160
Femme-mère-enfant	0	3880	3880
Soins intensifs	830	750	1580
<b>Total général</b>	<b>5950</b>	<b>11070</b>	<b>17020</b>
	35%	65%	100.0%

<b>Activité opératoire HNE: situation 2006 (source: Antares 2007)</b>			
Domaine activité	La Chaux-de-Fonds	Pourtalès	Total HNE
Chirurgie			0
Appareil locomoteur	<i>Données non disponibles</i>		0
Femme-mère-enfant			0
Chirurgie ambulatoire			0
<b>Total général</b>	<b>4000</b>	<b>5100</b>	<b>9100</b>
	44%	56%	100.0%
<b>Activité opératoire HNE: situation 2011 extrapolée (source HNE)</b>			
Domaine activité	La Chaux-de-Fonds	Pourtalès	Total HNE
Chirurgie	1387	1987	3374
Appareil locomoteur	760	606	1366
Femme-mère-enfant	0	2211	2211
Chirurgie ambulatoire	523	548	1071
<b>Total général</b>	<b>2670</b>	<b>5352</b>	<b>8022</b>
	33%	67%	100.0%

<b>Journées d'hospitalisation HNE: situation 2008 (source: HNE)</b>			
Domaine activité	La Chaux-de-Fonds	Pourtalès	Total HNE
Chirurgie	15190	17765	32955
Médecine	17536	23136	40672
Femme-mère-enfant	4417	13735	18152
Soins intensifs	2210	2014	4224
<b>Total général</b>	<b>39353</b>	<b>56650</b>	<b>96003</b>
	41%	59%	100.0%
<b>Journées d'hospitalisation HNE: situation 2010 (source HNE)</b>			
Domaine activité	La Chaux-de-Fonds	Pourtalès	Total HNE
Chirurgie	15693	19544	35237
Médecine	16695	24647	41342
Femme-mère-enfant	0	17952	17952
Soins intensifs	1930	1780	3710
<b>Total général</b>	<b>34318</b>	<b>63923</b>	<b>98241</b>
	35%	65%	100.0%

<b>Emplois HNE: situation 2008 (source: HNE)</b>			
Département	La Chaux-de-Fonds	Pourtalès	Total HNE
Médical	105.47	119.36	224.83
Soins	352.98	467.11	820.09
Finances	60.27	57.74	118.01
Ressources hum.	1.80	3.80	5.60
Logistique	117.26	142.19	259.45
<b>Total général</b>	<b>637.78</b>	<b>790.20</b>	<b>1427.98</b>
	45%	55%	100.0%
<b>Emplois HNE: situation 2010 (source: HNE)</b>			
Département	La Chaux-de-Fonds	Pourtalès	Total HNE
Médical	99.14	141.95	241.09
Soins	320.32	521.43	841.75
Finances	61.41	86.12	147.53
Ressources hum.	1.80	7.04	8.84
Logistique	126.88	174.15	301.03
<b>Total général</b>	<b>609.55</b>	<b>930.69</b>	<b>1540.24</b>
	40%	60%	100.0%

Il ressort de ces chiffres que le site de PRT a vu sa part relative augmenter pour l'ensemble de ces marqueurs, et ce au détriment du site de CDF principalement et du site du VDT dans une moindre mesure, qui a perdu son statut de site de soins aigus à fin 2008 (avec la fermeture de la maternité et des blocs opératoires), avec un transfert

d'activités en résultant sur les autres sites. On observera que la population n'a pas évolué significativement dans ces régions.

## **2.8. Conclusion**

D'aucuns pensent peut-être que la création d'HNE a plutôt freiné l'évolution du système hospitalier neuchâtelois en exacerbant les conflits entre le Haut et le Bas du canton. Le Conseil d'Etat ne partage pas cette vision, bien au contraire!

En effet, au regard de l'analyse qui précède, il estime que la grande majorité des objectifs définis au moment de l'élaboration de la LEHM sont atteints ou en voie de l'être. Il se félicite que la création de cette entité permette au système hospitalier neuchâtelois de faire face aux nombreux écueils qui se sont dressés devant lui ces six dernières années et est convaincu que sa pérennisation permettra de relever les prochains défis qui s'annoncent, notamment dès 2012. La validation par le Grand Conseil des options stratégiques qui lui sont proposées dans le présent rapport y contribuera certainement.

Par ailleurs, le CdE attend les résultats de son étude sur la gouvernance des partenariats pour tirer des conclusions définitives sur la gouvernance d'HNE. Il saisira prochainement le Grand Conseil sur cette thématique générale dans un rapport d'information.

## **3. CONTEXTE**

### **3.1. Historique**

#### **3.1.1. Plan d'actions 2006-2009**

A mi-2006 et en lien avec son programme de législature et son plan financier, le CdE demande à HNE de lui proposer des mesures devant permettre de réaliser des économies de 25 millions de francs sur la participation de l'Etat en quatre ans, soit d'ici à 2009. Le CdA remplit son mandat dans les délais très courts qui lui sont impartis en remettant son plan d'actions au CdE au mois d'octobre 2006.

Ce plan propose trois variantes dont la teneur et les conséquences financières sont brièvement rappelées ci-après:

1. La variante minimale inclut pour l'essentiel des mesures d'organisation interne, dont la mise en œuvre relève de la seule compétence d'HNE. Elle conduirait à une économie globale maximale de 13 millions de francs à l'horizon 2009;
2. La variante intermédiaire, privilégiée par HNE, comprend des mesures de la variante précédente complétées par d'autres, liées à la capacité et aux missions du dispositif hospitalier. Certaines mesures nécessitent des décisions du CdE (changement de mission pour le site de Couvet, fermeture des polycliniques régionales et centralisation de la pédiatrie hospitalière). La mise en œuvre de cette variante conduirait à une diminution des coûts de plus de 26 millions à l'horizon 2009, sans toutefois que l'objectif financier recherché puisse être atteint, compte tenu des baisses de recettes attendues en parallèle;
3. Une variante maximale comprend non seulement des mesures de la variante intermédiaire, mais aussi d'autres comme la fermeture d'un site, la modification de la politique salariale et la mise en place d'un nouveau plan de prévoyance professionnelle. Certaines de ces mesures sont de la compétence du Grand Conseil.

Cette variante permettrait d'atteindre les objectifs fixés par le CdE, mais aurait des conséquences très lourdes.

Par le biais d'une déclaration de janvier 2007, le CdE annonce ses décisions quant au plan d'actions qui vont, pour la plupart, dans le sens des mesures proposées par HNE dans sa variante intermédiaire. Elles peuvent être résumées comme suit:

S'agissant des sites hospitaliers de soins aigus, le CdE considère que:

- le réseau hospitalier neuchâtelois, soit HNE et l'hôpital de La Providence, doit réduire sa capacité en lits de soins aigus conformément au plan d'actions d'HNE;
- la répartition des missions entre les sites de PRT et CDF doit s'effectuer en termes de complémentarité et que, dans ce but, les sites de PRT et CDF doivent conserver tous deux une maternité (service de gynécologie-obstétrique), que la pédiatrie hospitalière doit être centralisée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sur le site de PRT, un service de pédiatrie ambulatoire et une garde pédiatrique 24 heures/24 devant être assurés sur le site de CDF et que le projet de rénovation du site de CDF doit être mis en œuvre avec comme priorité la construction des plateaux techniques;
- le site de VDT doit conserver ses missions de soins aigus, le CdE s'écartant en cela de la position d'HNE et du préavis du Conseil des hôpitaux, mais demandant au DSAS de se pencher sur l'avenir de ce site, notamment compte tenu des incertitudes pesant sur la capacité de ce dernier d'assumer à terme ses missions.

Pour ce qui est des sites régionaux et du Centre de soins palliatifs de La Chrysalide, le CdE les confirme dans les missions qui leur sont attribuées par la planification sanitaire de 1999.

Dans le cadre de sa déclaration et dans le prolongement du plan d'action d'HNE d'octobre 2006, le CdE donne mandat à HNE de développer un projet d'organisation des départements médicaux avec une répartition régionalement équilibrée des missions sur les sites de soins aigus. Il charge également le DSAS d'étudier les perspectives d'avenir du site de VDT, ainsi que celles des polycliniques régionales sous l'angle notamment de la sécurité sanitaire, de la qualité des prestations et de l'économicité. A cet égard, il convient de relever que le CdE ne retient pas la proposition d'HNE de fermeture rapide de ces polycliniques, formulée dans la variante intermédiaire de son plan d'action.

### **3.1.2. *Projet de répartition des missions de soins aigus de 2007***

A la suite des décisions prises par le CdE dans sa déclaration de janvier 2007, présentées au chapitre précédent, HNE doit faire face aux démissions de quatre médecins adjoints du service de pédiatrie de CDF (tous employés à 20%). Ces derniers estiment que la sécurité n'est plus assurée sur le site de CDF et demandent la création d'une unité mère-enfant regroupant la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie sur un site unique à PRT ou CDF. Peu après, le médecin-chef adjoint et le médecin-chef du département de pédiatrie de PRT donnent également leur congé.

Ces démissions attirent l'attention sur la difficulté d'assurer une bonne qualité de prestations en séparant la gynécologie/obstétrique de la pédiatrie. En outre, vu les difficultés de recrutement, le risque que le canton de Neuchâtel ne dispose plus de pédiatrie hospitalière et que les cas nécessitant ces prestations doivent être traités hors canton n'est pas négligeable.

Ce contexte de crise précipite les réflexions sur la répartition des missions de soins aigus. Le CdE et HNE sont amenés à considérer des options plus radicales que celles prévues initialement. HNE gèle la mise en œuvre de la centralisation de la seule pédiatrie

hospitalière décidée et demande au CdE l'autorisation de mener une étude sur l'opportunité et la faisabilité de créer une unité mère-enfant sur un seul site. Les conclusions sont positives.

Début septembre 2007, le CdE fait savoir à HNE qu'il partage son analyse de la situation s'agissant plus spécifiquement des risques concernant l'avenir de la pédiatrie hospitalière et de l'obstétrique, ainsi que de la nécessité de définir une stratégie permettant d'assurer la pérennité de ces deux prestations importantes dans le canton.

Dans ce contexte, il considère que la création d'une unité mère-enfant s'impose. Cette stratégie soulève cependant d'importantes interrogations: où mettre cette unité et comment répartir les missions entre les sites de soins aigus, suite à sa création? Le CdE ne prend pas de décision définitive. Il demande à HNE de lui présenter un projet complet de réorganisation des activités médicales entre les sites de soins aigus en tenant compte de cette nouvelle donnée (création d'un Centre mère-enfant sur un site unique).

En parallèle, pour lui apporter un éclairage complémentaire dans cette phase d'analyse sur un sujet particulièrement sensible, le CdE décide de s'adjoindre la collaboration d'un groupe d'accompagnement. De son côté, HNE sollicite l'appui d'un consultant externe, pour l'aider à formuler des propositions de répartition des missions entre les sites de soins aigus. Les travaux menés à ce sujet par HNE, en collaboration avec le consultant, débouchent sur un rapport présenté formellement par HNE au CdE début janvier 2008.

Le rapport d'HNE conclut par la proposition de deux scénarii:

- le premier prévoit la création d'un Centre mère-enfant (regroupant la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie et la néonatalogie) sur le site de CDF et un Centre de l'appareil locomoteur (regroupant l'orthopédie, la traumatologie osseuse, la rhumatologie, la neurologie, la chirurgie du rachis et disciplines associées) à PRT;
- le second propose une répartition inverse des missions.

Dans une volonté politique réaffirmée de renforcer l'équilibre régional dans l'intérêt général de l'ensemble de la population neuchâteloise, le CdE opte, dans une déclaration du 15 janvier 2008, pour la variante 1 : création d'un Centre mère-enfant à CDF et d'un Centre de l'appareil locomoteur à PRT, au détriment de la variante 2, privilégiée par HNE et soutenue par le Conseil des hôpitaux, organe consultatif du CdE en matière de politique hospitalière. Le Gouvernement prend notamment en considération le fait que le scénario choisi doit permettre d'inscrire le site de CDF dans une perspective d'avenir plus positive.

Concernant le site de VDT, le scénario retenu par le CdE prévoit sa transformation en CTR, l'octroi à ce dernier d'une nouvelle mission cantonale dédiée à la gériatrie, le maintien d'une polyclinique régionale desservie durant les heures ouvrables et la mise en place d'une structure d'accueil de nuit et de week-end, en collaboration avec les médecins en cabinet. La variante choisie par le CdE prévoit encore, pour ce site, le maintien de consultations de gynécologie/obstétrique et de sage-femme et le lancement d'une expérience pilote de plateforme régionale de santé dont les objectifs sont de garantir, à long terme, l'accès à des soins de proximité à la population du Val-de-Travers et de contribuer à la formation des professionnels de santé de la région. Enfin, l'existence du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et d'un service d'ambulances, voire leur développement, sont garantis par la déclaration du CdE. Conscient de l'importance que revêtent ces réformes pour la région, le CdE réunit très rapidement l'ensemble des partenaires concernés (représentants politiques et médecins de la région, HNE, DSAS) au sein d'un groupe de travail ad hoc appelé à mettre en œuvre les décisions politiques décrites ci-dessus et à rechercher en commun des solutions appropriées.

Le bloc opératoire ainsi que la maternité sont fermés au mois de décembre 2008, afin de permettre au site de poursuivre sa mutation en CTR et d'accueillir les médecins de la plateforme régionale de santé.

Quant à l'hôpital de La Providence, la déclaration du CdE prévoit à terme le seul maintien de sa mission de dialyse ambulatoire et le transfert de ses autres missions, soit la médecine interne et ses spécialités, l'orthopédie élective et l'ophtalmologie hospitalière, à HNE.

### **3.1.3. Initiatives**

S'agissant d'une réforme d'importance dans un domaine particulièrement sensible, les décisions stratégiques prises par le CdE quant à la réorganisation des activités médicales hospitalières entre les sites de soins aigus provoquent des remous au sein de la population, en particulier sur le Littoral, en raison notamment du choix du site d'implantation du Centre mère-enfant à CDF, et au Val-de-Travers, région qui voit ses missions de soins aigus disparaître.

Trois initiatives législatives populaires cantonales sont déposées à la Chancellerie d'Etat. Toutes trois demandent une modification de la LEHM.

- La première, intitulée "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique", réclame l'implantation du Centre mère-enfant sur le site de PRT. Elle récolte plus de 9000 signatures.
- La seconde, nommée "Pour une médecine de proximité" et venant de la région Val-de-Travers, demande le statu quo en matière d'organisation hospitalière par rapport à la situation ayant cours à l'été 2008. Elle recueille près de 6600 signatures.
- La troisième, intitulée "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton", prévoit que soit garanti l'équilibre entre les sites de CDF et PRT, sites principaux d'HNE, en termes de nombre de lits de soins aigus, de patients, de postes de travail et de places de formation. Elle recueille plus de 6200 signatures.

En outre, le Conseil général de la Ville de La Chaux-de-Fonds adopte au mois de juin 2008 une initiative communale urgente, intitulée "Hôpital neuchâtelois, pour un retour des responsabilités", qui préconise une reprise en main du politique dans l'organisation. Cette initiative communale est, par la suite, adoptée par d'autres communes (Le Locle, Travers, Buttes, Môtiers, Boveresse, Couvet et Noiraigue).

Le Grand Conseil traite les initiatives des communes lors de sa session de septembre 2009 et accepte une modification de la LEHM visant à donner la compétence d'approuver les options stratégiques au Parlement. Ce dernier n'était jusqu'alors qu'informé sur ces options stratégiques.

La loi sur la création de NOMAD est également modifiée dans ce sens pour garantir une cohérence entre les lois cantonales sur les établissements de santé de droit public, celle sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie (LCNP) prévoyant déjà dès son adoption une telle attribution de compétences au législatif.

### **3.1.4. Etats généraux de la santé**

Les Etats généraux de la santé (EGS) du canton de Neuchâtel, dont l'objectif est d'«imaginer le système sanitaire neuchâtelois de demain», se déroulent le 24 octobre 2009 à Cernier. Leur organisation répond à la Recommandation interpartis de gauche

08.212 "Tenue d'Etats généraux de la santé", acceptée par le Grand Conseil le 28 janvier 2009.

Le CdE souhaite associer aussi largement que possible la société civile aux débats. Ainsi, la population est invitée à assister aux conférences, ainsi qu'à la table ronde qui se tiennent le matin. Trois thèmes sont proposés :

- la prévention et la promotion de la santé,
- les coûts du système de santé neuchâtelois,
- la planification hospitalière cantonale.

La seconde partie se déroule l'après-midi sous la forme de travaux de réflexion en ateliers destinés aux professionnels de la santé, aux politiques, ainsi qu'aux groupes ayant lancé les initiatives populaires en matière de planification hospitalière. Chacun des trois sujets abordés le matin est repris et examiné de manière approfondie. Avec l'aide de modérateurs professionnels, les participants sont invités à évoquer leurs préoccupations et à esquisser les solutions possibles. Les « Actes des états généraux de la santé » résument le contenu de ces discussions.

### **3.1.5. Groupe de pilotage politique**

Suite à la tenue des EGS, le CdE manifeste sa détermination à trouver une solution de répartition des missions hospitalières à même de constituer un consensus acceptable par le plus grand nombre de partenaires institutionnels et par les comités d'initiatives. Pour ce faire, il mandate le DSAS, afin qu'il propose une nouvelle répartition des missions hospitalières entre les sites HNE de PRT, CDF et VDT. Le CdE demande au DSAS de mener ces réflexions au sein d'un Groupe de pilotage politique (ci-après GPil) composé de trois conseillers d'Etat, de trois représentants des régions concernées par les initiatives (Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds et Val-de-Travers), de trois membres des comités d'initiative et de quatre personnes issues des groupes politiques du Grand Conseil. La solution proposée doit répondre aux conditions suivantes:

La recherche de la qualité des soins offerts à la population est une préoccupation majeure et permanente:

- Les sites de PRT et CDF se voient attribuer des missions d'importance équivalente, mais en tenant compte du principe de complémentarité.
- Les missions sont réparties de manière à respecter une cohérence médicale sur les deux sites.
- La solution doit offrir une garantie quant à sa pérennité, y compris en tenant compte des modifications de la LAMal qui entreront en vigueur en 2012.
- Un Centre femme-mère-enfant est localisé sur le site de PRT.
- Une activité d'importance équivalente est confiée au site de CDF.
- Une activité suffisante est garantie pour permettre le maintien sur chacun des deux sites d'un plateau technique 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 et plus particulièrement les soins intensifs et les blocs opératoires.
- Il est tenu compte dans la répartition des missions publiques de La Providence.

Le GPil procède à diverses auditions, confie à un consultant externe le mandat d'évaluer les différents scénarii envisagés et de dessiner un possible réseau hospitalier

neuchâtelois à l'horizon 2015-2020. Le GPil reprend à son compte les conclusions de l'expert et définit ses choix stratégiques.

Ces propositions très ambitieuses et innovantes sont adoptées à l'unanimité par le GPil, trouvant l'adhésion à la fois des conseillers communaux concernés, des représentants des comités d'initiative et des partis. Il soumet ses conclusions au CdE.

Ce dernier approuve le document du GPil et décide des options stratégiques suivantes:  
*A long terme:* le CdE souhaite étudier la création d'un site unique de soins aigus dont la mise en fonction est prévue à l'horizon 2022.

- Il estime qu'il y a urgence à montrer la voie et à arrêter un projet porteur susceptible d'attirer des compétences de haut niveau. Il lui apparaît que le regroupement des missions somatiques de soins aigus – et elles seules - sur un site unique est inéluctable. Des études comparatives devront être menées en vue de déterminer l'implantation de ce bâtiment qui viendrait en complément des sites actuels.

*A moyen terme:* le CdE souhaite réaliser un hôpital en réseau, avec trois centres diagnostiques, thérapeutiques et ambulatoires à PRT et CDF, d'une part, et à VDT, d'autre part, compte tenu des besoins identifiés, de développer les structures intermédiaires et les nouvelles formes d'hospitalisation.

- Organiser l'hôpital en réseau dans une vision 2022 : créer le réseau hospitalier avec les centres diagnostiques et thérapeutiques (CDT), les polycliniques ambulatoires et développer les structures complémentaires amont et aval (organisation par filières de patients, réseaux de soins spécialisés, lits B et hospitalisation à domicile), améliorer la coordination avec NOMAD.
- Développer rapidement les nouvelles technologies moins invasives, permettant une réduction de la durée des séjours et permettant d'amorcer le "virage" de l'ambulatoire.
- Introduire les technologies de l'information et de la communication : le dossier patient informatisé, la transmission des données par informatique, la lecture de données sur chacun des sites, etc..
- Développer les relations avec les patients à distance : télémédecine, internet, contrôles par téléphones portables, etc..
- Tenir compte, pour ce qui est des investissements et de l'entretien des bâtiments, des besoins de la période intermédiaire jusqu'en 2022, sans perdre de vue l'utilisation après 2022.

*A court terme:* le CdE demande au CdA de tout mettre en œuvre pour ramener un bon climat de travail au sein d'HNE, d'améliorer l'attractivité de l'hôpital en vue de l'ouverture des frontières en 2012 et de développer des compétences médicales particulières.

- Il est d'avis que les défis auxquels HNE devra faire face ne peuvent pas attendre 2022. Il pense qu'il y a urgence à reconstruire un climat de travail favorable visant à consolider la confiance.
- Il demande à HNE de tout mettre en œuvre afin de favoriser une évolution vers une gestion intégrée des services médicaux en général. Il s'agit en particulier de renforcer les capacités de l'encadrement médical en:

- définissant le projet médical,
- réorganisant les lits B et la gériatrie comme un seul pôle avec une direction unique,
- définissant le plan de développement avec pour objectif d'atteindre les ratios de l'hôpital virtuel, tels que décrit par l'expert (nombre de lits, durées de séjour, etc.),
- définissant une politique de ressources humaines et des critères de gestion efficiente,
- développant la gestion des risques et la sécurité du patient,
- nommant des responsables de sites,
- améliorant la qualité de l'accueil et le confort,
- améliorant l'accessibilité : fluidité des processus de rendez-vous, allègement des procédures administratives,
- Organisant les transports entre les différents sites,
- Examinant l'opportunité de réaliser des travaux urgents, en particulier sur le site de CDF

### **3.1.6. Mandat du Conseil d'Etat à HNE d'octobre 2010**

Le 4 octobre 2010, le CdE confie mandat au CdA d'élaborer une planification stratégique pour les cinq prochaines années, tout en gardant en perspective les objectifs à atteindre en 2022.

Ce plan stratégique doit contenir :

- *une orientation « patients »*: dès 2012, les hôpitaux seront en concurrence intercantonale. Cela veut dire que si nous désirons garder nos patients et en attirer en provenance d'autres cantons, si nous voulons aussi développer nos activités, en particulier dans certaines spécialités médicales de niche, nous devons nous montrer particulièrement attractifs. Nous devons donc développer un concept orienté vers les patients.
- *une orientation « coûts »*: nous devons continuellement améliorer l'efficacité. Cela signifie des durées d'hospitalisation en soins aigus aussi courtes que possible, l'introduction de nouvelles technologies innovantes et moins invasives, le développement de l'ambulatoire et de nouvelles formes de soins comme l'hospitalisation à domicile, ainsi que les technologies de l'information et de la communication, la définition d'itinéraires cliniques, etc.
- *Une orientation « collaboration intercantonale »* : Le plan stratégique doit contenir des réflexions sur la collaboration intercantonale et le développement de spécialisations médicales destinées aux patients de l'ensemble de l'Arc jurassien.

## **3.2. Réforme nationale du financement hospitalier**

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994, s'agissant de son volet relatif au financement hospitalier, est entrée en vigueur au 1er janvier 2009. Les principales modifications entreront cependant en force au 1er janvier 2012.

### **3.2.1. Choix de l'hôpital pour le patient**

Dès le 1er janvier 2012, les assurés ne disposant que de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pourront choisir librement, dans toute la Suisse, les hôpitaux qui figurent sur la liste hospitalière de leur canton de résidence ou sur celle du canton où se situe l'hôpital (hôpitaux répertoriés). Par cette décision, les Chambres fédérales souhaitent introduire une concurrence accrue entre hôpitaux, puisque les frontières cantonales disparaissent en grande partie. Cette libre circulation des patients est caractérisée par la prise en charge systématique par le canton de domicile de sa part de financement de la prestation.

De plus, avec cette révision, le statut juridique de l'institution n'importe plus. Les structures subventionnées et privées sont mises sur un pied d'égalité. Cela ne signifie pourtant pas une prise en charge de tous les patients traités en clinique privée.

Alors qu'il n'est aujourd'hui tenu de financer que les prestations réalisées hors canton pour des raisons médicales et qu'il subventionne les hôpitaux reconnus d'utilité publique de son canton, l'Etat devra à l'avenir participer au financement de toutes les prestations réalisées au bénéfice de sa population, dans un établissement reconnu ou non d'utilité publique, pour autant que celui-ci figure sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient ou sur celle du canton où il se situe. Les cantons financeront dès lors les soins de leur population et non plus des infrastructures avec leurs coûts d'exploitation.

Lorsqu'elles ne figurent pas sur une liste cantonale (hôpital non répertorié), les cliniques privées ont la possibilité de conclure des conventions avec les assureurs maladie pour une prise en charge par l'AOS. Dans ce dernier cas de figure, le canton n'est pas tenu de participer au financement de la prestation.

### **3.2.2. Mode de rémunération des prestations**

La LAMal révisée (art. 49, al. 1) consacre les forfaits liés aux prestations comme mode de rémunération général, mais pas exclusif, des traitements hospitaliers. Elle prévoit en outre que ces forfaits par cas doivent reposer sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse.

Dès l'introduction du financement à la prestation généralisé au niveau suisse, les tarifs appliqués aux assureurs maladie devront inclure deux nouveaux éléments financiers. Ainsi, les coûts des investissements et de la formation non universitaire, qui sont jusqu'à présent entièrement à la charge des cantons, seront dès 2012 pris en compte dans le calcul du tarif.

### **3.2.3. Planification hospitalière**

La planification hospitalière s'inscrit dans le contexte de la mise en œuvre de la LAMal depuis son introduction en 1996. Elle doit tenir compte des besoins de la population et vise à définir, par le biais d'une liste, quels sont les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS. Cette pratique générale n'est pas modifiée dans la législation révisée.

Certains changements sont toutefois apportés dans la manière de procéder à la planification. Ainsi, les critères de planification sont édictés par le Conseil fédéral par ordonnance et s'ajoutent à ceux déjà existants dans la LAMal. A titre d'exemple, la planification liée aux prestations est désormais obligatoire pour le secteur des soins aigus somatiques.

Par ailleurs, depuis le 1er janvier 2009, les maisons de naissance figurent sur la liste des fournisseurs de prestations qui sont admis, en vertu de la LAMal, à pratiquer à charge de l'AOS. Le texte révisé prescrit que non seulement l'accouchement dans une maison de naissance, mais aussi le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance constituent des prestations à charge de l'AOS.

Pour être reconnue comme prestataire au sens de la LAMal, une maison de naissance doit satisfaire à certaines contraintes de sécurité et doit remplir, par analogie, les exigences posées aux hôpitaux. Par ailleurs, elle doit être organisée de sorte qu'elle puisse réagir de manière adéquate face à des urgences médicales. Les maisons de naissance seront soumises aux exigences en matière de planification déjà prévues aujourd'hui dans la LAMal pour les hôpitaux et les EMS. Le délai est fixé au 1er janvier 2015 pour les intégrer à la planification cantonale.

Les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences (planification sur la base des prestations, application des critères édictés par le Conseil fédéral, etc.) prévues dans un délai de trois ans à compter de la date d'introduction des forfaits par prestations (SwissDRG). Celle-ci étant fixée au 1er janvier 2012, le délai pour la mise en œuvre de la nouvelle planification hospitalière est fixé au 1er janvier 2015 au plus tard.

#### **3.2.4. Régimes de financement des prestations**

Sous le régime de la LAMal révisée, la part minimale des coûts hospitaliers à charge des cantons s'élève à 55% (dès l'introduction des SwissDRG, le 1er janvier 2012). Les prestations sont prises en charge par les assureurs maladie et le canton selon leur part respective, ce qui signifie que l'AOS prend en charge au maximum 45% des coûts de la prestation.

Par ailleurs, la LAMal révisée introduit une nouvelle règle de financement selon laquelle les tarifs hospitaliers ne doivent plus correspondre à une part de la couverture des coûts imputables, mais à la rémunération des prestations fournies par l'hôpital (abandon du principe de la couverture des coûts et passage à un système de financement des prestations). La rémunération de ces prestations devra être prise en charge à raison de leur part respective par les assureurs maladie, par le canton de domicile de l'assuré, par les éventuels assureurs complémentaires ou encore par le patient.

Les prestations d'intérêt général telles que la formation universitaire et la recherche sont exclues du financement par l'AOS.

### **3.3. Planification hospitalière cantonale**

Comme déjà relevé dans le chapitre précédent, les nouvelles règles de financement hospitalier prévues par la LAMal déploieront leurs effets au 1er janvier 2012. Les cantons disposent toutefois d'un délai transitoire au 31 décembre 2014 pour établir une planification hospitalière satisfaisant aux nouvelles prescriptions fixées à l'échelon national. Le CdE prend l'option d'élaborer une planification et une liste hospitalière en deux étapes :

1. une première, ayant un caractère transitoire, qui porte sur les années 2012 à 2014 et limitée au domaine des soins aigus somatiques; la dernière planification date de 1999 et l'arrêté fixant la liste hospitalière cantonale en résultant également, documents qui sont aujourd'hui totalement obsolètes puisqu'ils ne tiennent notamment pas compte de la création de l'hôpital multisite qu'est HNE;
2. une seconde, dès le 1er janvier 2015, globale, qui prendra en compte tous les secteurs de soins hospitaliers (y compris la psychiatrie et la réadaptation), ainsi que tous les aspects de la LAMal révisée relatifs au financement hospitalier, qui doivent déployer leurs effets à compter de cette date.

### **3.3.1. Planification hospitalière 2012-2014**

La planification établie pour les années 2012-2014 se base sur un système de classification APDRG qui sera remplacé dès 2012 par les SwissDRG. Il conviendra, dès que nous aurons le recul nécessaire, de tenir compte de cette nouvelle structure tarifaire.

Pour garantir une analyse transparente et un traitement équitable de l'ensemble des hôpitaux publics, subventionnés et privés, comme le prévoit la LAMal révisée, lors de l'ultime étape du processus de planification hospitalière que constituent l'établissement de la liste hospitalière cantonale et l'octroi des mandats de prestations aux hôpitaux, le CdE a fixé, dans un arrêté du 6 septembre 2011, une série de critères à remplir par lesdits hôpitaux pour figurer sur ladite liste et se voir octroyer de tels mandats. Pour ce faire, il reprend les critères définis dans la LAMal et dans l'OAMal révisée et les précise.

Dans cet arrêté, le Conseil d'Etat tient compte de deux types de critères pour l'octroi de mandats de prestations:

1. les critères impératifs que tous les fournisseurs de prestations doivent remplir pour pouvoir participer à la procédure d'octroi, notamment l'obligation d'admission de tous les patients LAMal, la justification d'une masse critique suffisante pour garantir la qualité des prestations et l'application des conditions de travail selon la CCT Santé 21;
2. les critères d'adjudication qui doivent permettre au CdE d'effectuer un choix définitif pour l'octroi des mandats parmi les fournisseurs de prestations remplissant les critères impératifs, notamment l'économicité et la qualité des prestations ou l'accès aux traitements.

Une approche en deux phases est retenue pour l'élaboration de la liste hospitalière neuchâteloise. Dans un premier temps, le CdE souhaite identifier les hôpitaux avec lesquels il pourrait collaborer. Pour ce faire, il fixe des critères dits "impératifs" qui définissent les conditions d'accès pour participer au processus d'octroi des mandats. Connaissant ces "règles du jeu", les institutions doivent dire si elles entendent ou non solliciter un mandat de prestations. Un appel d'offres a été lancé. Les besoins de la population neuchâteloise n'étant pas illimités, le CdE doit, dans un second temps, se donner les moyens de définir, parmi les hôpitaux qui sollicitent un mandat de prestations, lesquels s'en verront octroyer un. Pour ce faire, il a défini des critères dits "d'adjudication" qui ont précisément pour objectif de donner des bases claires, transparentes et équitables au CdE pour effectuer ses choix.

En application de la loi de santé, la planification hospitalière est de la compétence du CdE. Par contre, conformément à la LEHM, l'approbation des options stratégiques s'inscrivant dans le cadre de la planification sanitaire relève de la compétence du Grand Conseil. Le CdE doit dès lors se conformer aux décisions prises par ce dernier dans le cadre de l'octroi des mandats de prestations.

La méthodologie, contraignante à partir de laquelle a été établie la planification a son fondement dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal, art. 39) et surtout dans son ordonnance d'application, l'OAMal (art. 58a à 58e). Il en résulte que les étapes de la planification, qui doit se baser sur les prestations et non plus les capacités comme c'est le cas aujourd'hui, sont les suivantes:

1. les cantons déterminent les besoins en soins de leur population selon une démarche vérifiable;
2. les cantons déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée;
3. les cantons déterminent l'offre qui doit être garantie par les établissements cantonaux et extra-cantonaux inscrits sur la liste cantonale.

Pour l'établissement de la planification, le Conseil d'Etat s'est également fondé sur les travaux de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), en l'occurrence des recommandations et guide pour une planification liée aux prestations.

S'agissant des données utilisées, le Conseil d'Etat a notamment eu recours aux statistiques médicales et administratives des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) qui regroupent toutes les prestations fournies par les hôpitaux neuchâtelois (y compris cliniques privées), ainsi que celles réalisées hors canton pour les patients neuchâtelois (y compris par convenance personnelle), l'année 2008 servant de référence.

Les prestations (plus de 600 DRG) ont été regroupées en 27 domaines de prestations, suivant en cela un concept élaboré par les cantons de Zurich et Berne, puis recommandé par la CDS, basé sur les APDRG (il est également adapté aux futurs SwissDRG). Il a ensuite procédé aux différentes étapes de planification pour chacun de ces 27 domaines pour les années 2012, 2013 et 2014, pour arriver à déterminer l'offre qui doit être garantie par les établissements cantonaux et extra-cantonaux figurant dans la liste hospitalière et qui ressort du tableau ci-après.

Intégrant une évolution des besoins de la population, liée à la démographie et aux changements de prise en charge (virage de l'ambulatoire) dans le cadre d'un modèle de projection des besoins élaboré par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), en collaboration avec le service statistique vaudois (SCRIS), et tenant compte du fait qu'une partie de la demande neuchâteloise sera couverte par des hôpitaux ne figurant pas sur sa liste hospitalière, l'offre devant être couverte par les établissements inscrits sur la liste hospitalière neuchâteloise peut être évaluée.

Domaines de prestations	2012		2013		2014	
	Canton de Neuchâtel	Hors canton	Canton de Neuchâtel	Hors canton	Canton de Neuchâtel	Hors canton
	(Radio-) Oncologie	105	56	100	54	94
Autres traitements	529	114	532	114	537	114
Blessures graves	219	7	219	7	220	7
Cardiologie et angiologie	1008	613	1017	591	1032	574
Chirurgie cardiaque et vasculaire	383	207	378	209	377	212
Chirurgie thoracique	174	26	177	27	178	27
Chirurgie viscérale	1411	28	1419	28	1432	28
Dermatologie	350	37	354	37	359	37
Endocrinologie	204	8	205	8	207	8
Gastro-entérologie	1177	38	1188	39	1196	39
Gynécologie	704	13	705	13	703	13
Hématologie	197	22	198	22	202	21
Infectiologie	265	13	266	13	271	13
Néonatalogie	184	5	184	5	185	5
Néphrologie	256	6	260	6	262	6
Neurochirurgie	27	72	27	72	27	72
Neurologie	742	67	750	68	759	68
Obstétrique	1920	40	1930	40	1942	40
Ophthalmologie	234	115	225	113	216	111
Orthopédie	2649	240	2649	241	2660	239
Otorhinolaryngologie	690	39	691	39	693	39
Pneumologie	845	24	852	24	857	24
Psychiatrie et toxicologie	130	4	133	4	133	4
Rhumatologie	418	60	418	60	423	61
Transferts et décès	557	23	563	23	568	23
Transplantations	0	5	0	5	0	5
Urologie	724	34	718	34	715	33
<b>Total général</b>	<b>16103</b>	<b>1916</b>	<b>16158</b>	<b>1895</b>	<b>16247</b>	<b>1875</b>

Il résulte de la planification hospitalière que le CdE octroiera, pour les années 2012 à 2014, des mandats de prestations à HNE pour l'ensemble des domaines de prestations, à l'exception des transplantations, et à la clinique de La Providence, pour les domaines de prestations d'orthopédie, d'ophtalmologie et de néphrologie. Ces derniers seront octroyés pour des prestations électives (programmées) uniquement, alors qu'HNE fournira également des prestations d'urgences.

Selon la planification du CdE, ces institutions devraient fournir plus de 16'000 prestations (cas d'hospitalisation) par année entre 2012 et 2014, pour un total de l'ordre de 110'000 journées d'hospitalisation. En termes de lits, tenant compte d'un taux d'occupation de 85%, il faut prévoir à cet horizon environ 355 lits, soit 8 de moins qu'actuellement (363).

Il n'est pas prévu que les cliniques privées implantées à La Chaux-de-Fonds se voient octroyer un mandat de prestations, de même que la maison de naissance Tilia, puisqu'elles ne remplissent pas les conditions impératives posées par le Conseil d'Etat en matière de masse critique d'activités.

### 3.3.2. Planification hospitalière globale dès 2015

L'absence de structure tarifaire unique et à la prestation, les changements importants qui sont survenus depuis l'année 2008, année de référence, dans les domaines de la réadaptation, des soins palliatifs et de la psychiatrie, amènent le CdE à traiter l'ensemble des secteurs de soins hospitaliers dans une seconde planification, lorsque les bases de financement de ces secteurs seront plus solides.

Ainsi, le CdE entend établir pour le 1er janvier 2015, une nouvelle planification, mais cette fois-ci globale, qui prendra en compte tous les secteurs de soins hospitaliers (c'est-à-dire non seulement les soins somatiques aigus, mais aussi la réadaptation, les soins palliatifs et la psychiatrie), ainsi que tous les aspects de la LAMal révisée relative au financement hospitalier, qui doivent déployer leur effet à compter du 1er janvier 2015. La

LAMal révisée, dans ses dispositions transitoires, fait en effet obligation aux cantons d'avoir totalement intégré, au plus tard le 1er janvier 2015, les changements prévus notamment s'agissant de la planification hospitalière.

### **3.4. Processus politique en matière de politique hospitalière de soins physiques**

Dans son rapport au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi sur l'EHM, du 15 septembre 2005, le CdE relève dans le résumé qu' « en cantonalisant le système hospitalier (ndlr. par la création de l'établissement de droit public cantonal), l'État désire prendre ses distances avec le fonctionnement des hôpitaux et se concentrer sur ses missions essentielles que sont la définition des objectifs stratégiques et l'allocation des ressources. L'État reste le garant de l'accès aux soins pour la population neuchâteloise, de la qualité des soins et du financement du système de santé hospitalier ».

Dans le chapitre 8.4. dudit rapport intitulé « Rôle de l'Etat », le CdE précise celui-ci dans la nouvelle organisation proposée et le cadre imparti à HNE: « L'Etat est garant de l'accès aux soins pour la population neuchâteloise, de la qualité des soins et du financement du système de santé hospitalier. L'Etat fixe ses objectifs en la matière par le biais de mandats de prestations conclus avec l'EHM. Il est évident que le domaine de la santé est une tâche éminemment stratégique, qui doit rester dans les mains des pouvoirs politiques démocratiquement élus. L'Etat doit donc maintenir son rôle politique premier. Si les techniciens doivent bénéficier d'une grande marge de manœuvre, il n'est pas question de leur abandonner entièrement ce domaine et de les laisser décider quel sera le système de santé hospitalier neuchâtelois. (...), l'Etat reste porteur des grands projets et demeure le garant du fonctionnement du système hospitalier. Le Conseil d'Etat est politiquement responsable des actions décidées par l'EHM et des conséquences de ces actions sur la population et sur les régions.

Toutefois, l'établissement dispose de davantage de marge de manœuvre par rapport à la situation que les hôpitaux connaissent aujourd'hui. Il est chargé de mener à bien les missions que l'Etat lui a confiées dans les conditions-cadres qui lui sont dictées ».

S'agissant du rôle et du cadre imparti au CdA, le chap. 8.5.3. du rapport relève que « le Conseil d'administration joue un rôle clé dans l'EHM. En effet, c'est lui qui détient le vrai pouvoir opérationnel et qui applique les décisions stratégiques définies par le Conseil d'Etat. La santé, et plus particulièrement le monde hospitalier, reste un sujet hautement politique. Un hôpital public ou subventionné ne peut pas être géré de la même manière qu'une clinique privée et les membres du Conseil d'administration doivent également faire preuve d'une bonne sensibilité politique. Sans cela l'EHM pourrait prendre des options techniquement valables mais impossibles à porter politiquement avec le risque de créer des relations tendues entre l'Etat, la population et l'établissement ». Au vu de ce qui précède, et en termes de processus, il incombe donc au CdA de proposer des options stratégiques dans le cadre fixé par le CdE. Il s'appuie pour effectuer ce travail sur la direction générale.

Il revient toutefois au CdE de définir les missions de l'EHM pour chaque site et de veiller à la conservation de l'importance relative des sites et à l'égalité entre les régions dont il est le garant (art. 13, al. 1, let. c et d LEHM). Si les options prises par l'établissement rentrent dans le cadre fixé et répondent aux principes définis ci-avant, le CdE les soumet pour approbation au Grand Conseil. C'est ce qu'il a fait dans le même contexte légal avec les options stratégiques qui ont été élaborées par le CNP dans son plan d'action 2010-2012. Si en revanche, certaines options s'écartent du cadre ou ne permettent pas de respecter les engagements pris par le CdE, celui-ci doit les évaluer et, le cas échéant, proposer des compléments ou des modifications dans le cadre du rapport qu'il soumet au Grand Conseil.

#### **4. OBJECTIFS DU CONSEIL D'ETAT**

Comme déjà relevé plus haut, les décisions stratégiques prises par le CdE en janvier 2008, quant à la réorganisation des activités médicales hospitalières, conduisent au dépôt de trois initiatives populaires.

En organisant des EGS auxquels la population et les milieux concernés sont largement associés, en menant la réflexion au sein d'un GPil, en adoptant ses conclusions et en donnant mandat à HNE d'élaborer des propositions d'axes stratégiques, le CdE manifeste sa détermination à trouver une solution consensuelle de répartition des missions hospitalières entre les sites de PRT, CDF et VDT.

L'objectif du CdE est d'éviter, si possible, un déchirement du canton par la votation d'initiatives qui risquent de dresser les régions les unes contre les autres. Il cherche à dégager un consensus qui permette le retrait des initiatives. Il construit ce consensus pas à pas depuis les EGS, par de larges et nombreuses consultations et négociations. Si les EGS voient une tendance se dessiner, les travaux du GPil se terminent par l'élaboration d'un document qui est adopté à l'unanimité et qui sert de base de travail. Les options stratégiques qui sont proposées dans le présent rapport poursuivent ce même but.

Cette démarche tient également compte d'autres perspectives, comme la réforme du financement hospitalier, l'élaboration d'une nouvelle planification hospitalière dans le domaine des soins aigus somatiques pour les années 2012-2014, puis d'une planification plus globale dès 2015.

La réflexion menée par le CdE tient aussi compte de l'hypothèse de la création d'un site unique de soins aigus à l'horizon 2022, comme le définit le GPil dans son texte final. Elle s'inscrit dans une perspective de transition, soit de moyen terme (cinq ans). L'organisation décrite dans ce rapport doit conduire à une amélioration du fonctionnement et de l'efficacité des deux sites actuels de soins aigus, mais aussi permettre un transfert simple de services cohérents dans un site unique de soins aigus le moment venu, si cela se révèle être la solution la meilleure.

Dans tous les cas, l'organisation hospitalière proposée doit garantir la sécurité sanitaire de la population et la qualité des prestations fournies par HNE.

#### **5. PERSPECTIVES**

Avant d'aborder les options stratégiques proprement dites, le CdE souhaite présenter sa vision de l'évolution prochaine du système sanitaire et hospitalier.

##### **5.1. Evolution des besoins en soins de la population**

Tout d'abord, il s'agit d'apprécier l'évolution des besoins de la population. Celle-ci a notamment été étudiée dans le cadre de la planification hospitalière cantonale présentée brièvement au chapitre 3.3.1.. Il en ressort que l'allongement de la durée de vie annoncé pour ces prochaines années aura un impact certain sur le recours aux soins.

Les patients âgés sont hospitalisés plus souvent et plus longtemps que le reste de la population. Le vieillissement devrait dès lors être la source d'une demande en soins de plus en plus importante.

L'impact du vieillissement de la société sur le recours aux soins est surtout lié à l'évolution épidémiologique. En effet, ce sont surtout les maladies chroniques et dégénératives, fréquentes chez les personnes âgées, qui accroissent la consommation.

Par ailleurs, les coûts de la santé ne cessent d'augmenter. Or, les moyens financiers ne sont pas illimités. Une pression est dès lors exercée par les financeurs sur les prestataires de soins pour accroître l'économicité, tout en garantissant une qualité adéquate. Dans leur ensemble, les partenaires du secteur de la santé recherchent l'efficacité de la prise en charge. Le passage prochain à un financement forfaitaire par pathologie, généralisé dans le secteur hospitalier placera le débat de l'efficacité dans le champ des durées de séjour qui seront globalement appelées à diminuer.

Cette pression pousse les hôpitaux à rechercher des méthodes de prise en charge alternatives. Ainsi, l'ambulatoire est développé et favorisé, lorsque cela est possible, en remplacement de la prise en charge stationnaire traditionnelle. Les hospitalisations à domicile devraient également augmenter.

Cette recherche de rationalisation de la prise en charge s'impose d'autant plus qu'une pénurie de personnel spécialisé existe déjà pour certaines catégories professionnelles et est attendue prochainement pour d'autres.

S'ajoute à cela la volonté d'offrir un confort supplémentaire au patient qui ne doit dès lors plus être hospitalisé durant plusieurs jours après avoir subi une petite intervention, mais pouvoir si possible rentrer le jour même de celle-ci à la maison.

HNE présente aujourd'hui un taux d'opérations ambulatoires insuffisant en comparaison intercantonale. Il existe un potentiel de réduction des durées de séjours.

## **5.2. Evolution du paysage hospitalier**

Le chapitre 3.2. présente les nouvelles règles de financement hospitalier prévues par la LAMal révisée. Un des objectifs principaux de cette réforme est d'accroître la concurrence entre hôpitaux avec pour corollaire l'obtention de niveaux de qualité et d'économicité meilleurs qu'actuellement. Cette concurrence est élargie d'une part aux hôpitaux d'autres cantons et d'autre part aux cliniques privées, pour autant qu'elles figurent sur la liste hospitalière.

Afin d'éviter un exode des patients neuchâtelois vers d'autres hôpitaux qu'HNE, il est essentiel pour ce dernier de se positionner clairement dans ce nouveau paysage hospitalier.

La création de centres de compétences forts au sein d'HNE doit permettre d'atteindre cet objectif. Le CdE estime en effet qu'il n'est aujourd'hui plus possible de proposer toutes les prestations partout et qu'il est nécessaire de procéder à des regroupements. Ceux-ci doivent avoir du sens du point de vue de la prise en charge.

## **6. PLAN STRATEGIQUE D'HNE**

Au mois d'octobre 2010, le CdE charge le CdA d'HNE d'élaborer, pour le 30 avril 2011, une planification stratégique pour les cinq prochaines années (moyen terme), avec en arrière-fond la perspective du site unique de soins aigus en 2022.

## 6.1. Version de mai 2011

Le CdA d'HNE remet au CdE une première version de son plan stratégique le 17 mai 2011. Il le lui présente également de vive voix lors d'une séance du 23 mai 2011.

Ce plan est disponible, avec ces annexes, sur le site Internet du Service cantonal de la santé publique (ci-après SCSP).

Dans la version de mai, HNE propose de répartir ses missions de la façon suivante :

Sites	Transition
La Chaux-de-Fonds	Activités actuelles + Pôle de l'appareil locomoteur
Pourtalès	Activités actuelles + Pôle femme-mère-enfant
La Béroche	CTR Polyclinique organisée avec les médecins installés
Val-de-Travers	CTR spécialisé avec pôle gériatrique Site pilote de mise en œuvre d'un centre de diagnostic et de traitement (CDT)
Le Locle	CTR Polyclinique organisée en collaboration avec les médecins installés
Val-de-Ruz	CTR/MPR Polyclinique organisée en collaboration avec les médecins installés
La Chrysalide	Missions de soins palliatifs

Après en avoir pris connaissance, le CdE estime qu'HNE a fourni un travail important pour l'élaboration de ce plan. Le diagnostic effectué, notamment de l'évolution de la médecine et des besoins de la population, des forces et faiblesses d'HNE ou du dimensionnement de l'offre de prestations pour les prochaines années, constitue une base intéressante. L'approche retenue est considérée comme cohérente. Cependant, le mandat du CdE n'est pas entièrement rempli. Il manque quelques chiffres ainsi qu'une planification financière et des investissements.

Le CdE estime dès lors qu'il ne peut reprendre ce document en l'état à l'appui du rapport qu'il entend présenter au Grand Conseil sur les options stratégiques, faute de disposer de toutes les informations nécessaires pour l'établir.

Il sollicite d'HNE, par le biais d'un courrier du DSAS du 28 juin 2011, un certain nombre de compléments à son plan :

### 1. Clarification des options stratégiques essentielles et développement

Le CdE demande de préciser les options stratégiques, comme par exemple la répartition des missions entre les sites, les spécialités médicales nouvelles qu'HNE veut développer, la planification des investissements, la planification financière intégrant les mesures d'économie demandées par le CdE et le calendrier de réalisation des investissements et de l'implantation des missions sur les sites.

### 2. Mise en perspective des réponses apportées aux mandats du CdE

Le CdE souhaite que soit mises en évidence les réponses à ses mandats dans les domaines suivants :

- Orientation coûts: où en est-on dans la mise en place des mesures d'économies ?
- Orientation patients: quels aménagements pour favoriser l'accueil du patient?
- Orientation réseau: quels éléments seront en réseau, comment va-t-on travailler avec les organismes amont et aval, entre les sites, avec les partenaires, etc.?

### 3. Réponses aux initiatives pendantes

Le CdE souhaite qu'HNE revoie ce que demandent les différentes initiatives et mette en perspective les réponses qu'y apporte le plan stratégique, notamment:

- le Centre femme-mère-enfant reste à PRT ;
- VDT reçoit des missions suffisamment intéressantes pour remplacer sa maternité et son bloc opératoire et des investissements sont consentis en conséquence;
- les sites de PRT et CDF conservent un équilibre des missions conformément aux indicateurs cités dans l'initiative du PSN.

### 4. Réponses aux questions régulièrement posées

Le CdE désire également qu'il soit répondu à un certain nombre de questions qui reviennent régulièrement:

- organisation des portes d'entrée dans HNE à PRT, CDF et VDT ;
- organisation des transports entre les sites selon le mandat donné par le Département ;
- cursus de médecine générale et collaboration avec les médecins installés.

Le CdE demande que ces documents lui soient fournis jusqu'à fin août. Cependant HNE, désirant associer ses collaborateurs et collaboratrices à la réflexion, sollicite un délai supplémentaire à fin décembre 2011. Finalement, le Gouvernement octroie à HNE un délai au 31 octobre 2011. La sensibilité politique du dossier et la nécessité de clarifier rapidement les options stratégiques d'HNE pour permettre à cet établissement d'aller de l'avant le convainquent de ne pas repousser le délai au-delà de cette échéance.

## 6.2. Version d'octobre 2011

Le 31 octobre 2011, le CdA d'HNE soumet au CdE une nouvelle version de son plan stratégique, qu'il lui présente oralement le même jour. Lors de cette séance, la présidente du CdA déclare que ce dernier document annule les précédents et fait désormais foi.

En complément à son rapport initial, le CdA fournit un travail important de réflexion sur l'organisation d'HNE en général et sur la répartition des missions entre les sites en particulier. Pour ce faire, il associe, comme il en a manifesté le souhait, la direction générale et les cadres de l'institution, notamment sur les plans médical et soignant. Quatre groupes de travail sont constitués au sein d'HNE pour traiter des questions particulières qui se posent dans les domaines de la médecine interne, de la chirurgie, des Centres de diagnostics et de traitement (CDT) et des Centres de traitement et de réadaptation (CTR). Chaque équipe se réunit à plusieurs reprises, en présence de membres du CdA et de la direction générale. Si certains groupes arrivent assez facilement à se mettre d'accord sur un descriptif et un modèle de répartition des missions entre les sites de CDF et PRT, comme les groupes « Médecine » et « CDT », les avis divergent au sein de l'équipe « Chirurgie », les visions de l'hôpital des membres de ce groupe de travail étant très différentes. En effet, deux courants s'opposent: les uns prônent la centralisation de l'activité chirurgicale (hors activités femme-mère-enfant et

appareil locomoteur) dans un Centre de chirurgie unique, performant et efficient, tandis que les autres proposent une répartition de l'activité chirurgicale entre les deux sites de soins aigus selon la complexité de la prise en charge. HNE choisit finalement cette dernière version.

Enfin, le groupe « CTR » propose une nouvelle réflexion, qui sort du mandat qui a été confié à HNE, estimant qu'il faudrait regrouper, à horizon 2022, les quatre CTR actuels (Le Locle, Val-de-Ruz, VDT, Béroche) sur un seul site.

### **6.3. Options stratégiques proposées par HNE**

De manière générale, les options stratégiques proposées par HNE peuvent être résumées de la manière suivante :

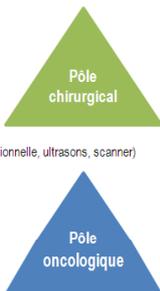
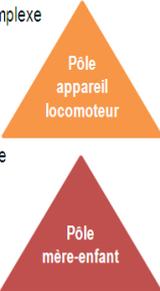
1. Des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de CDF et PRT;
2. Des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT;
3. Des Centres de diagnostic et de traitement (CDT), comprenant notamment les polycliniques et services d'urgences actuels, mais également d'autres prestations ambulatoires de proximité, ouverts 7jours/7 jours et 24heures/24 heures, sont localisés sur les sites de CDF et PRT;
4. Des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT;
5. Une plateforme régionale de santé est développée sur les sites de VDT, du Locle, du Val-de-Ruz et de La Béroche;
6. Un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) est localisé sur les sites du Locle (30 lits), du Val-de-Ruz (20 lits), du VDT (30 lits) et de La Béroche (30 lits);
7. Des prestations de médecine physique et de réadaptation (MPR) sont proposées sur le site du Val-de-Ruz (20 lits);
8. Le pôle femme-mère-enfant est localisé à PRT;
9. Un pôle de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis;
10. Des investissements immobiliers sont consentis sur le site de CDF pour la rénovation des blocs opératoires, des unités d'hospitalisation et du hall d'entrée;
11. Le pôle oncologique est localisé sur le site de CDF et intègre de nouvelles compétences liées à la sénologie;
12. Un pôle chirurgical stationnaire de court séjour et ambulatoire est créé sur le site de CDF;
13. La chirurgie stationnaire complexe est fournie sur le site de PRT;
14. Un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) gériatrique, au bénéfice d'une reconnaissance de la FMH en termes de formation, est localisé sur le site de VDT;
15. Un Centre de diagnostic et de traitement de jour est développé sur le site de VDT, sous la forme d'un projet-pilote de CDT;

16. Une étude est menée visant à déterminer l'opportunité de créer un site unique de soins aigus et l'endroit où le localiser à horizon 2022;

17. Conjointement à la création d'un site unique de soins aigus, la question du regroupement des CTR sur un seul site est posée, à horizon 2022.

Par sa volonté de créer un pôle de l'appareil locomoteur sur le site de PRT, HNE laisse ouverte l'option de reprendre ou non tout ou partie de l'activité de La Providence, en particulier dans le domaine de l'orthopédie. Il considère pouvoir, soit entrer en concurrence directe avec cette institution, soit maintenir, voire développer, les échanges qu'il a actuellement avec cet établissement.

Trois phases sont retenues dans le plan: une première portant sur les années 2011 et 2012 devant permettre de préparer la nouvelle répartition des missions ; une seconde dédiée au développement des pôles de compétences à partir de fin 2012 – début 2013 ; une troisième devant concrétiser la création d'un site unique de soins aigus et le regroupement de toutes les activités stationnaires, avec le maintien de prestations de proximité sur les sites de CDF et PRT, par le biais des CDT.

	2011-2012	≥ 2013	Horizon 2022
<b>La Chaux-de-Fonds</b>	<p>Etude de la localisation des sites uniques de soins aigus et CTR par le DSAS</p> <p>CDT 24h/24 (urgences + polycliniques) SMUR</p> <p>Médecine</p> <p>Chirurgie stationnaire + ambulatoire Orthopédie et traumatologie adulte</p> <p>Imagerie médicale (conventionnelle, ultrasons, scanner)</p> <p>Oncologie Radiothérapie Médecine nucléaire</p> <p>Soins intensifs</p> <p>Salles d'opérations neuves en 2013</p> <p>Rénovation des unités de soins entre 2013 et 2016. Mise en service progressive.</p>	<p>Evolution progressive des missions vers la structure de sites uniques</p> <p>CDT 24h/24 (urgences + polycliniques) SMUR</p> <p>Médecine</p> <p>Chirurgie stationnaire de court séjour Chirurgie ambulatoire</p> <p>Imagerie médicale (conventionnelle, ultrasons, scanner)</p> <p>Oncologie Médecine nucléaire Radiothérapie Sénologie</p> <p>Soins intensifs</p> <p></p>	<p>CDT 24h/24 (urgences + polyclinique) SMUR</p> <p>+</p> <p>site unique de soins aigus ? site unique CTR ?</p>
<b>Portalès</b>	<p>CDT 24h/24 (urgences + polycliniques) SMUR</p> <p>Médecine</p> <p>Chirurgie stationnaire + ambulatoire Traumatologie adulte et pédiatrique</p> <p>Gynécologie et obstétrique Pédiatrie et néonatalogie</p> <p>Imagerie médicale (conventionnelle, ultrasons, scanner, IRM)</p> <p>Soins intensifs Oncologie</p>	<p>CDT 24h/24 (urgences + polycliniques) SMUR</p> <p>Médecine</p> <p>Chirurgie stationnaire complexe</p> <p>Orthopédie Traumatologie</p> <p>Gynécologie + obstétrique Pédiatrie + néonatalogie</p> <p>Imagerie médicale</p> <p>Soins intensifs Oncologie</p> <p></p>	<p>CDT 24h/24 (urgences + polyclinique) SMUR</p> <p>+</p> <p>site unique de soins aigus ? site unique CTR ?</p>

	2011-2022	Horizon sites uniques ≥ 2022
	Etude sur les perspectives des CTR à l'horizon site unique CTR → Evolution progressive des sites	
Val-de-Travers	SMUR Garde médicale avec les médecins installés CDT de jour CTR gériatrique Plateforme santé	CDT de jour SMUR Plateforme santé Garde médicale avec les médecins installés
Le Locle	CTR Plateforme santé régionale	Plateforme santé régionale (dans ou hors les murs d'HNE)
Val-de-Ruz	CTR - MPR Plateforme santé régionale	Plateforme santé régionale (dans ou hors les murs d'HNE)
La Béroche	CTR Plateforme santé régionale	Plateforme santé régionale (dans ou hors les murs d'HNE)

S'agissant des CTR, le tableau ci-dessus décrit ce qu'entend mettre en place HNE dans la situation qui prévaut actuellement et dans la perspective du regroupement de toute l'activité CTR sur un site unique à long terme.

#### 6.4. Appréciation du plan stratégique par le Conseil d'Etat

En préambule, le CdE relève qu'il porte son appréciation sur la version du plan stratégique d'HNE du mois d'octobre 2011, qui s'écarte sur quelques aspects de celle de mai 2011, s'agissant notamment de la répartition de certaines missions hospitalières de soins aigus entre les sites de CDF et PRT.

HNE propose à terme (horizon 2022) un système hospitalier en réseau autour d'un site unique de soins aigus. Celui-ci emporte l'adhésion aussi bien des organes dirigeants d'HNE que des cadres médicaux et soignants. Il prévoit la création de trois Centres de diagnostic et de traitement (CDT), concept développé par l'expert et dont les contours sont affinés dans le cadre des réflexions menées par le groupe de travail chargé d'étudier cette question au sein d'HNE, garantissant une sécurité sanitaire dans toutes les régions du canton. HNE répond en ce sens aux deux premiers objectifs à moyen et long terme fixés dans le mandat.

Par sa proposition relative à la création d'un pôle chirurgical de court séjour stationnaire et ambulatoire, il montre la voie à suivre dans la perspective du développement de l'ambulatoire et de la réduction de la durée moyenne de séjour. Il existe un potentiel très important encore sous-exploité dans le canton par rapport à ce qui se fait dans d'autres pays, où la chirurgie ambulatoire est très développée (USA, pays du nord de l'Europe), ou même dans les cliniques privées du canton de Neuchâtel.

HNE entend par ailleurs développer les nouvelles technologies de l'information pour faire évoluer positivement son offre, notamment par la mise en place de son système d'information clinique.

HNE répond également aux objectifs qui lui sont fixés à court terme. Une partie de ces derniers relève de l'opérationnel et donc de la compétence d'HNE. Ainsi, certains de ces éléments ne sont pas présentés dans la nouvelle version du plan stratégique, puisqu'ils n'appellent pas de prise de décision de la part de l'autorité politique (politique des

ressources humaines, gestion des risques, amélioration de l'accessibilité). Dans ce cadre, HNE renonce à réintroduire des directions de sites, qui lui paraissent superflues.

Si la majorité des informations sollicitées par courrier du 28 juin 2011 est présentée, il reste cependant quelques points d'ombre, comme par exemple la définition exacte des activités dévolues au Centre chirurgical de CDF ou l'explication de ce que l'on entend par « compétences renforcées en sénologie ». Ces éléments doivent être approfondis.

La question de la "porte d'entrée" dans HNE sur le site de VDT n'est pas évoquée dans le plan stratégique d'octobre 2011. Elle est cependant traitée dans la présentation faite par HNE au CdE en lien avec le CDT de VDT, qui doit remplir cette fonction de porte d'entrée.

A noter aussi qu'HNE n'est pas encore en mesure de proposer un concept de transport entre ses différents sites. Il informe qu'un mandat est confié pour cela à la HE-Arc et qu'une solution transitoire par le biais de bons de taxi est mise en place dans certains cas : les personnes qui doivent se rendre sur les sites ou des sites HNE de PRT, CDF et VDT en-dehors des possibilités de prendre les transports publics, peuvent demander des bons de taxi à l'accueil.

Enfin, HNE sort du mandat qui lui est assigné par le CdE lorsqu'il propose, sous réserve d'études à mener, la centralisation de l'activité des CTR sur un site unique.

En conclusion, le CdE considère que les options 1 à 10 citées ci-dessus répondent au cadre fixé dans le mandat donné à HNE au mois d'octobre 2010 et font l'objet d'un consensus.

A contrario, les options stratégiques 11 à 15 méritent d'être analysées plus en détails car elles sont insuffisamment définies ou font l'objet de divergences. Le CdE se doit donc d'examiner ces points, d'affiner la réflexion, de rechercher des renseignements complémentaires et de chiffrer les activités induites et les coûts dans toute la mesure du possible.

Quant au point 16, il répond aux attentes dans la mesure où le CdE a retenu l'option d'étudier la création d'un site unique de soins aigus somatiques à l'horizon 2022 dans sa décision de 2010. S'agissant de l'option 17, c'est une question qui se reposera dans le cadre de l'étude du site unique, puisqu'il faudra alors prendre en considération l'avenir des sites actuels.

En outre, le CdE doit vérifier que le projet d'HNE respecte les pré-requis qu'il lui a fixés, notamment en ce qui concerne les activités dévolues à chaque site (le respect du principe d'équivalence des sites incombant au CdE selon la LEHM)

## **6.5. Consultations sur le plan stratégiques d'HNE**

Le CdE, a souhaité partager son analyse avec ses organes consultatifs en matière de politique hospitalière et sanitaire. De plus, il a voulu rencontrer les comités d'initiatives pour savoir dans quelle mesure le plan présenté par HNE répondait à leurs attentes et sous quelles éventuelles (autres) conditions un retrait de leur initiative pourrait être envisagé. Enfin, il a profité d'une réunion de la Commission santé du Grand Conseil pour apprécier l'accueil réservé au plan d'HNE par le politique.

### **6.5.1. Conseil des hôpitaux**

Lors de sa séance du 25 novembre 2011, le Conseil des hôpitaux a pris connaissance de l'analyse réalisée jusque-là par le CdE, en particulier celle portant sur l'acceptation ou non en l'état des options stratégiques proposées par HNE.

De façon générale, le Conseil des hôpitaux valide l'appréciation qui est faite par le CdE et l'invite à approfondir les options 11 à 15 dans la mesure où elles ne garantissent à son sens pas le respect de l'équilibre régional et de l'importance relative des sites voulus par la LEHM.

Il tient par ailleurs à souligner qu'aucune réforme du système hospitalier n'a de chance d'aboutir si les choix retenus ne sont pas inspirés par une analyse intégrant les dimensions:

- sanitaire: avec la nécessité de situer l'hôpital et l'ensemble de ses prestations (et pas uniquement les missions les plus prestigieuses) dans un réseau de prestataires en tenant compte des évolutions attendues dans les autres domaines (homes, soins à domiciles, médecine privée, etc.);
- financière: et en particulier la nécessité de chiffrer les scénarios en présence, tant du point de vue des investissements à consentir que des coûts de fonctionnement induits;
- juridique: avec les contraintes de la loi actuelle imposant notamment un équilibre entre les sites principaux, mais aussi en ce qui concerne les limites nouvelles du pouvoir de décision quant aux relations d'HNE avec les hôpitaux privés tels que la Providence;
- économique: avec notamment l'impact de l'organisation hospitalière sur le revenu cantonal (attraction et fixation ou au contraire exode de revenus), et finalement
- politique: incluant en particulier la conception d'une agglomération bipolaire où les prestations publiques ne répondent ni au principe du "tout partout", ni à celui du "tout à un seul endroit", imposant que la conception de l'hôpital public soit effectivement celle d'un seul hôpital (organisé sur plusieurs sites complémentaires). Le Conseil des hôpitaux relève notamment à ce sujet qu'un consensus politique ne sera vraisemblablement réalisable qu'avec l'attribution de missions fortes au site de CDF.

Le Conseil des hôpitaux ajoute que nombre de notions peu précises émaillent le rapport d'HNE et que le discours tenu ne coïncide pas toujours avec les options stratégiques proposées. Il demande donc que ces éléments soient précisés.

A propos de la perspective d'un site unique d'ici une dizaine d'années, le Conseil des hôpitaux s'interroge sur l'opportunité de ce choix dès lors que:

- le site unique pourrait constituer un site de plus pour HNE;
- les données chiffrées comparant ce choix avec celui consistant à maintenir les deux sites principaux actuels font cruellement défaut;
- la limitation à un site principal dans le canton pourrait constituer une entrave à terme à la concentration de prestations d'autres hôpitaux (neuchâtelois ou non) sur les sites actuels de soins aigus de PRT et de CDF.

Le Conseil des hôpitaux considère néanmoins que le choix de retenir ou non cette option devrait intervenir rapidement, de façon à clarifier le contexte dans lequel les décisions à court et moyen terme seront prises, ainsi que les perspectives de travail pour les collaborateurs de l'institution. Si le scénario d'un site unique devait être retenu, le Conseil

des hôpitaux relève qu'il conviendrait de préciser rapidement les conséquences de ce choix sur l'activité des CDT.

En outre, le Conseil des hôpitaux voit une certaine contradiction entre l'objectif d'obtenir le retrait des initiatives pendantes et celui d'envisager l'organisation d'HNE autour d'un site unique à moyen ou long terme.

Enfin, le Conseil des hôpitaux souligne que, même si des choix politiques importants doivent être imposés désormais, les réformes ne pourront se réaliser qu'avec une attention accrue portée à la recherche de l'adhésion de la majorité des équipes médicales.

### **6.5.2. Conseil de santé**

Lors de sa séance du 22 novembre 2011, le Conseil de santé a pris connaissance de l'analyse réalisée jusque-là par le CdE, en particulier celle portant sur l'acceptation ou non en l'état des options stratégiques proposées par HNE.

Le Conseil de santé ne se positionne pas en tant que tel, à mesure qu'il ne constitue pas l'organe consultatif du CdE sur la politique hospitalière dans le cadre de la LEHM. Cela étant, la plupart des avis exprimés abondent dans le sens de la première analyse du CdE. Ainsi, il en ressort que:

- le plan stratégique tel que proposé par HNE ne paraît pas garantir le respect de l'importance relative des sites, notamment s'agissant des sites principaux, avec une tendance à une centralisation toujours plus grande des activités à PRT au détriment de CDF; cela remet en cause l'équilibre régional, mais aussi les engagements pris par le CdE de garantir un canton avec deux pôles urbains dans le projet "un canton, une vision";
- Les options proposées par HNE ne reposent pas sur assez d'éléments chiffrés, ou à tout le moins, ceux-ci n'apparaissent que trop faiblement dans le rapport pour permettre au politique d'évaluer des scénarios et proposer des alternatives au plan proposé;
- la limitation de l'activité de la polyclinique de VDT à la seule journée, telle que proposée par HNE, n'est en l'état actuel des choses pas défendable politiquement pour les élus de la région, notamment compte tenu du manque de volonté exprimée par un certain nombre de médecins installés de collaborer avec HNE pour assumer des gardes de nuit; si HNE n'est pas responsable de cette situation, il n'en demeure pas moins que la sécurité sanitaire de la population du Val-de-Travers, notamment la nuit, ne paraît pas garantie, ce qui n'est pas acceptable; or la préoccupation de toute autorité politique est de s'assurer que cette couverture en soins de proximité est garantie à toute heure du jour et de la nuit;
- la répartition de l'activité de sénologie entre le Centre femme-mère-enfant et le Centre d'oncologie ne paraît pas évidente.

Certains représentants des professions de la santé font part de leur crainte que les investissements dans la rénovation de vieux sites hospitaliers, dont la pérennité n'est pas garantie au vu des options de centralisation des activités de soins aigus et des CTR, ne remettent en cause les conditions de rémunération attractives pour le personnel médical et soignant dans le canton et créent des situations de pénurie. Plusieurs membres du Conseil de santé se posent la question de la capacité financière du canton de supporter, en plus d'autres investissements déjà prévus, le coût lié à la construction d'hôpitaux uniques pour les soins aigus et les CTR.

### **6.5.3. Comités initiatives**

#### ***Initiative "Pour un centre femme-mère-enfant cohérent, sûr et économique"***

Une délégation du comité d'initiative est rencontrée le vendredi 18 novembre 2011.

Elle fait valoir que le plan proposé par HNE est cohérent concernant l'aspect mère-enfant. Elle relève par contre un problème concernant le volet sénologie qui serait intégré dans le Centre d'oncologie de CDF. Elle estime que la sénologie ne se limite pas à traiter des cancers du sein, mais s'étend aussi à d'autres aspects. Elle fait valoir qu'il s'agit des mêmes personnes qui soignent ces différentes pathologies et que la sénologie représente 20 à 25% de la gynécologie. Si elle devait se trouver à CDF, cela poserait un problème de taille critique pour la gynécologie.

Il est indiqué au comité d'initiative que la LEHM a été modifiée après le dépôt de l'initiative et qu'il incombe depuis 2009 au Grand Conseil, et non plus au CdE, d'approuver les options stratégiques. Partant, la partie de l'initiative qui demande l'inscription de la mission dans la loi perd son sens. Le Grand Conseil pourra déterminer en tout temps quelles sont les missions qui sont accordées ou retirées à un site ou à un autre.

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

Une délégation du comité d'initiative dit du Val-de-Travers est rencontrée le vendredi 18 novembre 2011.

Elle estime que les options proposées par HNE ne sont pas susceptibles de permettre le retrait de l'initiative. Elle fait part notamment de sa déception quant au fait que ce que propose le plan stratégique d'HNE ne va pas dans le sens de ce que demande l'initiative. Cela ne permet pas que soit réalisée de la petite chirurgie élective sur le site de VDT. Pire encore : elle relève qu'HNE préconise de fermer la polyclinique pendant la nuit alors qu'elle fonctionne aujourd'hui 24 heures/24, et d'arrêter la radiologie, ce qui n'est pas sans poser un problème, l'acquisition d'un tel équipement n'étant pas forcément à la portée d'un jeune médecin généraliste. Elle relève le peu d'intérêt de la population du Vallon pour la mission cantonale de gériatrie de VDT, ce d'autant plus que l'admission en ligne directe dans ce centre est compliquée, même pour les Valloniers. Elle souligne enfin le problème de l'absence de porte d'entrée sur le site de VDT.

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

Une délégation du comité d'initiative du PSN est rencontrée le jeudi 17 novembre 2011.

Elle émet de nombreuses réserves quant aux propositions faites par HNE. Elle estime qu'elles ne sont pas susceptibles de permettre le retrait de l'initiative. Elle relève des erreurs de chiffres (en particulier dans les calculs de nombre de lits ou les activités des blocs opératoires) et estime que ce plan est insuffisant. Elle relève un manque de données chiffrées dans le plan permettant au politique de choisir entre différents scénarios de répartition des missions et surtout de contrôler le respect de l'équilibre prôné par l'initiative.

La délégation demande au CdE de revoir ces propositions.

#### **6.5.4 Commission santé du Grand Conseil**

La Commission santé du Grand Conseil se réunit le 4 novembre 2011 déjà pour traiter du plan stratégique d'HNE. Elle se montre très critique sur la répartition des missions, tout en reconnaissant qu'un travail intéressant a été réalisé durant l'été. Elle regrette que le plan proposé ne contienne pas plus de données chiffrées permettant au politique de réfléchir à d'autres scénarios que ceux présentés par HNE et de s'assurer du respect du principe de l'importance relative des sites.

#### **6.5.5. Autres consultations**

Une délégation du CdE rencontre le Conseil communal de La Chaux-de-Fonds in corpore, à sa demande, le 29 novembre 2011.

Une séance est également agendée le 19 décembre avec les conseillers d'Etat, chefs de la santé de Berne et du Jura pour évaluer les possibilités de collaboration intercantonale dans le domaine hospitalier.

En outre, en ce qui concerne le centre de sénologie, le DSAS rencontre la direction d'HNE et des médecins cadres du département de gynécologie et obstétrique en date du 7 décembre. Ceux-ci insistent sur la nécessité de créer un vrai Centre de sénologie dans le canton plutôt que d'organiser cette activité sous la forme d'un pôle de compétences. Ils relèvent que les médecins du département de gynécologie et obstétrique considèrent que le Centre du sein devrait être implanté sur le même site que le Centre femme-mère-enfant, pour des raisons de masse critique et de lien fonctionnel.

Le DSAS prend également contact avec le médecin responsable de la gynécologie à Delémont.

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

Le CdE in corpore reçoit une délégation du CdA et de la direction d'HNE, qui lui présente son plan stratégique le 31 octobre. Il se réunit ensuite à plusieurs reprises en séances extraordinaires, les samedis 5 et 12 novembre, ainsi que lors de séances ordinaires les mercredis 23 novembre et 5 décembre et lors de sa séance extra muros du 13 décembre, pour prendre connaissance de ce plan stratégique et en discuter.

Considérant qu'un certain nombre d'informations manquent encore pour lui permettre de prendre ses décisions en toute connaissance de cause, le CdE, par son département de la santé et des affaires sociales, procède, en parallèle aux consultations dont il est fait état ci-avant et à un certain nombre de démarches.

Ainsi, des compléments d'information sont sollicités auprès d'HNE, portant en particulier sur des éléments chiffrés d'activité (comme le nombre de cas, de journées d'hospitalisation, d'opérations, et de consultations ambulatoires), de ressources (comme le nombre de lits et d'équivalents plein temps) et de coûts (comme les salaires moyens et les coûts d'une ligne de garde), ce pour chacun des sites principaux d'HNE, avant et après la création du Centre femme-mère-enfant à PRT, mais aussi sur la base des options stratégiques proposées dans le plan et en fonction de divers scénarios. Ces informations sont demandées pour les années 2008, 2009 et 2010. De plus, des extrapolations pour l'année 2011 sont fournies lorsqu'elles sont disponibles, l'objectif étant de pouvoir mener des analyses d'évolution des activités avant et après la création du Centre femme-mère-enfant.

Des demandes d'information auprès de tiers ont également été faites et une recherche documentaire a été menée pour clarifier certains points et compléter le présent rapport.

## **7.1. Options stratégiques**

Le CdE s'attache à un principe de base : il s'agit de ne pas faire « tout partout », mais de travailler le plus possible par « centres spécialisés »,

- l'objectif de concentrer les activités spécifiques est tout d'abord d'atteindre une taille critique (casuistique) suffisante et d'améliorer ainsi le traitement des patients. En effet, ce n'est qu'en opérant régulièrement que l'on peut assurer la qualité des gestes médicaux. Il faut donc que les médecins puissent soigner un maximum de malades ayant le même type de pathologie, pour maintenir leurs capacités médicales ;
- le but est évidemment aussi organisationnel : il faut dans toute la mesure du possible éviter les doublons ;
- il est économique : en ne faisant pas « tout partout », on rassemble les forces et on améliore l'efficacité ;
- enfin, il s'agit de préparer l'éventuel site unique de soins aigus de 2022. En effet, les centres spécialisés doivent pouvoir, le moment venu, être transférés et intégrés dans le site unique de soins aigus, avec un minimum d'adaptations nécessaires.

La création de centres spécialisés obéit donc à des logiques de qualité, d'organisation, d'économies et de préparation de l'éventuel site unique de 2022.

Un autre principe de base est aussi important aux yeux du CdE : les médecins et le personnel soignant appartiennent à un hôpital multisite. On peut dès lors attendre d'eux qu'ils travaillent indifféremment sur les divers sites d'HNE. HNE a la même vision et de nombreux contrats d'engagement spécifient déjà que le personnel doit travailler sur plusieurs sites.

En d'autres termes, les médecins et les chirurgiens de PRT doivent aussi opérer et suivre leurs malades à CDF et ceux de CDF doivent également opérer et suivre leurs malades à PRT. Les divers sites d'HNE forment un seul réseau.

Après avoir reçu quelques informations complémentaires et évalué les positions des divers intervenants, le CdE propose de retenir 17 options stratégiques en ce qui concerne la répartition des missions sur les sites d'HNE.

### **1. Des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de CDF et PRT**

Cette situation prévaut déjà aujourd'hui. Aucun élément ne vient remettre en question l'existence de deux services de médecine interne au sein d'HNE. Elle répond à un besoin de proximité dans la fourniture de ce type de prestations.

La fourniture de cette activité sur chacun des deux sites justifie à elle seule le maintien sur chacun d'eux d'un plateau technique 7 jours/7 et 24 heures/24 et plus particulièrement des soins intensifs et des blocs opératoires, à mesure que la médecine interne est une activité qui nécessite la présence de soins intensifs sur le même site, pour des raisons de sécurité médicale et contribue pour environ 60% à l'utilisation des soins intensifs (pour les 40% restants, les soins intensifs sont notamment sollicités par les services de chirurgie et de traumatologie ainsi que par le Centre femme-mère-enfant).

En outre, la taille critique est largement atteinte sur chacun des deux sites. Les deux services sont très importants et répondent aux critères d'économicité. En 2010, le site de CDF traite 2260 patients et celui de PRT 2900, pour un total de 5160 cas pour l'HNE.

Cette option est soutenue par le CdA, la direction et les médecins concernés au sein d'HNE. Elle ressort par ailleurs d'une proposition soutenue à l'unanimité par le groupe de travail spécifique "Médecine" constitué par HNE pour l'établissement de son plan d'octobre 2011. Elle n'est par ailleurs pas contestée par les comités d'initiative.

**Le CdE estime que des prestations de médecine interne doivent être offertes, comme aujourd'hui, sur chacun des sites de CDF et PRT.**

## ***2. Des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT***

HNE propose le maintien de deux services de soins intensifs sur les sites de CDF et PRT.

Actuellement il existe deux services de soins intensifs de 8 lits, l'un à PRT, l'autre à CDF. Ils prennent en charge respectivement 750 et 830 cas par année. Ces services sont reconnus comme centres de formation postgraduée en médecine intensive pour les médecins par la FMH et comme centres de formation pratique post-diplôme pour les infirmières en voie de spécialisation en soins intensifs.

Depuis 2001, les deux services collaborent pour la formation des médecins et infirmières et pour la prise en charge des patients en cas de manque de place sur l'un des sites.

Pour pouvoir prendre en charge des patients souffrant de pathologies graves, comme c'est le cas dans tous les hôpitaux de soins aigus, il faut des services de soins intensifs. En leur absence, les critères d'admission des patients devraient être modifiés. La prise en charge d'une partie des patients provenant des services de médecine serait impossible et leur activité serait remise en cause. En particulier, ils perdraient leur attractivité et leur reconnaissance comme lieux de formation en médecine interne.

En outre, l'absence des soins intensifs sur un site impliquerait de nombreux transferts médicalisés de patients instables, ce qui réduirait la sécurité et la qualité de la prise en charge et impliquerait des coûts importants.

Enfin, actuellement, du point de vue architectural, aucun des deux sites ne peut agrandir suffisamment son service de soins intensifs pour reprendre l'activité des deux.

L'activité des ces deux services est comparable à celle des 28 autres services de même taille existant en Suisse.

En 2010, le GPil souligne l'importance d'avoir des services de soins intensifs sur les deux sites de soins aigus d'HNE. Le CdE joint cette demande au mandat confié à HNE au mois d'octobre 2010. L'expert ne le remet pas en question. Cette proposition est approuvée par le CdA, la direction générale et les médecins et n'est pas contestée par les comités d'initiative. Bien au contraire, Elle va clairement dans le sens de ce que demande le comité de l'initiative "Pour un équilibre régional des missions hospitalières dans le canton".

Conformément à la proposition d'HNE, le CdE estime que le maintien de deux services de soins intensifs se justifie pleinement.

### 3. Des Centres de diagnostic et de traitement (CDT) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT

Selon HNE, « les CDT sont conçus comme des centres de soins de proximité qui intègrent des prestations médicales multidisciplinaires. Autrement dit, ils regroupent les prestations fournies actuellement par les services d'urgences et les policliniques. Les CDT garantissent la couverture des soins, en complémentarité avec les SMUR, basés à Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds et Val-de-Travers et en partenariat étroit avec la garde médicale des médecins installés. Cette collaboration constitue un élément clé pour assurer la sécurité sanitaire de la population de l'ensemble du canton. ».

Ces centres permettent de prendre en charge les diagnostics et les soins les plus courants (consultations, examens, urgences légères, consultations sans rendez-vous). Ils doivent être dotés d'équipements de diagnostic d'excellente qualité, de façon à offrir au patient une réponse rapide et efficace à ses questions de santé. Leur but est de fournir un moyen pratique et économique de recevoir des soins pour des maladies et blessures mineures, urgentes ou non urgentes. Ce nouveau modèle de prise en charge permet une plus grande accessibilité de la population aux spécialistes, une diminution des temps d'attente et une plus grande rapidité dans le diagnostic et le traitement. Cela peut permettre également à un médecin ayant traité un patient à l'hôpital de le suivre ensuite plus près de son domicile de façon ponctuelle.

Les CDT regroupent la réception du patient, les explorations ou tests complémentaires, le diagnostic et l'indication du traitement en un même acte ambulatoire de prise en charge avec l'objectif d'éviter les retards non nécessaires et les rendez-vous successifs. Ils assurent également le traitement des patients en ambulatoire : petite chirurgie ambulatoire, hôpital de jour. En plus, ils accueillent d'autres consultations de spécialités traditionnelles comme la réhabilitation de patients non hospitalisés.

Enfin, ces CDT devraient être connectés informatiquement et partager le même dossier patient informatisé.

Un groupe de travail d'HNE, dont faisaient notamment partie le médecin cantonal et le président de la Société neuchâteloise de médecine (SNM), s'est attaché à définir de manière aussi précise que possible les attributions des CDT de CDF, PRT et VDT, attributions présentées dans le tableau suivant.

CDT Val-de-Travers	CDT La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tri infirmier et médical avec ouverture de 8h à 20h</li> <li>- Plateau médico-technique : laboratoire, radiologie conventionnelle, salle pour petites interventions (uniquement sous anesthésie locale)</li> <li>- Acheminement des patients vers un centre de soins adapté</li> <li>- Consultations en collaboration avec les partenaires du réseau santé (NOMAD, CNP, services sociaux, etc.)</li> <li>- Consultations médicales électives spécialisées en complémentarité avec la médecine libérale (aujourd'hui oncologie, orthopédie, chirurgie, cardiologie, ORL, rhumatologie et gériatrie)</li> <li>- Centre de suivi et de prévention des maladies chroniques en collaboration avec les autres partenaires</li> <li>- Soins médicaux et infirmiers ambulatoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tri infirmier et médical 24h/24</li> <li>- Plateau médico-technique : laboratoire, radiologie conventionnelle y compris scanner et échographie, salle pour petites interventions (uniquement sous anesthésie locale) disponible 24h/24</li> <li>- Possibilités de lits d'observation de maximum 48 heures</li> <li>- Infirmier anesthésiste disponible 24h/24</li> <li>- Médecin anesthésiste atteignable par téléphone 24h/24</li> <li>- Spécialistes disponibles sur piquet</li> <li>- Acheminement des cas vers lits A, vers bloc op. et vers soins intensifs</li> <li>- Plateau de consultations à disposition des médecins spécialistes dans le but de réduire les répartitions asymétriques des spécialistes</li> <li>- Centres de suivi et de prévention des maladies chroniques en collaboration avec les autres partenaires</li> <li>- Soins médicaux et infirmiers ambulatoires</li> </ul>

Si deux des CDT sont aujourd'hui intégrés dans les faits dans les sites de soins aigus d'HNE, ils devraient à l'avenir être maintenus sur les trois sites et constituer à terme les compléments nécessaires à l'offre proposée sur le site unique de soins aigus. Ils sont destinés à fonctionner comme portes d'entrée dans HNE. En effet, un patient doit pouvoir s'adresser à l'un de ces CDT et se voir prendre en charge par HNE, cela même si la prestation nécessaire n'est pas proposée sur le site d'entrée. Dans ce cadre, un concept de transport, qui est attendu de la part du CdA d'HNE et pour lequel un mandat lui a été confié en août 2010, devra encore être développé pour permettre ce type d'entrée dans l'institution.

Conformément aux propositions d'HNE, le CdE propose d'ouvrir les CDT de PRT et CDF 24heures/24 et 7 jours/7. La question de l'ouverture et des prestations du CDT de VDT est reprise plus en détails au point 14.

Les polycliniques sont destinées à assurer la sécurité sanitaire des différentes régions. Elles offrent des prestations ambulatoires et sont financées par l'AOS, selon le système TARMED. Dans la mesure où elles assurent un service public (heures d'ouverture larges, prestations sans rendez-vous et irrégulières), elles ne peuvent pas être autoporteuses. Elles doivent cependant tendre vers une bonne couverture de leurs frais.

La mise en place d'une ligne spéciale et la réorganisation de la garde médicale, en collaboration entre les polycliniques et les médecins installés, doit permettre de réduire ce déficit de manière importante.

La mise en place des CDT est recommandée par l'expert. Elle est admise par le CdA, la direction et les médecins. Elle n'est pas contestée par les comités d'initiative.

**Le CdE propose la mise en place de trois CDT sur les sites de CDF, de PRT et de VDT. Le CDT du VDT doit être développé dans un premier temps et servir de projet-pilote pour les deux autres CDT.**

***4. Des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT.***

Le SMUR est un service pré-hospitalier. Il a pour objectif une prise en charge médicale des cas d'urgence vitale dans des délais aussi courts que possible et une stabilisation du patient avant son transport et son hospitalisation, en proche collaboration avec les services d'ambulance.

La présence d'un SMUR dans les villes et au VDT répond à un besoin de sécurité sanitaire. En effet, dans le canton de Neuchâtel, il est nécessaire de disposer de trois services pour des questions de délais d'intervention. Ceux-ci ne doivent pas excéder 20 minutes. Ceci est d'autant plus important dans le nouveau paysage hospitalier neuchâtelois que nombre de prestations sont centralisées en un seul lieu. Le délai d'accès aux soins en est allongé, ce qui rend nécessaire la stabilisation du patient avant son transfert en ambulance vers le site hospitalier le plus approprié.

S'agissant du VDT, il convient de préciser que son SMUR n'a, avant la création d'HNE, pas de structure propre. Il regroupe un responsable hospitalier et des médecins externes. A fin 2008, alors que VDT perd sa mission de soins aigus, HNE réorganise ce SMUR qui fait aujourd'hui partie de son département des urgences. Ces prestations sont dès lors garanties par HNE, qui continue à travailler avec des médecins installés pour assurer une garde SMUR 7 jours/7 et 24 heures/24. Des synergies sont également en place avec le SMUR de PRT.

S'agissant des soins préhospitaliers, il convient de relever que le CdE a décidé au début du mois de décembre 2011 de confier, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, tous les appels d'urgence 144, mais aussi ceux dédiés à la médecine de garde et à la hotline pédiatrique gérée par HNE à une centrale sanitaire professionnelle unique, en l'occurrence celle de la Fondation Urgence Santé Vaud à Lausanne, qu'il financera seul. Ce nouveau service offert à la population permettra de mieux gérer l'engagement des ambulances, mais aussi des SMUR et de réduire, à terme, selon des expériences réalisées dans un autre canton, le nombre de sorties d'ambulances d'un tiers, avec des conséquences non négligeables sur les coûts à charge des communes, dont notamment celle de Val-de-Travers, mais aussi d'HNE et des assurés.

Actuellement, l'Etat prend en charge les surcoûts dus à la présence des ambulances sur le site de VDT. Pour des questions de sécurité sanitaire, il continuera à le faire jusqu'à la réorganisation du 144 et des services d'ambulances. Suite à la mise en place du nouveau dispositif préhospitalier, la centrale d'appels sera gérée par des professionnels de la santé. Ils seront plus à même qu'aujourd'hui de décider si la sortie d'une ambulance est nécessaire ou non. Les ambulances ne seront plus engagées « par précaution » et les coûts seront abaissés d'autant.

Cette mesure à l'aval du CdA et de la direction d'HNE. C'est une demande du comité d'initiative "Pour une médecine de proximité" et de la commune de Val-de-Travers.

**Le CdE estime qu'il y a lieu de maintenir un SMUR sur chacun des trois sites de CDF, de PRT et de VDT pour garantir la sécurité sanitaire de la population. Cela se justifie d'autant plus que les prestations de soins aigus sont aujourd'hui plus centralisées qu'auparavant.**

#### ***5. Une plateforme régionale de santé est développée sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche***

Suite à la réorganisation du site de VDT et selon la déclaration du CdE de janvier 2008, une plateforme régionale de santé est créée sur ce site hospitalier dans le cadre d'un projet-pilote. L'objectif de cette plateforme est de garantir sur le long terme l'accès aux soins pour la population locale, mais également de constituer un centre de compétences pour favoriser la formation des professionnels de la santé. Une plateforme est ainsi installée dans les locaux de l'hôpital. Elle comprend des cabinets de médecins généralistes. Elle peut encore accueillir des consultations médicales spécialisées et réunir d'autres prestataires de santé.

Aujourd'hui, elle comprend un médecin généraliste, qui participe également au SMUR régional. En outre, dès janvier 2012, deux nouveaux médecins vont venir le rejoindre afin de constituer un cabinet de groupe.

Grâce aux synergies développées avec l'hôpital, la plateforme permet de mieux organiser la garde, tant du SMUR que de la polyclinique.

Elle est par ailleurs destinée à accueillir de jeunes médecins accomplissant leur formation de généralistes en cabinet, auprès du médecin installé.

Une expérience commencera dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 dans le cadre du projet de cursus neuchâtelois de médecine générale, issu du programme romand du même nom (CRMG), pour lequel le Conseil d'Etat a prévu un montant de 300'000.- dans le budget 2012 de l'Etat, budget qui a été accepté par le Grand Conseil lors de sa séance des 6 et 7 décembre 2011. Un partenariat à ce sujet est en voie de se concrétiser entre l'Etat, HNE, les médecins omnipraticiens (par le biais de leur association neuchâteloise – ANMO) et le CNP, dans une moindre mesure. Ainsi, pour favoriser la formation de jeunes médecins, HNE a organisé en son sein un parcours destiné aux futurs généralistes, qui passent

notamment par les services de médecine interne, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et de psychiatrie. Le jeune médecin passe ensuite par le cabinet installé sur la plateforme santé de VDT ou ailleurs auprès d'un médecin formateur en pratique privée.

Plusieurs assistants ont déjà profité d'une telle possibilité de formation en cabinet privée dans le cadre de la plateforme santé du VDT.

L'objectif de cette opération est de permettre la formation de jeunes généralistes en cabinet dans l'espoir que certains d'entre eux s'installeront dans la région au terme de leur formation pour y exercer leur profession en pratique privée. La pénurie de médecins généralistes n'est pas encore criante, mais le nombre de praticiens qui partiront à la retraite dans les cinq à dix années à venir est inquiétant. Ceux qui cherchent à remettre leur cabinet constatent déjà qu'il est difficile de trouver un successeur dans une région non urbaine comme le Val-de-Travers.

Le bilan de la plateforme régionale de santé du VDT est très encourageant, considérant notamment qu'elle ne repose, depuis sa création, que sur un seul et unique médecin qui s'investit fortement pour développer une organisation cohérente et des synergies pertinentes avec HNE. Le CdE ne peut qu'encourager une telle démarche et se réjouir de son succès. Il entend dès lors maintenir cette plateforme sur le site de VDT.

Le CdE estime que le projet pilote mené à VDT mérite d'être élargi à d'autres régions excentrées du canton. Ainsi, il invite HNE, en collaboration avec le DSAS à mettre en place des plateformes régionales de santé au Locle, au Val-de-Ruz et à la Béroche grâce à une collaboration accrue entre l'hôpital et les médecins installés, dans le cadre ou non de l'hôpital. Il veut ainsi garantir une bonne couverture médicale dans chacune de ces régions et lutter contre la pénurie de médecins généralistes.

Une plateforme santé a une vie propre et ne dépend pas financièrement de l'HNE. Elle est financée exclusivement par le biais de l'AOS et n'émarge donc pas aux coûts d'HNE.

Le financement de quelques postes de généralistes en formation dans les régions excentrées du canton constituera un des éléments-clé de la réponse à la motion du Groupe socialiste "pénurie de médecins généralistes". Le CdE entend présenter courant 2012 un rapport circonstancié à ce sujet au Grand Conseil. Actuellement, à titre de projet-pilote, un jeune médecin en formation de la plateforme santé du VDT est financé à 20% par le médecin installé et à 80% par l'Etat.

Le CdA et la direction d'HNE sont favorables à ces expériences et y participent. Le comité d'initiative "Pour une médecine de proximité" et les autorités de Val-de-Travers s'y intéressent également.

**Le CdE préconise le maintien de la plateforme régionale de santé du VDT et le développement de trois nouvelles plateformes dans les régions de La Béroche, du Locle et du Val-de-Ruz.**

**6. *Un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) est localisé sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche***

La création de CTR sur les sites du Locle, du Val-de-Ruz, du VDT et de La Béroche est prévue par la planification de 1999. Elle a pour objectif de permettre une prise en charge plus appropriée des patients ne nécessitant plus l'infrastructure lourde à la suite de leur traitement dans un service de soins aigus. HNE dispose de 110 lits dans ses CTR, soit :

- Le Locle : 30 lits
- Val-de-Ruz : 20 lits

- VDT : 30 lits
- La Béroche : 30 lits

L'avantage de la disposition actuelle des CTR est indéniablement la proximité des prestations fournies pour la population. En effet, le séjour en CTR est de plus longue durée qu'en soins aigus. Il est d'environ 19 jours en moyenne (2010) dans notre canton contre 5.9 jours en soins aigus. Les personnes prises en charge dans les CTR sont souvent âgées. La proximité avec les proches constitue un plus non négligeable dans le cadre de leur rétablissement. La décentralisation est donc intéressante. Cette approche garde aujourd'hui tout son sens, en application des principes retenus par le CdE et décrits au chapitre 2.6.

Un premier pilier à poser devant permettre une meilleure gestion des CTR est de réunir leur gestion sous une seule direction médicale dédiée à ce type de prise en charge. Aujourd'hui, les CTR relèvent du domaine de la médecine interne. Dès 2012, HNE veut créer un nouveau département médical dédié aux CTR, à la gériatrie et aux soins palliatifs. Celui-ci devrait se situer sur le site de VDT.

Pour HNE, le fait de disposer de soins aigus et de CTR en son sein constitue un avantage indéniable, du point de vue organisationnel, comme du point de vue économique. L'amélioration du transfert des patients des lits A vers les lits B des quatre CTR est un objectif prioritaire, qui doit permettre des économies importantes. Grâce à une bonne coordination des prises en charge, on évite que les patients restent trop longtemps en soins aigus, à des coûts élevés. De même, le retour à la maison ou au home doit se faire de manière fluide au moment où le patient retrouve suffisamment de force ou d'autonomie pour quitter le CTR. Pour cela, les soins à domicile doivent pouvoir immédiatement prendre le relais, à la sortie du CTR. Là aussi, une organisation efficiente de la transition entre les CTR et les soins à domicile permet de faire des économies considérables en évitant des séjours inutilement longs.

Avec l'introduction du financement par prestation APDRG en 2006, puis SwissDRG en 2012, les hôpitaux ont intérêt à sortir leurs patients rapidement des soins aigus pour qu'ils bénéficient d'une prise en charge moins coûteuse fournie par les CTR.

Le CdA et la direction d'HNE reconnaissent l'importance des CTR actuels, mais estiment qu'ils devraient être réunis sur un seul site en 2022, comme les soins aigus, pour des raisons organisationnelles, économiques et de visibilité des prestations offertes.

**Le CdE propose de maintenir les quatre CTR actuels basés sur les sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche. Il soutient HNE dans sa démarche d'unification des compétences CTR au sein d'un département médical dédié à ce type de prise en charge.**

### ***7. Des prestations de médecine physique et de réadaptation (MPR) sont proposées sur le site du Val-de-Ruz***

En plus de son activité de CTR, le site du Val-de-Ruz accueille également une vingtaine de lits de médecine physique et de réadaptation. Ce sont essentiellement des prestations de réadaptation orthopédique et neurologique (ex. physiothérapie) qui doivent être bien coordonnées de manière à permettre au patient de récupérer aussi rapidement que possible son autonomie et sa mobilité.

En 2010, ce sont près de 270 patients qui ont été pris en charge dans cette unité MPR.

Ce site dispose de toutes les infrastructures nécessaires à la physiothérapie, dont en particulier un bassin thérapeutique.

Cette activité s'est développée en 2008 au sein d'HNE et a permis de rapatrier de nombreux patients qui devaient jusque-là être traités hors canton, notamment à la clinique Valmont près de Montreux. Le fait d'offrir cette prestation sur le site du Val-de-Ruz permet de ramener une activité dans notre canton, de fournir un service de proximité fort apprécié et appelé à se développer à la population neuchâteloise et de pérenniser ce site, sans augmentation des coûts à charge de l'Etat, en tous les cas depuis le début de l'année prochaine. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, une telle prestation fournie hors canton devrait être prise en charge par le canton, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

Cette option stratégique est reconnue par le CdA et la direction d'HNE et n'est pas contestée par les comités d'initiative.

**Le CdE propose de maintenir des prestations MPR sur le site du Val-de-Ruz.**

#### **8. Le Centre femme-mère-enfant est définitivement localisé à PRT**

Comme expliqué au chapitre 3.1.2., le regroupement des activités de gynécologie/obstétrique et de pédiatrie au sein d'un pôle de compétences localisé sur un seul site répond à une demande du corps médical.

Ce pôle accueille actuellement un peu moins de 940 cas gynécologiques, 1850 cas obstétriques et 1150 patients pédiatriques, soit près de 4000 cas au total.

Dans le cadre de sa déclaration de janvier 2008, le CdE a validé l'option de la création d'un Centre femme-mère-enfant sur un seul site. Cependant, il avait décidé d'installer ce Centre sur le site de CDF, dès qu'il aurait été rénové. En attendant cette échéance, le Centre femme-mère-enfant a emménagé à PRT. Aujourd'hui, HNE propose d'entériner la localisation de ce pôle de compétences sur le site de PRT et d'abandonner l'idée d'un déménagement à terme sur le site de CDF.

Il convient de relever que de gros investissements (près de 10 millions de francs) ont été consentis sur le site de PRT pour développer ce centre et qu'il ne serait donc pas raisonnable de le déménager, comme cela était prévu à l'origine par la déclaration du CdE de janvier 2008.

Le Centre femme-mère-enfant est une unité attractive, susceptible d'améliorer la prise en charge des femmes et des enfants. Il convient donc de lui donner toutes les chances de réussite.

Les lits de gynécologie de PRT sont actuellement insuffisamment utilisés (76% selon les chiffres fournis par HNE en 2010) et le service n'est pas très grand. Il serait dans ce contexte important de favoriser la venue de la patientèle du haut du canton et des cantons voisins, par l'amélioration des relations avec les médecins installés et le développement de projets innovants. Le CdE propose à HNE de mener une réflexion sur ce sujet.

La proposition de localisation du Centre femme-mère-enfant sur le site de PRT répond à un pré-requis posé par le CdE dans le cadre du mandat confié à HNE au mois d'octobre 2010. Elle a l'approbation du CdA, de la direction et des médecins d'HNE. Elle a également pour objectif de répondre favorablement sur le fond à l'initiative " En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique" qui demande justement la localisation de ce pôle de manière "définitive" sur le site de PRT.

**Le CdE propose de maintenir le Centre femme-mère-enfant et de confirmer sa localisation sur le site de PRT.**

## **9. Un Centre de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis**

Dans sa déclaration de janvier 2008, le CdE préconise la création d'un pôle de compétences de l'appareil locomoteur, comprenant les cas de traumatologie et d'orthopédie, ainsi que le développement de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis. Cette option devait compenser, en termes d'activités, la création du Centre femme-mère-enfant pour le site qui n'hébergerait par ce dernier. Elle impliquait en outre le retrait des missions publiques d'orthopédie élective confiées à La Providence au profit d'HNE.

Cette option est à nouveau proposée par HNE dans le cadre de la première version de son plan stratégique au mois de mai 2011, avec une installation prévue sur le site de CDF. HNE s'écarte finalement de cette idée dans son plan définitif du mois d'octobre 2011. Il propose ainsi toujours la création d'un pôle de l'appareil locomoteur, mais sur le site de PRT et sans forcément entrer en concurrence avec La Providence.

Le futur Centre d'orthopédie d'HNE doit réunir la traumatologie, l'orthopédie élective, la rhumatologie et la neurochirurgie du rachis, soit plus de 2200 cas par année au total.

Selon les chiffres 2011 extrapolés d'HNE, l'activité de traumatologie/orthopédie stationnaire représente aujourd'hui pour cet établissement 959 cas de traumatologie (416 à CDF et 543 à PRT) et 407 cas d'orthopédie (344 à CDF et 63 à PRT), soit environ 1370 cas au total.

Ce centre est appelé à se renforcer rapidement et considérablement du fait du vieillissement de la population et d'une demande qui va en augmentant.

HNE propose désormais de pratiquer la traumatologie et l'orthopédie sur le site de PRT uniquement, afin de créer un Centre de l'appareil locomoteur. Ce Centre regroupera ainsi les 100% des activités d'orthopédie/traumatologie d'HNE et sera organisé d'une manière particulièrement efficiente et économique. Il jouira également d'une bonne visibilité.

Cette activité devrait être de plus en plus de nature ambulatoire ce qui rend son implantation sur le site de PRT encore plus pertinente en lien avec la création du Centre de chirurgie ambulatoire décrite au point 13 du présent chapitre.

Concernant l'intégration à ce centre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis, le CdE la considère comme opportune, à mesure qu'elle concerne un nombre de patients neuchâtelois non négligeable. En effet, selon le diagnostic établi par HNE pour son premier plan stratégique de mai (plan, annexe 1, p. 98 ss.), environ 200 patients neuchâtelois sont traités annuellement hors canton à l'Inselspital ou au CHUV pour une pathologie du rachis, telle l'hernie discale lombaire ou cervicale. Le coût de leur prise en charge se monte pour HNE à environ 2,3 millions de francs. Ces patients pourraient être traités dans le canton et les activités d'HNE être accrues en conséquence.

Dans ce contexte de développement des collaborations intercantionales promu par la LAMal, il conviendra également de voir dans quelle mesure les cantons voisins pourraient être intéressés à la fourniture d'une telle prestation dans un hôpital régional plutôt que dans un centre universitaire, où elle est par nature plus coûteuse, et d'étudier cette question dans le cadre des discussions intercantionales.

Le CdA et la direction d'HNE proposent la création d'un Centre d'orthopédie sur le site de PRT. Les comités d'initiative ne s'y opposent pas. HNE prévoit également le développement de la chirurgie du rachis.

**Le CdE considère qu'il convient de regrouper les activités liées à l'appareil locomoteur au sein d'un centre cantonal unique. Il propose de suivre la proposition d'HNE et de créer un Centre de l'appareil locomoteur sur le site de PRT et d'y développer des compétences dans le domaine de la chirurgie du rachis.**

***10. Des investissements immobiliers sont consentis sur le site de CDF pour la rénovation des blocs opératoires, des unités d'hospitalisation et du hall d'entrée***

Dans la Convention d'intégration de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds dans l'EHM, signée le 23 décembre 2005, l'art. 38 indique que « Le projet de remise à niveau de l'Hôpital, dit « Projet global » (PG), sera pris en compte par l'EHM dans son principe, ainsi que le proposent les courriers de la Cheffe du Département de la justice, de la santé et de la sécurité du 24.2.2005 (...) et du Chef du Département de la santé et des affaires sociales du 15.12.2005 (...) ».

Malgré les engagements pris par le CdE lors de la création d'HNE, la rénovation du site de CDF n'a pas été réalisée comme elle aurait dû l'être. Elle a été régulièrement repoussée en attendant diverses décisions.

Aujourd'hui, ces investissements doivent être faits. Quel que soit l'avenir du site unique de soins aigus, le bâtiment de CDF continuera d'être utilisé à des fins hospitalières, que ce soit en tant que site unique de soins aigus, de CDT ou de CTR. L'abandon d'une telle construction paraît peu raisonnable du point de vue financier et organisationnel.

En outre, le site unique de soins aigus ne verra pas le jour avant 10 ans. Il n'est pas raisonnable de ne plus entretenir les édifices actuels dans l'attente de cette éventualité.

Le bâtiment est en relativement mauvais état et certains équipements nécessaires à un accueil agréable des patients manquent. On pense en particulier à l'étanchéité des fenêtres, aux salles de bain et aux équipements de télévision et internet.

Des travaux de rénovation sont donc urgents pour permettre au site de rester attractif pour les patients dans le cadre de l'ouverture des frontières cantonales et de la libre circulation des patients. Le CdA en a conscience et a initié différents travaux.

La salle d'endoscopie est d'ores et déjà rénovée, les travaux préparatoires nécessaires à la pose des salles d'opérations devraient être terminés rapidement et les équipements être en place pour permettre leur exploitation en 2013, selon la planification des investissements présentés par HNE dans son plan stratégique. Selon HNE, ces investissements se montent à 8 ou 10 millions de francs. La rénovation du hall d'entrée et des unités de soins est prévue dès la mi-2013 et doit représenter 20 à 40 millions de francs. Cette opération doit être menée en parallèle à l'exploitation normale du site. HNE prévoit la fin de ces travaux en 2016.

Les chiffres fournis par HNE sont assez flous, notamment les fourchettes de coûts. Ils doivent être précisés rapidement sur la base de devis.

En outre, les délais prévus ne correspondent pas à la mise en œuvre du plan tel que voulu par le CdE et ne se justifient pas au regard des décisions déjà prises par le CdA d'HNE:

- La rénovation des salles d'opérations a été décidée par le CdA en février 2010 et doit passer au stade de la réalisation dès la répartition des missions confirmée par le Grand Conseil. Les travaux préparatoires doivent être terminés rapidement et les équipements être à disposition dès 2013.

- La rénovation du hall d'entrée et des chambres, qui a également déjà été décidée par le CdA d'HNE, peut commencer, car elle ne dépend pas de la répartition des missions. Bien plus, il est nécessaire que ces travaux soient terminés rapidement pour que les activités dévolues au site de CDF puissent être transférées dans de bonnes conditions, le chantier étant terminé.
- HNE doit commencer ces travaux immédiatement pour que le plan stratégique puisse être appliqué dans toute la mesure du possible dès 2013.

Le GPil a souligné l'importance de procéder à une rénovation du site de CDF. Le CdA et la direction d'HNE prévoient des investissements sur ce site.

**Le CdE estime que la rénovation du site doit être entreprise immédiatement, de manière à ce que les nouveaux équipements soient dans toute la mesure du possible à disposition en 2013.**

### ***11. Un Centre d'oncologie est localisé sur le site de CDF et intègre un Centre de sénologie reconnu au niveau national***

Environ 40% des personnes vivant en Suisse - un homme sur deux et une femme sur trois - développeront un cancer à un moment ou à un autre de leur existence. Ces proportions valent aussi pour le canton de Neuchâtel. Ce dernier a fixé en 2009 comme un des objectifs du plan directeur de prévention et de promotion de la santé de « Faire reculer les maladies non transmissibles » (but 7). Dans ce contexte, un plan cantonal cancer est en voie de finalisation qui a pour but de diminuer le nombre de personnes qui souffrent et qui meurent d'un cancer. Il doit aussi améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. Certaines activités qu'il est prévu de mener dans le cadre du plan cancer auront des répercussions favorables sur la santé de la population bien au-delà du domaine spécifique du cancer. Sur la base du premier programme national contre le cancer 2005 à 2010 et la deuxième version 2011-2015, la lutte contre le cancer doit être intensifiée dans quatre domaines d'intervention:

- Mieux prévenir le cancer
  - Améliorer le dépistage du cancer
  - Garantir des soins d'excellente qualité centrés sur le patient
  - Développer un système performant d'information sur le cancer.
- Le développement d'un pôle de compétences en oncologie répond parfaitement à ces objectifs et en particulier au troisième cité ci-dessus.

Trois sites d'HNE fournissent aujourd'hui des prestations d'oncologie : CDF, PRT et VDT.

- Les équipements lourds de médecine nucléaire sont réunis à CDF.
- Les opérations sont réalisées sur les deux sites de CDF et PRT.
- Les suivis ambulatoires et les chimiothérapies ont lieu sur les sites de CDF, PRT et VDT.

Cette organisation est conforme au principe de regroupement sur un site des activités nécessitant un équipement lourd, de répartition sur deux sites des activités opératoires ordinaires et sur trois sites des activités ambulatoires.

Cette organisation donne satisfaction tant au CdA, qu'à la direction générale et aux médecins concernés d'HNE. Elle n'est pas contestée par les comités d'initiative.

Le CdE estime cependant qu'au Centre d'oncologie doit être rattaché un Centre de sénologie reconnu par les instances nationales.

L'efficacité de tels centres est aujourd'hui démontrée. Ils seront bientôt incontournables. Chaque hôpital devra avoir un centre de sénologie ou être relié en réseau à un centre de sénologie extra-cantonal. Si HNE ne crée pas de centre du sein, il devra faire traiter ses patientes à l'extérieur et perdra tout un pan de son activité.

Un tel centre doit être axé sur les besoins de la patiente. La patiente doit être au centre du réseau.

Selon la Revue Médicale Suisse du 26 octobre 2011, les centres du sein permettent d'améliorer considérablement la survie des patientes. « Plusieurs études montrent que dans le domaine de la chirurgie oncologique, plus une équipe traite un nombre élevé de patients et pratique le même type d'interventions, meilleurs sont les soins fournis et les résultats. Dans le domaine du cancer du sein, la survie des patientes ne peut être imputée aux seuls facteurs de risque habituels (tels que l'âge et le stade de la maladie). Elle dépend aussi du type de structure de prise en charge et de l'expertise des chirurgiens et de l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire. Prendre en charge un nombre élevé de patientes (125 opérations/an) améliore la survie des patientes de 9% à cinq ans et de 8% à dix ans par rapport à une prise en charge occasionnelle.». Les caractéristiques de tels centres sont définies par diverses sociétés spécialisées, dont l'EUSOMA (European society of breast cancer specialists), qui décerne aussi un label de qualité. En Suisse, c'est la Société suisse de sénologie qui attribue les certifications sur la base d'une série de critères.

« Un Centre du sein est une structure interdisciplinaire regroupant dans un lieu unique ou dans un réseau les spécialistes dans le diagnostic, le traitement et le suivi de patientes et patients présentant un cancer du sein présumé ou confirmé». <sup>2</sup> Les synergies avec les activités d'oncologie et de radiothérapie sont déterminantes pour l'amélioration du pronostic. Le Centre de sénologie doit donc se trouver, pour une raison de cohérence médicale et de qualité de la prestation, sur le site HNE de CDF, avec la médecine nucléaire et la radiothérapie.

La Ligue neuchâteloise contre le cancer a écrit au DSAS, en date du 29 novembre 2011, pour appuyer la création d'un tel Centre. Cette lettre est cosignée par 150 personnes. La lettre précise que « le diagnostic, le traitement et le suivi du cancer du sein requièrent plusieurs spécialités telles que la radiologie, la médecine nucléaire, la chirurgie oncologique, la pathologie, l'oncologie médicale et la radio-oncologie. »

Les critères suisses qui doivent être remplis pour qu'un centre de sénologie puisse être reconnu sont les suivants :

- Masse critique avec un minimum de :
  - 125 nouvelles patientes annuelles;
  - 30 cas traités par sénologue et par an;
  - 2000 mammographies par an;
  - 100 radiothérapies par an;
  - 200 cycles de chimiothérapie par an par oncologue;
  - 250 lectures de prélèvements mammaires par le pathologiste;
- Équipe interdisciplinaire expérimentée, composée des spécialistes du sein (au minimum chirurgien sénologue, oncologue médical, radiologue et pathologiste) ainsi que d'une infirmière spécialisée
- Concertation pré-thérapeutique et postopératoire systématique
- Infrastructure adéquate (radiologique, médecine nucléaire, radiothérapie, etc.)

---

<sup>2</sup> Pour plus d'information : [www.eusoma.org](http://www.eusoma.org) ou [www.senologie.ch](http://www.senologie.ch)

- Intégration de soins de support
- Définition de processus de prise en charge des patientes basés sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques et une maîtrise des délais
- Base de données pour évaluer le suivi des patientes et les résultats cliniques
- Participation à des projets de recherche avec au moins 30 nouvelles patientes/an dans des études sur une période de deux ans.

Selon la Revue Médicale précitée, on devrait avoir un centre du sein pour 250'000 habitants environ. Ce chiffre correspond à peu près au bassin de population de l'espace BEJUNE. Il existe déjà une collaboration intercantonale BEJUNE au niveau du dépistage du cancer du sein, qui fonctionne très bien. Une telle collaboration BEJUNE serait aussi un avantage pour le Centre de sénologie.

HNE connaît un volume d'activités suffisant pour répondre aux critères définis (217 cas en 2010, environ 130 diagnostic annuels) pour permettre la création d'un Centre de sénologie. Le canton du Jura, quant à lui, compte 65 cas par an, susceptibles d'être traités dans le cadre d'un réseau lié à un Centre de sénologie reconnu.

Contact pris avec le médecin chef de la gynécologie de l'Hôpital du Jura, également président de la Société suisse de gynécologie, il ressort que le canton du Jura ne pense pas créer son propre centre de sénologie, n'ayant pas suffisamment de cas à traiter au niveau cantonal. En revanche, il désire se relier à un centre reconnu aussi proche que possible. Le Jura pourrait s'associer à un centre qui se créerait soit à CDF, soit à Bâle. Pour le médecin chef du Jura, il serait intéressant que le Centre de sénologie se trouve à CDF, car le concept suisse veut que cette unité puisse disposer de toutes les compétences nécessaires sur le même lieu, dans toute la mesure du possible, et en particulier de la médecine nucléaire et de la radiothérapie. La Chaux-de-Fonds est en outre bien située géographiquement pour favoriser les liens entre Neuchâtel, le Jura et le Jura bernois.

Des discussions sont en cours avec les cantons du Jura et de Berne en ce qui concerne les collaborations possibles.

Si la majorité des ressources humaines nécessaires à l'exploitation d'un Centre de sénologie sont déjà disponibles au sein d'HNE, certains collaborateurs devront cependant suivre une formation complémentaire pour se spécialiser. En principe, il faudrait également engager un-e chef de clinique, un-e infirmier spécialisé en sénologie et un-e gestionnaire de données (data manager).

Les investissements nécessaires sont minimes : un système de biopsie stéréotaxique assisté de type Mammotome suffit (dont le coût est estimé par HNE entre Fr. 300'000.- et Fr. 500'000.-). La facturation de telles prestations permet d'ailleurs de rentabiliser cet équipement assez rapidement.

Suite aux consultations menées par le DSAS avec des cadres du Département de gynécologie et obstétrique, créer un Centre de sénologie à CDF a des répercussions sur le site de PRT. En effet, en gynécologie, le quart des cas concerne le sein. Séparer l'oncologie du sein du reste de la gynécologie pourrait nécessiter le transfert de 4 lits de gynécologie de PRT à CDF. Or le service de gynécologie de PRT est déjà réduit. Le retrait de ces 4 lits inquiète ses responsables.

La création d'un Centre de sénologie est d'une telle importance pour la survie des patientes que personne ne propose d'y renoncer.

La localisation à CDF améliore considérablement la qualité de la prestation et le confort des patientes, du fait que tous les équipements de radiothérapie et de médecine nucléaire sont sur le même site. Les synergies possibles avec la chirurgie sont également très importantes.

Il s'agit de s'assurer que le Centre femme-mère-enfant n'est pas remis en question et qu'il peut continuer sa mission de manière efficace. Le service de gynécologie compte actuellement 16 lits. Si 4 lits sont déplacés, les 12 lits restant devraient donc être rattachés à l'obstétrique pour ne plus faire qu'un service de gynécologie/obstétrique. Ils ne devraient en aucun cas être séparés du Centre femme-mère-enfant. En outre, de nouveaux projets doivent être développés sur le site HNE de PRT, dans le cadre du Centre femme-mère-enfant, de manière à compléter ses activités et à attirer de la patientèle d'autres cantons. Cette réflexion doit être menée par HNE.

Le CdA d'HNE se prononce en faveur de nouvelles compétences en sénologie sur le site de CDF. La collaboration avec le Jura serait favorisée par une localisation à CDF. En revanche, les médecins du Centre femme-mère-enfant préféreraient que ce centre soit rattaché au leur à PRT. En outre le comité d'initiative pour le pôle femme-mère-enfant veut également que le Centre de sénologie soit relié au Centre femme-mère-enfant à PRT.

La prise en charge coordonnée des femmes souffrant de cancers du sein nécessite une synergie avec la médecine nucléaire et la radiothérapie. Les synergies avec la chirurgie sont également intéressantes. CDF est également mieux située du point de vue de la collaboration avec le Jura et le Jura bernois. Bien sûr, la collaboration entre le Centre femme-mère-enfant et le Centre du sein est très importante.

**Le CdE propose de confirmer le Centre d'oncologie du site de CDF et d'y intégrer un Centre de sénologie reconnu au niveau national. Des contacts sont pris pour étendre les services de ce Centre de sénologie à la région BEJUNE.**

### ***12. Un centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé à CDF***

Dans la même logique d'organisation par centres de compétences que dans les cas du Centre femme-mère-enfant et du Centre de l'appareil locomoteur, un Centre de chirurgie est créé sur le site de CDF.

Ce centre permet de réunir sur un site toutes les activités chirurgicales stationnaires (à l'exception de ce qui concerne les deux centres précités (femme-mère-enfant et appareil locomoteur qui sont à PRT).

Son activité représentera près de 4200 cas par année. La création de ce centre offre les avantages suivants:

- Elle permettra d'organiser la prise en charge de manière claire. En effet, la proposition d'HNE, qui sépare la chirurgie stationnaire entre long et court séjour est difficile à mettre en œuvre. Il n'y a en effet pas de définition médicale, ni de consensus, en ce qui concerne les longs ou courts séjours. Ces définitions ne se trouvent d'ailleurs pas non plus dans le plan stratégique d'HNE et les explications reçues varient. En outre, il est impossible, au moment où l'on reçoit un patient en urgence de définir s'il va s'agir d'un court ou d'un long séjour. Il est donc plus clair pour chacun de dire que toute la chirurgie stationnaire (hors FME et CAL) doit aller sur le site de CDF.
- Ce centre améliorera la qualité de la prise en charge, tous les cas étant traités à la même place et de la même manière, le nombre d'opérations réalisées sur le site augmentera et une qualité meilleure pourra être atteinte.

- La visibilité et l'attractivité de la chirurgie d'HNE augmenteront en conséquence. Il sera plus facile d'attirer de jeunes médecins dans un centre d'une certaine importance. Ceci compte actuellement, à l'heure où il est de plus en plus difficile de faire venir des assistants et qu'il faut quelquefois aller les chercher très loin.
- Les synergies avec le Centre d'oncologie seront favorisées.
- L'économicité sera améliorée. Sur la base des taux d'occupation actuels, la fermeture de 12 lits de chirurgie a été identifiée comme étant une piste d'économie. Les économies en découlant sont estimées à près de 1 million de francs par année en charges de fonctionnement (voir également le chapitre 9.2).
- Le regroupement de la chirurgie stationnaire sur un seul site permet la suppression d'un doublon et par conséquent des économies d'échelle.
- De plus, la rationalisation des lignes de garde devra être évaluée dans ce nouveau contexte et pourrait permettre de dégager une économie de plus de deux millions en charges de fonctionnement.
- Le regroupement de toute la chirurgie stationnaire sur le site de CDF est la manière la plus efficiente de rééquilibrer les activités sur les deux sites de PRT et CDF, suite au transfert des activités femme-mère-enfant sur le site de PRT, conformément au mandat du CdE et aux engagements pris lors de la création de l'EHM.

La localisation de la chirurgie à CDF nécessitera la rénovation d'une 4<sup>ème</sup> salle d'opération au regard du volume de prestations qui est dévolu à ce site, soit une salle de plus que ne le prévoit actuellement le projet d'HNE. Le coût des blocs s'approchera donc plutôt des 10 millions de francs (charges d'investissement).

Le CdA et la direction d'HNE proposent de partager les activités de chirurgie stationnaire entre les deux sites de CDF et PRT et de localiser la chirurgie stationnaire de court séjour et ambulatoire sur le site de CDF et la chirurgie complexe sur le site de PRT. Les chirurgiens concernés sont partagés. Le comité d'initiative « Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton » pourrait envisager de retirer son initiative à la condition que ce point soit réalisé.

**Le CdE s'éloigne quelque peu de la proposition d'HNE et préconise la création d'un Centre de chirurgie stationnaire sur le site de CDF, pour des raisons de qualité et d'économicité. En outre cela permet de rééquilibrer les activités de PRT et CDF conformément au mandat légal.**

### ***13. Un Centre de chirurgie ambulatoire est créé sur le site de PRT***

Selon les propositions à moyen terme faites par le GPil au CdE, HNE doit développer rapidement les nouvelles technologies moins invasives, permettant de réduire la durée des séjours et d'amorcer le "virage" de l'ambulatoire.

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

Selon des chiffres fournis postérieurement à son plan stratégique d'octobre 2011, à la demande du DSAS, HNE prévoit un virage ambulatoire important puisqu'il cible le transfert de 550 cas par année du stationnaire vers l'ambulatoire. Il considère en outre

pouvoir attirer 300 patients d'autres cantons pour des prestations de chirurgie ambulatoire. Ces chiffres viendraient s'ajouter à l'activité actuelle de chirurgie ambulatoire qui se monte à un peu plus de 1000 cas par année. Le CdE retient une approche plus prudente, puisqu'il prévoit la substitution de prestations stationnaires par une prise en charge ambulatoire à raison de 120 à 130 cas par année. C'est ce qui ressort de son analyse sur la planification hospitalière 2012-2014. Sur cette base, l'activité chirurgicale ambulatoire du centre devrait se monter à 1270 cas environ dans un premier temps, puis sera appelée à évoluer pour atteindre 2270 cas en 2017.

Selon le diagnostic établi par HNE, la chirurgie ambulatoire est encore trop faiblement développée (plan stratégique d'HNE de mai 2011, annexe1, p. 98 ss). Le taux de recours à l'hospitalisation d'un jour dans le canton de Neuchâtel se situe ainsi dans la moyenne basse (1,93%) en comparaison avec les autres cantons suisses (VD: 6,29%). La situation est encore plus mauvaise en comparaison internationale, notamment avec des pays comme les Etats-Unis ou le Canada, où la chirurgie ambulatoire représente quasiment 90% de l'activité hospitalière (Royaume-Uni: 75%).

Ce faible recours à l'ambulatoire est confirmé par l'analyse des séjours de 2 jours sur les sites de PRT et CDF en 2009, dont il ressort que le premier compte 1496 séjours et le second 815 séjours avec un potentiel ambulatoire élevé. Ces séjours concernent principalement les spécialités suivantes: chirurgie viscérale, orthopédie, gynécologie, ophtalmologie, obstétrique, urologie, chirurgie vasculaire et ORL.

Il ressort de ce qui précède qu'il existe un potentiel important de développement en matière de chirurgie ambulatoire, estimé par les experts à 50%.

La création d'un Centre de chirurgie ambulatoire, distinct de celui de la chirurgie stationnaire, paraît opportune, avec des salles d'opérations et des lits propres pour la préparation préopératoire et le suivi postopératoire des patients permettant de faciliter le circuit ambulatoire du patient et d'améliorer l'efficacité de la prise en charge.

La localisation de ce Centre de chirurgie ambulatoire à PRT est justifiée par le fait que ce site dispose de blocs opératoires en suffisance.

Ce Centre permettra à HNE de développer de nouvelles compétences qui seront précieuses dans un domaine d'activité en plein essor.

En outre, une prise en charge ambulatoire est moins consommatrice de ressources, et permet de réduire les coûts de la santé. La chirurgie ambulatoire est une activité qui est principalement à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et qui n'obère donc pas le budget d'HNE et celui de l'Etat. Il devrait s'agir même d'une prestation rentable si l'on se réfère au développement qu'ont connu les cliniques privées ces dernières années.

HNE abonde dans le sens de la création d'un Centre de chirurgie ambulatoire dans le cadre de son plan stratégique. Il propose la création d'un centre de compétence pour la chirurgie stationnaire de court séjour et ambulatoire, dont la localisation serait sur le site de CDF.

Le CdE s'écarte quelque peu de cette option en séparant clairement la chirurgie stationnaire et la chirurgie ambulatoire et en attribuant la chirurgie stationnaire à CDF et la chirurgie ambulatoire à PRT, pour des raisons de cohérence médicale, de clarté et de visibilité des missions.

**Le CdE propose la création d'un Centre de chirurgie ambulatoire sur le site de PRT. Il souhaite ainsi positionner clairement HNE dans ce secteur d'activité fortement concurrentiel et lui donner des chances de développer ces prestations dans le cadre d'un centre de compétences fort.**

#### **14. Un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) gériatrique est localisé sur le site de VDT**

Les problèmes de santé liés au grand âge sont en augmentation. Une prise en charge spécialisée dans ce domaine s'avère dès lors nécessaire. HNE développe cette compétence en interne depuis 2009, sur son site de VDT. Elle n'a cependant pas pu être étendue de manière aussi importante que souhaitée car les décisions relatives à l'utilisation des anciens blocs opératoires ont été bloquées en raison de l'initiative pendante à ce sujet.

HNE a entrepris il y a peu des démarches pour que son service de gériatrie de VDT bénéficie de la reconnaissance par la FMH<sup>3</sup> comme service de formation postgraduée en vue de le rendre encore plus attractif. Des compléments d'informations ont été demandés à HNE par la FMH avant que le Comité compétent de cette organisation ne se prononce sur la reconnaissance.

L'obtention d'une reconnaissance FMH du CTR de gériatrie comme établissement de formation postgraduée, permettrait d'offrir cette prestation au sein d'HNE et de garantir une bonne formation à des médecins dans un domaine qui est appelé à prendre de l'ampleur ces prochaines années, avec l'espoir que quelques gériatres formés à VDT restent dans le canton.

Selon un article paru dans la Revue médicale suisse, de 2008, intitulé "La gériatrie avec – contre – entre – hors – sans- l'interniste et le généraliste?", 30 établissements étaient reconnus cette année-là en Suisse par la FMH pour la partie spécifiquement gériatrique de la formation approfondie en gériatrie, dont huit en Suisse Romande, ce qui démontre bien l'utilité de ces centres et la nécessité pour le canton de Neuchâtel de disposer de ce type de prestations en son sein.

Pour le développement du site, le CdE s'engage à fournir à HNE les moyens de procéder aux aménagements mobiliers et immobiliers nécessaires à l'obtention de la reconnaissance FMH, ainsi qu'au confort des personnes âgées, soit au maximum deux millions de francs. Cette somme, évaluée par un expert externe, correspond à l'investissement qu'il serait nécessaire de consentir si l'on entendait remettre à niveau un bloc opératoire sur le site de VDT pour y réaliser de la petite chirurgie. Or, le CdE n'entend pas retenir cette option d'aménagement du bloc, car cette démarche irait à l'encontre de la politique qu'il défend depuis plusieurs années et qui trouve notamment sa concrétisation dans le cadre des présentes options stratégiques.

Le CdA, la direction d'HNE, les médecins de VDT, les autorités de la commune et le comité d'initiative ne s'opposent pas à cette option. Le comité d'initiative estime cependant que cette offre ne suffit pas à justifier le retrait de l'initiative. La réfection du bloc pour de la petite chirurgie reste un souhait.

---

<sup>3</sup> Les critères de reconnaissance par le FMH sont disponibles sous: [http://www.fmh.ch/files/pdf4/aim\\_anhang\\_4\\_f.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf4/aim_anhang_4_f.pdf)

**Le CdE propose de confirmer la mission actuelle du site de VDT, à savoir celle d'un CTR spécialisé en gériatrie, dont les prestations sont proposées à l'ensemble de la population cantonale.**

### ***15. Un Centre de diagnostic et de traitement (CDT) est développé sur le site de VDT***

La mission du site de VDT est modifiée en 2008, suite à la fermeture du service de chirurgie et de la maternité. En contrepartie, HNE doit maintenir sur le site des consultations ambulatoires dans le domaine de la chirurgie, de la gynécologie et de l'obstétrique pour garantir une offre de proximité. D'autres consultations spécialisées sont développées, notamment en matière d'orthopédie, de cardiologie, d'oncologie ou de rhumatologie, prestations qui n'étaient auparavant pas offertes sur ce site. Les prestations à la population ne diminuent pas. Elles évoluent en fonction de la nouvelle organisation hospitalière.

L'option tendant à la localisation d'un CDT sur le site de VDT, à titre de projet pilote, est d'ores et déjà proposée par le CdE dans le cadre de l'option 3. Il convient cependant de définir plus précisément les modalités de son organisation.

En effet, pour HNE, les prestations des CDT doivent être différenciées en fonction du bassin de population qu'ils desservent, la limite ayant été fixée par les professionnels à 30'000 habitants. Ainsi, les prestations proposées dans le CDT de VDT sont différentes de celles qui sont proposées à CDF et PRT (voir tableau des CDT en lien avec l'option 3). Outre des différences portant sur les prestations (pas de service d'urgence sur le site de VDT), HNE préconise des heures d'ouverture limitées au jour pour ce CDT uniquement (de 8 à 20 heures), alors que les CDT de CDF et de PRT seraient ouverts 24 heures/24. Pour justifier cette différence de traitement, HNE fait valoir que l'activité nocturne de la polyclinique de VDT, qui sera intégrée dans le CDT, ne justifie pas une ouverture constante. Il préconise toutefois un partenariat avec les médecins installés au Vallon pour assurer la garde médicale durant la nuit et, partant, la sécurité sanitaire.

Pour ce qui est des prestations spécialisées à fournir sur le CDT du VDT, le CdE demande à HNE d'évaluer rapidement si d'éventuels compléments en termes de spécialisations pour répondre à d'autres besoins en prestations de soins médicaux de proximité de la population, notamment dans un contexte de pénurie médicale provisoire ou durable dans la région, ne devraient pas être offerts.

Le CDT de VDT doit fonctionner comme une porte d'entrée dans HNE. Les démarches d'admission doivent être simplifiées au maximum.

Le CdE est sensible aux arguments d'HNE s'agissant de l'activité déployée durant la nuit au sein de la polyclinique de VDT. Selon des chiffres fournis par HNE, la fréquentation nocturne de la polyclinique de VDT est faible (environ 1 cas par nuit). Il est possible que les Vallonniers ne connaissent pas encore tous cette possibilité et que cette fréquentation s'améliore par la suite.

En outre, dans l'attente de l'organisation des transports entre le CDT de VDT et les villes, certaines personnes pourraient avoir de la peine à se rendre dans l'un des CDT de CDF ou de PRT la nuit, la région étant décentrée.

La proposition du Conseil d'Etat est neutre financièrement, puisque la situation sera la même qu'actuellement.

Cependant, le CdE enjoint HNE de reprendre la discussion avec les médecins installés de manière à organiser la garde pour la ville et la polyclinique en commun, ce qui permettrait de diminuer considérablement les coûts pour HNE. En effet, la collaboration avec les médecins installés devrait permettre de limiter les lignes de garde à deux

(polyclinique-ville et SMUR) au lieu des trois actuelles (polyclinique, ville, SMUR). De cette manière, les coûts pourraient être considérablement abaissés et l'efficacité accrue.

L'ouverture de la polyclinique de VDT 24 heures/24 est une demande formelle du comité d'initiative "Pour une médecine de proximité", mais aussi du Conseil communal de Val-de-Travers, en tous les cas pour ce dernier tant que la problématique évoquée dans le paragraphe précédent ne trouve pas de solution.

Considérant l'ensemble de ce qui précède, le CdE propose au Grand Conseil de maintenir l'ouverture nocturne du CDT de VDT et de la limiter à une période maximale de 3 ans, dès l'approbation du présent rapport, le temps d'organiser un service de transport efficace et de permettre aux acteurs concernés, en l'occurrence les médecins libres praticiens, HNE et le DSAS, de trouver une solution pour améliorer la garde médicale durant la nuit. Une évaluation de la fréquentation nocturne du CDT sera faite au bout de deux ans. Un bilan en sera tiré. Sur cette base, le CdE examinera la situation. Le cas échéant, il proposera au Grand Conseil de développer les activités du CDT (de jour ou de nuit) ou de le fermer durant les heures les plus creuses (éventuellement en maintenant un service de piquet).

Cette période permettra également de mettre en place les nouveaux services d'urgence : 144, médecine de garde et hotline pédiatrique. Le CdE vient de décider de confier, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, tous ces appels d'urgence à une centrale sanitaire professionnelle unique, la Fondation Urgences santé Vaud. Selon les expériences réalisées dans d'autres cantons, cette nouvelle prestation entraîne une réduction sensible du nombre d'interventions des médecins de garde et de la polyclinique. Ces services, ajoutés au SMUR et aux ambulances présents sur le site de VDT doivent permettre de couvrir la plus grande partie des besoins des habitants de la vallée.

En outre, la plateforme régionale de santé de VDT, inaugurée en 2009 et les postes de médecins assistants en cabinets, financés par le canton, devraient contribuer à améliorer la couverture sanitaire de la vallée et favoriser l'installation de nouveaux praticiens. Deux nouveaux généralistes commenceront à exercer sur le site de VDT dès le début de l'année 2012 et pourront ainsi participer à la garde médicale.

Le CdE invite HNE et les médecins installés à se remettre autour de la table pour trouver un terrain d'entente pour la garde médicale.

**Le CdE propose de développer un projet-pilote de CDT sur le site de VDT. Ce CDT doit fonctionner comme une porte d'entrée dans HNE. Il sera ouvert de nuit pour une période transitoire limitée à 3 ans. Cette solution est neutre financièrement, car elle ne diffère pas de la situation actuelle. Le CdE demande aux acteurs concernés de trouver une solution pour optimiser l'organisation des services de garde de manière à garantir la sécurité sanitaire de la région.**

#### ***16. Une étude est menée visant à déterminer l'opportunité de créer un site unique de soins aigus et sa localisation***

Au-delà de la volonté exprimée sous chiffre 4 de pouvoir, par les options stratégiques proposées, répondre à court terme aux initiatives, le CdE entend proposer une réflexion à plus long terme portant sur la création d'un site unique de soins aigus, dont la mise en fonction serait programmée à l'horizon 2022.

Cette option est également proposée par le GPil dans le document qu'il remet au CdE en septembre 2010.

Le présent point ne fait qu'évoquer très sommairement le site unique de soins aigus et ceci pour les raisons suivantes:

- Le site de soins aigus unique nécessite une analyse approfondie et multidimensionnelle touchant aux domaines de l'organisation hospitalière, de l'évolution des traitements et des besoins de la population neuchâteloise, de l'aménagement du territoire, de la compatibilité avec le RUN, de la disponibilité des terrains, de l'accessibilité et des temps de déplacement depuis chaque commune du canton (isochrones), de la disponibilité des bâtiments existants, des coûts de construction sur un nouveau site et sur les sites existants, des coûts d'entretien des sites existants, etc. Une telle étude prendrait plusieurs mois, or le CdE désire aujourd'hui proposer une réponse aux initiatives encore pendantes dans un délai raisonnable et ne veut pas bloquer toute évolution des structures hospitalières durant ce laps de temps.
- La réunion de toutes les activités hospitalières de soins aigus nécessitera la construction d'un bâtiment nouveau. En effet, aujourd'hui le site de PRT comporte environ 200 lits, celui de CDF en recense environ 120. Or, dans son plan stratégique, HNE évalue le besoin de ce site unique entre 260 et 290 lits. Dès lors, réunir tous les soins aigus sur un site nécessite obligatoirement la construction d'un nouvel édifice, même si celui-ci doit seulement compléter un bâtiment existant. Or toute construction hospitalière prend beaucoup de temps. Ainsi, le premier projet de nouvel hôpital de PRT est esquissé en 1989 et le bâtiment définitif est inauguré en 2005 seulement.
- Les coûts d'une nouvelle construction sont élevés. On compte en général en Europe, une moyenne d'un million d'euros par lit, ce qui reviendrait dans ce cas à une somme variant entre 100 et 300 millions de francs selon le scénario choisi, sachant que la construction en Suisse est souvent plus onéreuse qu'en Europe. Il est évident que le modèle de financement d'un tel projet devrait être préparé soigneusement.
- HNE doit être réorganisé par centres d'activités et en réseau, indépendamment du futur site unique. En effet, si les deux sites actuels de soins aigus doivent être encore utilisés durant une dizaine d'années, il est nécessaire qu'ils soient entretenus et organisés de manière efficiente. La qualité des prestations et l'attractivité d'HNE doivent être maintenues durant la phase de transition. Cela est encore plus important maintenant que nous sommes dans un modèle de concurrence intercantonale. Si un site unique doit voir le jour, les centres d'activités déjà bien organisés pourront y être transférés facilement.
- Le CdE souhaite en outre séparer les débats sur le développement à long terme d'HNE et la perspective de la création d'un site unique de soins aigus, avec notamment la question de sa localisation, de ceux portant sur la répartition des missions hospitalières entre les sites existants, qui font l'objet du présent rapport. Il convient d'organiser d'abord la phase transitoire, et ensuite la phase "site unique". Cumuler les deux débats rendrait l'élaboration d'un consensus difficile.

Si aucune étude complète n'a été menée concernant le site unique de soins aigus, deux analyses partielles ont été brièvement réalisées dans le cadre de mandats donnés par HNE à un bureau d'experts.

### **1<sup>ère</sup> étude**

La première étude a été réalisée en 2007 dans le cadre des propositions relatives à la répartition des missions de soins aigus. L'expert a étudié rapidement la possibilité de construire un site unique de 356 lits de soins aigus au Val-de-Ruz pour un montant total estimé à 280 millions de francs. Pour être rentable, cette option devait déboucher sur des économies d'exploitation de l'ordre de 28,5 millions par année, faute de quoi l'opération coûterait plus cher qu'avant. Ainsi, selon des considérations principalement financières, l'expert rejetait cette option, considérant que ce volume d'économies ne pouvait que

difficilement être atteint tant que les bâtiments actuels de CDF et PRT étaient exploitables. Cette étude conclut qu'une nouvelle construction dans le Val-de-Ruz serait trop onéreuse.

## 2<sup>ème</sup> étude

La deuxième étude est réalisée dans le cadre de la première version du plan stratégique d'HNE, remise en mai 2011. Elle considère que l'hôpital de soins aigus unique devrait être dimensionné à horizon 2015 à 230 lits pour une surface totale d'environ 32'000 mètres carrés, en appliquant un ratio standard par lit utilisé au niveau international.

Elle prévoit que 712 EPT médecins et infirmiers seront nécessaires pour réaliser l'activité aigue somatique estimée sur un site unique cantonal de 230 lits, soit 28% de moins que la capacité actuelle.

Elle conclut que la structure de coûts future de la prise en charge des soins aigus somatiques sur un site unique cantonal montre une diminution d'environ 13% des coûts, soit 28.7 millions de francs (voir tableau ci-après).

	2009	2015	Dif.
<b>Comptes par nature 2009</b>	<b>Totaux</b>	<b>Totaux</b>	
3000 Personnel médical	29'666'258	27'226'197	-8%
3001 Personnel non médical	93'567'785	87'655'339	-6%
308 Prest. ass. sociales	-3'355'629	-3'132'681	-7%
37 Charges sociales	23'385'301	21'831'579	-7%
38 Sal. méd. à l'acte	7'45'852	6'963'285	-7%
39 Divers	926'342	864'796	-7%
<b>Total groupe 3 (Personnel)</b>	<b>151'648'911</b>	<b>141'408'516</b>	<b>-7%</b>
40 Matériel médical exploitation	37'709'481	23'315'792	-38%
41 Produits alimentaires	3'447'729	2'131'733	-38%
42 Articles ménagers	3'498'639	2'163'210	-38%
43 Entretien et réparation	5'384'581	5'743'552	7%
44 Achats de matériel	907'895	887'719	-2%
45 Eau, Energie	3'395'787	3'622'172	7%
47 Frais administratifs	1'723'806	1'609'276	-7%
48 Transports	2'383'060	2'330'102	-2%
49 Autres charges d'exploitation	624'104	610'235	-2%
<b>Total Groupe 4 (charges d'exploitation)</b>	<b>59'075'081</b>	<b>42'413'791</b>	<b>-28%</b>
639200 Rétrocession FLHN	-1'169'951	0	-100%
65 Autres prest. (s/perte déb.)	-158'540	0	-100%
68 Prest. diverses	-7'571'718	0	-100%
<b>Total 1 (ch.d'expl. dir.)</b>	<b>201'823'782</b>	<b>183'822'306</b>	<b>-9%</b>
<b>Total 2 (Coûts indir. INFRASTRUCTURES)</b>	<b>28'098'130</b>	<b>26'472'398</b>	<b>-6%</b>
<b>Total 3 (Coûts ind. MEDICO-TECHNIQUE)</b>	<b>-1'014'563</b>	<b>-256'696</b>	<b>-75%</b>
<b>Total ch. d'expl. (total 1+2+3)</b>	<b>228'907'349</b>	<b>200'203'098</b>	<b>-13%</b>

En combinant ces deux études, il apparaîtrait que la construction d'un site unique de soins aigus soit financièrement rentable, puisque la somme des investissements à consentir, certes importante, pourrait être amortie sur une période de 10 ans environ.

Cela dit, ces approches sont partielles car elles ne prennent en considération qu'une petite partie de la problématique "site unique" et mettent en évidence, si besoin est, la nécessité de procéder à une étude systémique de la situation. Ce travail débutera en 2012.

Une fois les options stratégiques validées par le Grand Conseil, il incombera au Gouvernement de se prononcer rapidement et définitivement sur l'opportunité ou non de créer un site unique ou de maintenir les deux sites actuels de soins aigus.

Pour cela, il sera nécessaire de mener une étude de faisabilité, en recourant à un bureau d'experts externe et indépendant comme cela a été le cas pour l'hôtel judiciaire. Il s'agira d'examiner dans un premier temps quels sont les besoins en surface et équipements, d'évaluer les scénarii possibles d'implantation, d'établir une grille d'analyse multidimensionnelle, prenant en compte tous les aspects indiqués plus haut, de procéder à une évaluation des sites envisageables et d'en tirer des résultats.

Le CdE pourra aussi s'inspirer des réflexions menées par les cantons de Vaud et du Valais concernant la création du site hospitalier intercantonal de Rennaz dans le Chablais, mais aussi, à l'étranger, en lien avec la création d'un pôle hospitalier unique et médian pour les villes de Belfort et de Montbéliard, distantes tout comme la Chaux-de-Fonds et Neuchâtel, d'une vingtaine de kilomètres.

Le CdA, la direction et les médecins d'HNE sont favorables à la réalisation d'un site unique de soins aigus. Le GPil s'est également prononcé dans ce sens dans son document final.

**Le CdE propose de mener des études d'opportunité et de faisabilité sur la création d'un site unique de soins aigus pour le canton, et ce dès 2012.**

***17. Conjointement à la création d'un site unique de soins aigus, la question du regroupement des CTR sur un seul site est posée.***

Dans son rapport, HNE préconise le regroupement des actuels CTR, à l'horizon 2022, au sein d'un seul et unique site puisque "les représentants tant médicaux que soignants des actuels CTR (La Béroche, Le Locle, Val-de-Travers et Val-de-Ruz) estiment que fédérer les moyens actuels à travers un CTR unique est indispensable au maintien des compétences et au développement de disciplines appelées à progresser fortement en lien, notamment, avec le vieillissement de la population".

Cette demande découle des travaux d'un groupe de travail interne d'HNE qui estime que cette nouvelle unité permettrait une bonne gestion et une bonne visibilité de ces activités. Il estime qu'un tel centre devrait accueillir entre 140 et 160 lits.

Actuellement, HNE dispose de quatre CTR, soit de 130 lits. Cette situation est un grand avantage. Elle permet de transférer les patients des lits A vers les lits B et de décharger les sites de soins aigus rapidement. Aujourd'hui aucun site n'a une capacité suffisante pour accueillir l'ensemble de ces lits. Cela nécessiterait dans tous les cas une construction importante.

En outre, les quatre CTR figurent dans la LEHM et ne pourraient être fermés que sur décision du Grand Conseil.

Cependant, si un site unique de soins aigus devait voir le jour, cela remettrait en question l'organisation actuelle de l'hôpital. Quelle que soit l'option choisie pour le site unique de soins aigus, c'est l'ensemble de la répartition des missions sur les sites d'HNE qui devrait être revue. La question du regroupement des CTR pourrait alors être posée.

**Le CdE estime que la question du devenir des sites actuels ne se posera que si le choix du site unique de soins aigus devait se concrétiser. C'est dans ce cadre que le regroupement des CTR devra être examiné.**

## 7.2. Synthèse

Les options stratégiques proposées par le CdE sont synthétisées dans le tableau ci-après.

***Tableau synoptique de la répartition des missions à horizon 2017 selon la proposition du CdE***

Sites	Missions
La Chaux-de-Fonds	Médecine interne Centre de chirurgie stationnaire Centre d'oncologie Centre de sénologie Soins intensifs CDT (urgences et policlinique) SMUR
Pourtalès	Médecine interne Centre femme-mère-enfant Centre de l'appareil locomoteur (orthopédie et traumatologie) Centre de chirurgie ambulatoire Soins intensifs CDT (urgences et policlinique) SMUR
La Béroche	CTR Polyclinique organisée en collaboration avec les médecins installés (plateforme santé à développer)
Val-de-Travers	CTR spécialisé Centre de gériatrie CDT (site pilote) SMUR Plateforme santé
Le Locle	CTR Polyclinique organisée en collaboration avec les médecins installés (plateforme santé à développer)
Val-de-Ruz	CTR MPR Polyclinique organisée en collaboration avec les médecins installés (plate-forme santé à développer)
La Chrysalide	Soins palliatifs

### 7.3. Conclusion

Le CdE estime que les options stratégiques qu'il soumet à l'approbation du Grand Conseil sont de nature à permettre au canton de Neuchâtel de sortir de l'impasse dans laquelle il se trouve depuis plusieurs années dans le domaine hospitalier.

Cette proposition est le fruit d'un consensus politique qui a pris plus de deux ans à se dessiner, depuis les EGS organisés en 2009. Elle garantit la sécurité sanitaire dans l'ensemble des régions du canton et respecte une logique, une cohérence médicale et une économicité qui sont indispensables à l'exploitation d'une institution comme HNE.

Si certaines de ces options stratégiques consistent à valider une situation existante, les lignes forces de ces propositions sont la création de centres de compétences forts dans les domaines de la chirurgie stationnaire et ambulatoire, de l'oncologie et de la sénologie, de l'appareil locomoteur ou encore de l'activité femme-mère-enfant.

Ces créations devraient permettre d'atteindre différents buts, en particulier:

- L'augmentation de la qualité des prestations fournies, notamment par l'attractivité de ces centres auprès du personnel qualifié dont la pénurie est, si ce n'est réelle, du moins annoncée;
- l'obtention d'économies d'échelle par la centralisation de l'activité et des ressources;
- l'amélioration du positionnement d'HNE vis-à-vis des patients et des autres hôpitaux dans un contexte concurrentiel accru dès 2012.

Le CdE estime par ailleurs que ses propositions permettent de rétablir un équilibre relatif entre les sites de CDF et PRT, ou à tout le moins de réduire le déséquilibre constaté ces dernières années.

En effet, rappelons que la LEHM, en son article 13, alinéa 1, lettre d), prévoit que le CdE veille à la conservation de l'importance relative des sites et à l'égalité entre les régions. Par ailleurs, le rapport du CdE 04.041 précisait, en page 46 que « Le Conseil d'Etat est garant de l'équilibre entre les régions et il est le protecteur des intérêts de la population. En cela, il doit tenir compte de la situation actuelle et veiller à conserver l'importance relative des sites »;

Sur la base des options stratégiques posées au chapitre 7.1., l'équilibre général est partiellement rétabli, comme le démontrent les tableaux ci-dessous qui décrivent la répartition extrapolée pour l'année 2012 entre les deux sites de CDF et PRT de l'activité en général ou opératoire en particulier.

<b>Activité HNE: situation 2012 extrapolée</b>			
<b>Domaine activité</b>	<b>Chaux-de-Fonds</b>	<b>Pourtalès</b>	<b>Total HNE</b>
Chirurgie	4304	0	4304
Médecine	2260	2900	5160
Appareil locomoteur	0	2226	2226
Femme-mère-enfant	0	3750	3750
Soins intensifs	830	750	1580
<b>Total général</b>	<b>7394</b>	<b>9626</b>	<b>17020</b>
	43%	57%	100.0%
<b>Activité chirurgicale HNE: situation 2012 extrapolée</b>			
<b>Domaine activité</b>	<b>La Chaux-de-Fonds</b>	<b>Pourtalès</b>	<b>Total HNE</b>
Chirurgie	3504	0	3504
Appareil locomoteur	0	1566	1566
Femme-mère-enfant	0	2081	2081
Chirurgie ambulatoire	0	1071	1071
<b>Total général</b>	<b>3504</b>	<b>4718</b>	<b>8222</b>
	43%	57%	100.0%

Il est à noter que cette répartition d'activité ne tient compte d'aucune évolution de la prise en charge (ex. virage ambulatoire), à l'exception de la neurochirurgie du rachis (200 nouveaux cas) et de la sénologie (transfert de 130 cas du Centre femme-mère-enfant au Centre de sénologie).

HNE considère de son côté qu'il devra faire face à un exode de patients dans les hôpitaux universitaires s'agissant de prestations de chirurgie complexe. Il estime ce transfert à 150 cas par an. De plus, il table sur un virage ambulatoire de l'ordre de 200 cas, qui quitteront dès lors le domaine de la chirurgie stationnaire au profit de la chirurgie ambulatoire.

Dans le cadre de la planification hospitalière cantonale 2012-2014, le CdE ne tient pas compte d'un potentiel de transfert de l'activité complexe vers les centres universitaires. Il prend cependant en compte un changement de mode de prise en charge vers l'ambulatoire pour 120 à 130 cas par année, toutes activités confondues.

## **8. PLANIFICATION FINANCIERE**

La progression des charges d'HNE est particulièrement faible. Elle se situe très au-dessous de la moyenne suisse de telle sorte que les coûts hospitaliers neuchâtelois se rapprochent peu à peu de la moyenne suisse. L'introduction des SwissDRG le 1er janvier 2012 (cf. chapitre 1, maîtrise des coûts) permettra de faire une évaluation plus précise qu'actuellement. En effet, cette nouvelle tarification harmonise les comptabilités des hôpitaux et rend les comparaisons plus fiables. Nous saurons donc exactement où en est HNE par rapport aux autres hôpitaux.

### **8.1. Charges d'HNE**

Les charges d'HNE sont en moyenne plus élevées que celles d'autres hôpitaux comparables. Bien sûr, il convient de rester très prudent, car il n'est pas possible d'avoir des certitudes pour le moment. En effet, en l'absence de comptabilités harmonisées, les comparaisons sont toujours sujettes à caution. En effet, les rubriques comptables sont différentes et une même rubrique peut contenir des éléments divers.

Une tentative de comparaison a cependant été faite entre le Centre hospitalier du centre du Valais (ci-après CHCVs) et HNE en 2008. La situation a certes changé. Elle s'est sans doute améliorée, tant en Valais qu'à Neuchâtel. Ces tableaux ne sont donc qu'indicatifs. Ils sont pourtant déjà parlants.

- Le CHCVs est multisite, comme HNE.
- En 2007, CHCVs a 4 sites de soins aigus, HNE en a 3.
- HNE compte 15974 sorties A, 1826 sorties B et 10,3 millions d'honoraires ambulatoires, ce qui représente 111315 journées A, 34747 journées B, une DMS A de 7.0 jours et une DMS B de 19.0 jours. (DMS : durée moyenne de séjour)
- CHCVs compte 19665 sorties A, 2547 sorties B et 10,8 millions d'honoraires ambulatoires, ce qui représente 146000 journées A, 76606 journées B, une DMS A de 7,2 j et une DMS B de 30,1 j.

HNE, malgré une activité inférieure au CHCVs dispose de plus de personnel médical, administratif, hôtelier et technique.

Les collaborateurs et les collaboratrices d'HNE fournissent en moyenne 1672 h. de travail par an. Ceux du CHCVs, 1764 h/an, soit 5,5% de plus qu'à HNE.

Les soignants nécessaires pour permettre la couverture d'un poste 24 heures/24 et 7 jours/7 est de 5,48 à HNE et de 5,11 au CHCVs.

Les tableaux ci-après en donnent un aperçu.

### **Chiffres 2007**

	<b>HNE</b>	<b>CHCVs</b>
Nombre total de sites	7	5
<i>proposant des soins aigus</i>	3	4
<i>proposant des soins de réadaptation, de gériatrie ou de soins palliatifs</i>	4	4
Nombre total de lits	470	604
<i>dont lits de soins aigus</i>	357	377
<i>dont lits de soins de réadaptation, de gériatrie ou de soins palliatifs</i>	113	227
Nombre de lits maximum par site	181	198
Nombre de lits minimum par site	13	63

**Effectifs 2007 sans le personnel intérimaire, les médecins payés à l'acte, les apprentis, étudiants ou stagiaires**

EPT	HNE	CHCVs	Différence (HNE-CHCVs)	Commentaire
Personnel médical	245.63	215.39	30.24	
Personnel soignant	620.69	695.60	-74.91	
Personnel médico-technique	464.08	498.02	-33.94	CHCVs: sans le personnel paramédical de la SUVA qui intervient sur le site de Sion
<i>dont personnel de secrétariat médical</i>	<i>86.88</i>	<i>65.84</i>	<i>21.04</i>	<i>CHCVs: non compris les assistantes médicales</i>
Personnel administratif	131.45	96.54	34.91	
Personnel hôtelier	330.55	237.14	93.41	HNE: sans le personnel de crèche
<i>dont personnel de cuisine</i>	<i>97.75</i>	<i>80.00</i>	<i>17.75</i>	<i>CHCVs: nombre d'EPT estimé</i>
Personnel technique	35.89	31.97	3.92	
Total	1'828.29	1'774.66	53.63	

**EPT par 100 sorties**

EPT par 100 sorties	HNE	CHCVs	Différence (HNE-CHCVs)
Personnel médical	1.38	0.97	0.41
Personnel soignant	3.49	3.13	0.36
Personnel médico-technique	2.61	2.24	0.37
<i>dont personnel de secrétariat médical</i>	<i>0.49</i>	<i>0.30</i>	<i>0.19</i>
Personnel administratif	0.74	0.43	0.30
Personnel hôtelier	1.86	1.07	0.79
Personnel technique	0.20	0.14	0.06
Total	10.27	7.99	2.28

## Charges 2007

Comptes	Désignation	HNE En fr.	CHCVs En fr.	Différence en fr. (HNE-CHCVs)
3	<b>Salaires et charges sociales</b>			
30	Personnel médical	32'139'079.75	31'369'936.26	769'143.49
31	Personnel soignant	47'619'642.50	52'281'374.62	-4'661'732.12
32	Personnel médico-technique	36'670'759.55	38'791'437.82	-2'120'678.27
33	Personnel administratif	10'990'470.15	10'131'983.32	858'486.83
34	Personnel hôtelier	20'968'647.75	13'559'968.26	7'408'679.49
35	Personnel technique	3'085'464.05	2'367'250.06	718'213.99
	<b>Total salaires</b>	<b>151'474'063.75</b>	<b>148'501'950.34</b>	<b>2'972'113.41</b>
37	Charges sociales	32'232'614.25	31'500'478.40	732'135.85
38	Honoraires des médecins	5'461'599.20	5'814'852.97	-353'253.77
39	Divers	1'020'493.10	1'308'129.86	-287'636.76
	<b>Total coûts de personnel</b>	<b>190'188'770.30</b>	<b>187'125'411.57</b>	<b>3'063'358.73</b>
40	Matériel médical	35'739'734.90	56'948'150.28	-21'208'415.38
41	Produits alimentaires	4'433'894.80	6'094'058.89	-1'660'164.09
42	Autres charges ménagères	4'501'274.35	3'598'581.03	902'693.32
43	Entr. et rép. d'imm. - équipements	5'169'931.40	7'135'843.20	-1'965'911.80
44	Charges des investissements	15'499'353.05	1'076'715.14	14'422'637.91
45	Eau et énergie	4'395'699.20	3'119'763.01	1'275'936.19
46	Charges des intérêts	10'238'970.65	1'213'248.32	9'025'722.33
47	Frais de bureau et d'administration	11'603'021.30	4'842'413.99	6'760'607.31
48	Evacuation des déchets	335'583.60	556'676.69	-221'093.09
49	Primes d'assurances, taxes, divers	5'071'312.05	6'063'316.34	-992'004.29
	<b>Total autres charges d'exploitation</b>	<b>96'988'775.30</b>	<b>90'648'766.89</b>	<b>6'340'008.41</b>
	<b>Total des charges</b>	<b>287'177'545.60</b>	<b>277'774'178.46</b>	<b>9'403'367.14</b>

## 8.2 Mesures d'économies

Dès la création d'HNE, le CdE est conscient des charges que supporte HNE et l'engage à mener une première réflexion sur les mesures d'économies. Cette première phase est décrite dans l'historique (chapitre 3.1.1) et conduit à une économie importante.

Dans le cadre de l'élaboration du budget 2011 de l'Etat et d'HNE, des économies de l'ordre de 5 millions de francs sont sollicitées de la part d'HNE pour lui permettre de présenter des comptes 2011 équilibrés. Dans le prolongement, le CdE demande à HNE de poursuivre ses efforts de rationalisation et d'obtenir des économies supplémentaires de 5 millions de francs en 2012, puis à nouveau en 2013. Au total, il est attendu des économies cumulées de 15 millions de francs sur trois ans de la part d'HNE.

Un mandat d'analyse est confié à un expert. Celui-ci identifie 27 mesures potentielles pour un total d'économies de l'ordre de 15 millions à horizon 2013, qu'il présente au DSAS, ainsi qu'à HNE en mars 2011.

L'expert décrit 27 mesures organisationnelles et leur potentiel, dont voici les principales:

01.	Réduction de la DMS pour les accouchements: passage à trois jours	2,6 mio
02.	Optimisation de la facturation ambulatoire	2,0 mio
03.	Fermeture de 18 lits en gynécologie et obstétrique à PRT	1,5 mio
04.	Réduction du nombre de secrétaires médicales	1,2 mio
05.	Fermeture de 12 lits en chirurgie à CDF	1,0 mio
06.	Accélération des sorties vers les lits B	0,9 mio
07.	Implantation de la ventilation non invasive	0,6 mio
08.	Ajustements au niveau du laboratoire	0,5 mio
09.	Optimisation des achats et contrôle de la prescription	0,5 mio
10.	Honoraires et mandats	0,5mio
11.	Réduction des tarifs des achats de biens médicaux	0,4 mio
12.	Réduction des pertes de la crèche	0,3 mio
13.	Mise en place d'un piquet au bloc opératoire de CDF la nuit pour le personnel infirmier	0,3 mio
14.	Facturation des journées liées aux attentes de placement (lits C)	0,3 mio
15.	Réduction des dépenses informatiques	0,3 mio

D'autres mesures prometteuses, comme l'optimisation des ressources humaines, ne sont pas chiffrées

Il y a lieu de relever que les pistes identifiées par l'expert ne touchent pas aux prestations en tant que telles. Elles portent sur des principes de bonne gestion. Sans être impératives, ces propositions doivent lancer la réflexion et encourager HNE à rechercher éventuellement d'autres sources d'économie. Dans ce sens, ces mesures sont considérées comme une base de travail intéressante qu'il s'agit d'approfondir.

Par courrier du 17 juin 2011, HNE prend position sur ces éléments. Il valide certaines mesures, renonce à la mise en œuvre d'autres et en réévalue encore d'autres, considérant que l'ampleur et/ou le calendrier proposés par l'expert ne tiennent pas suffisamment compte des impératifs du terrain. Au final, il estime que les mesures qui peuvent être réalisées, doivent amener des économies de l'ordre de 8 millions de francs à horizon 2015.

En lien avec l'examen du budget 2012 et la planification financière roulante 2013-2015, le CdE a décidé de créer une cellule d'appui dédiée au suivi financier d'HNE. Cette cellule, constituée de spécialistes de la santé et des finances du DJSF et du DSAS s'attelle en premier lieu aux mesures d'économies qu'HNE doit réaliser.

Elle se réunit à plusieurs reprises. Chacune des mesures proposées par l'expert fait l'objet d'un suivi, s'agissant de la faisabilité, des économies en découlant, du calendrier et de l'application concrète. Cette cellule poursuivra ses travaux en 2012 et 2013.

Durant l'année 2011, HNE a pu mettre en place des mesures lui permettant de dégager des économies ou des recettes supplémentaires pour un montant de 4.6 millions pour l'exercice en cours. HNE devrait donc être à même de présenter des comptes 2011 équilibrés.

Dans son plan stratégique, HNE mentionne le fait qu'il est environ 20% plus cher que d'autres hôpitaux non universitaires comparables. Les démarches entreprises par ces recherches d'économie vont clairement dans le sens de réduire cette différence de coûts et de ramener les charges d'HNE dans la moyenne suisse. Un effort considérable a déjà

été fourni. Il a porté ses fruits. Il y a encore un potentiel. Le CdE veille à ce que les objectifs financiers fixés soient atteints et continuera d'y veiller dans les années à venir.

Le plan stratégique qui vous est présenté ici va dans la même direction. En effet, le CdE a choisi systématiquement les options qui suppriment les doublons et permettent donc des économies d'échelle. Plusieurs prestations sont actuellement fournies sur deux sites et ne le seront à l'avenir que sur un seul: création d'un Centre de chirurgie stationnaire, d'un Centre de l'appareil locomoteur et d'un Centre de chirurgie ambulatoire par exemple.

Le CdE remarque cependant, qu'un surcoût doit être accepté, notamment par le fait que les hôpitaux neuchâtelois appliquent la Convention collective de travail CCT Santé 21. En effet, lors de la comparaison menée en 2008 par HNE avec le CHCVs, il est ressorti que la seule application des durées de travail prévue par la CCT Santé 21 contraignait HNE à disposer de 7.25% de personnel en plus que son homologue valaisan. Concernant le seul secteur du personnel soignant, cela signifie qu'HNE doit engager 25 EPT de plus que le CHCVs pour obtenir la même couverture des soins. Si l'on ajoute le personnel non soignant soumis à la même CCT, on peut en déduire que quelques millions de francs sont dépensés en plus pour permettre à HNE de respecter ses conditions contractuelles.

Le CdE ne remet cependant aucunement en question l'existence de la CCT Santé 21. Elle joue un rôle déterminant dans l'attractivité de l'hôpital pour le personnel soignant.

### **8.3. Plan financier**

Dans son plan stratégique, HNE propose un plan financier à horizon 2015. Celui-ci table sur une augmentation annuelle des charges salariales de 1.5% et des autres charges d'exploitation de 2% en moyenne ainsi que sur une augmentation des recettes d'exploitation. Au surplus, il tient compte des mesures d'économies validées jusqu'ici. Au final, pour assurer l'équilibre budgétaire, la subvention de l'Etat devrait être augmentée d'environ 10 millions de francs par rapport à la subvention prévue au budget 2012 de l'Etat (162,5 millions).

Le CdE pose des hypothèses un peu différentes. D'une part, il estime que l'augmentation des charges salariales annuelles prise en compte risque de se révéler insuffisante pour couvrir les augmentations prévues par la CCT Santé 21, à savoir l'indexation (estimée par le Service financier de l'Etat à 1% pour les années 2013 à 2015, soit 0.3% de plus que le taux retenu par HNE), les hautes-paies et l'impact de ces évolutions salariales sur les charges sociales. Au final, le Conseil d'Etat estime que l'augmentation moyenne annuelle des charges salariales doit être estimée à près de 3%. Cette évolution des charges salariales est calculée par le service financier de l'Etat et est semblable à celle de la fonction publique.

En outre, HNE limite son appréciation des mesures d'économie à ce qu'il a validé jusqu'à présent. Il ne tient ainsi pas entièrement compte de l'exigence du CdE de prendre les mesures nécessaires pour atteindre un objectif annuel de 5 millions d'économies pour les années 2012 et 2013. Comme cela a été expliqué au chapitre précédent, le CdE n'entend pas remettre en question cet objectif.

Enfin, s'agissant des autres charges d'exploitation, des charges d'investissements et des recettes d'exploitation, l'analyse d'HNE est partagée par le CdE.

Sur la base de ce qui précède, le budget 2012 et la planification financière roulante 2013 à 2015 proposés par le CdE sont présentés dans le tableau ci-dessous.

## Plan financier 2012-2015

	Budget	PFR	PFR	PFR
	2012 HNE	2013 SCSP	2014 SCSP	2015 SCSP
Charges salariales	218'934'600	225'502'638	232'267'717	239'235'749
autres	80'096'100	81'698'022	83'331'982	84'998'622
<i>Charges nettes hors investissement</i>	<i>299'030'700</i>	<i>307'200'660</i>	<i>315'599'700</i>	<i>324'234'371</i>
<i>Charges d'investissement</i>	<i>27'920'500</i>	<i>28'920'500</i>	<i>28'920'500</i>	<i>28'920'500</i>
<b>Charges nettes totales</b>	<b>326'951'200</b>	<b>336'121'160</b>	<b>344'520'200</b>	<b>353'154'871</b>
<b>Recettes d'exploitation</b>	<b>155'716'400</b>	<b>157'840'000</b>	<b>159'990'000</b>	<b>162'170'000</b>
Mesures d'économie ou amélioration recettes	8'731'300	13'731'300	13'731'300	13'731'300
<b>Déficit avant subvention</b>	<b>162'503'500</b>	<b>164'549'860</b>	<b>170'798'900</b>	<b>177'253'571</b>

Il ressort de la comparaison de ces chiffres avec ceux présentés par HNE dans son plan stratégique que les prévisions du CdE sont inférieures à celles d'HNE pour les années 2012 et 2013, années durant lesquelles des efforts d'économies supplémentaires sont demandés à cet établissement. En 2014, les prévisions du CdE et d'HNE sont identiques. Enfin, pour 2015, le CdE considère qu'une marge supplémentaire devra probablement être octroyée à HNE.

### **Comparaison du déficit avant subvention entre la planification financière de l'Etat et de l'HNE**

	B12	PFR13	PFR14	PFR15
<b>Etat</b>	162'500'000	164'560'000	170'800'000	177'300'000
<b>Hne</b>	164'150'000	167'580'000	170'940'000	172'860'000
<b>Différence</b>	-1'650'000	-3'020'000	-140'000	4'440'000

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

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

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

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

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

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

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

### **9.2. Traitement des initiatives**

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

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

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

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

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

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

Dans tous les cas, et conformément à la volonté première du CdE, il s'agira de discuter avec les comités d'initiatives pour tenter d'obtenir le retrait de celles-ci, suite à l'adoption des options stratégiques par le Grand Conseil.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le plan stratégique d'HNE répond quant au fond à cette initiative, en faisant du Centre femme-mère-enfant l'un des pôles importants de PRT. Le maintien de ce centre sur le site de PRT à Neuchâtel fait d'ailleurs partie des pré-requis fixés par le CdE en octobre 2010.

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

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

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

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

*Offre en soins aigus*

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

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

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

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

Les options stratégiques proposées par le CdE ne répondent pas à cette initiative en ce sens qu'elles ne proposent pas de refaire du site de VDT un site de soins aigus. Selon le CdE, cette initiative doit être rejetée sur le fond, car elle va à l'encontre des réformes hospitalières menées ces dernières années et développées dans le présent rapport, qui conduisent à la création de centres de compétences forts en matière de gynécologie-obstétrique et de chirurgie stationnaire ou ambulatoire. On ne peut exploiter une unité de soins aigus aussi petite que celle de VDT à la veille de l'entrée en force du nouveau système de financement hospitalier à la prestation et à l'heure de la concurrence intercantonale.

D'ailleurs, le pré-requis au plan stratégique d'HNE, qu'est l'implantation du Centre femme-mère-enfant sur le site de PRT, a été accepté à l'unanimité par tous les membres du GPil, y compris le représentant du comité d'initiative. Un retour en arrière ne paraît pas être une vraie solution.

Cela dit, les propositions faites par le CdE offrent des alternatives intéressantes pour le site de VDT, à même de garantir la pérennité de celui-ci. Le CdE pense notamment:

- Au développement d'un centre de diagnostic et de traitement (CDT) ouvert de jour comme de nuit, pendant une période transitoire de trois ans au moins, le temps qu'une solution pour une garde de nuit efficiente soit trouvée entre les médecins installés et les médecins du CDT,
- aux nombreuses prestations spécialisées de proximité, offertes dans le cadre de la polyclinique et du futur CDT, (gynécologie, obstétrique, pédiatrie, oncologie, rhumatologie, etc.),
- au développement du centre de traitement et de réadaptation (CTR) spécialisé en gériatrie par une démarche de reconnaissance FMH en matière de formation pour amener des médecins-assistants sur ce site,
- à l'engagement du Conseil d'Etat à financer d'éventuels investissements mobiliers et immobiliers liés à l'octroi de cette reconnaissance,
- à l'octroi, en principe, à ce site et à sa responsable, de la direction du nouveau département CTR et gériatrie d'HNE,

- au maintien et même au développement de la plateforme régionale de santé, avec financement de jeunes médecins généralistes en formation, dans le cadre du cursus romand de médecine générale,

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

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

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

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

*Article 2*

*Alinéa 1 (inchangé)*

*Alinéa 2*

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

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

*Alinéa 3 (nouveau)*

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

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

La proposition de répartition des missions telle que proposée par le CdE avec notamment la création d'un Centre de chirurgie stationnaire ainsi que d'un Centre d'oncologie auquel est intégré un Centre de sénologie reconnu au niveau national sur le site de CDF vont dans le sens demandé par le Comité d'initiative. Il s'agit de centres de compétences médicales attractifs pour la population comme pour le corps médical et soignant. Cette répartition ne permet certes pas une égalité entre les deux sites de soins aigus de PRT et de CDF, PRT restant prépondérant. Ce serait difficilement réalisable au vu des dimensions des bâtiments respectifs, mais aussi du nombre de salles d'opération à disposition. Aux yeux du CdE, les options stratégiques qu'il propose répondent sur le fond à la présente initiative dans la mesure où elles équilibrent les activités entre les deux sites de soins aigus, du moins à moyen terme.

#### **9.5. Conclusion**

Le CdE estime qu'il y a lieu de rejeter l'ensemble des trois initiatives précitées. S'il peut être d'accord avec deux des trois initiatives quant au fond (équilibre régional et centre femme-mère-enfant à Neuchâtel), le CdE considère la forme comme inadéquate et estime par conséquent qu'elles doivent toutes être rejetées. Il en va de la cohérence de la LEHM et du respect des compétences de chacun.

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

La clarification des missions d'HNE fait partie de l'amélioration des structures des organes paraétatiques.

La proposition du CdE de créer au sein d'HNE des centres de compétences médicaux cohérents et efficaces doit amener des économies d'échelles non négligeables.

En outre les efforts demandés à HNE dans le cadre du programme qui lui a été proposé par le CdE et qui fait l'objet du suivi de la cellule d'appui doivent permettre à l'hôpital de respecter la planification financière de l'Etat.

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

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

Le Conseil des hôpitaux a préavisé les options stratégiques prises par HNE à la lumière de l'analyse faite par le CdE et exposée par la cheffe du DSAS, lors de sa séance du 25 novembre 2011 (voir chapitre 8.5.1). Par la voix de son président, Il n'a pas estimé opportun de se réunir pour se prononcer sur le rapport final du CdE au Grand Conseil, ayant déjà pris connaissance des options du CdE le 25 novembre.

De façon générale, le Conseil des hôpitaux a validé l'appréciation qui était faite par le CdE. Il l'a invité à approfondir les options 11 à 15 d'HNE dans la mesure où elles ne garantissent, à son sens, pas le respect de l'équilibre régional et de l'importance relative des sites voulus par la LEHM. C'est précisément ce qu'a fait le CdE au chapitre 9. Il estime avoir par ses propositions répondu aux attentes du Conseil des hôpitaux, reproduites dans le chapitre 8.5.1. auquel il est renvoyé.

### ***Excursus***

Lors de sa séance du 30 septembre 2011, la Conseil des hôpitaux a mis à l'ordre du jour et a traité la question de son rôle.

En guise d'introduction, et avant d'évoquer les débats que le Conseil des hôpitaux a eus, il convient de rappeler que selon la LEHM, le Conseil des hôpitaux est une commission consultative permanente du CdE (art. 36), nommée au début de chaque législature (art. 37). Il se compose de quinze membres représentant les diverses régions, les propriétaires des hôpitaux qui ont adhéré à l'EHM, les professions hospitalières, les assureurs maladie, les forces politiques du canton et les cliniques au sens de l'article 97, alinéa 2, de la loi de santé (art. 38). La conseillère ou le conseiller d'Etat en charge de la santé publique, le président ou la présidente du CdA, le directeur ou la directrice générale et le chef ou la cheffe du Service de la santé publique assistent de droit aux séances du Conseil des hôpitaux, avec voix consultative (art. 39).

Les membres du Conseil des hôpitaux estiment aujourd'hui qu'ils ne sont plus suffisamment intégrés dans la gestion des institutions hospitalières pour pouvoir jouer un rôle dans la définition de la politique sanitaire cantonale. Si la constitution de ce conseil se justifiait lors de la création d'HNE, pour garantir une participation des anciens

responsables des sites aux décisions du CdE, cette représentation montre aujourd'hui ses limites, ce d'autant plus que la notion de site a perdu passablement d'importance.

Par ailleurs, le Conseil des hôpitaux estime qu'il est inutile de multiplier les organes consultatifs dans le domaine de la santé. Par souci de cohérence et dans le but de garantir une approche et une vision globale et décloisonnée, il lui apparaît qu'un seul organe consultatif du CdE, à savoir le Conseil de santé, devrait être appelé à donner un préavis sur l'ensemble des questions relatives au domaine de la santé, y compris celles qui portent sur le secteur hospitalier.

Dans cette optique, le Conseil des hôpitaux estime qu'il est important de repenser la composition du Conseil de santé pour garantir une représentativité adéquate des différents acteurs du système de santé, par exemple en y incluant des représentants des institutions privées du canton.

En date du 13 octobre 2011, le Conseil des hôpitaux, par son président M. Laurent Kurth, conseiller communal à la Chaux-de-Fonds, a envoyé un courrier dans ce sens au CdE en l'invitant à proposer une modification de la LEHM. En résumé, il demande que le Conseil des hôpitaux soit supprimé et remplacé par le Conseil de santé en qualité d'organe consultatif pour les questions hospitalières et que la composition de ce dernier soit revue pour garantir une représentativité des cliniques privées et des représentants du personnel au sein du Conseil de santé.

Le CdE a pris note de ce courrier. Il ne souhaite cependant pas y donner suite dans l'immédiat. S'il entendait le faire, il devrait produire un rapport séparé proposant une modification de la LEHM. Il estime que la question du rôle du Conseil des hôpitaux doit être examinée dans le cadre de la réflexion générale sur la gouvernance des partenariats que mène l'Etat. La suppression de ce Conseil ne lui paraît pas être prioritaire.

## **12. VOTE DU GRAND CONSEIL**

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

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

## **13. CONCLUSION**

En conclusion, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil d'approuver les options stratégiques d'HNE, soit :

1. Des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de CDF et PRT;
2. Des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT;
3. Des Centres de diagnostic et de traitement (CDT) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT;

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

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

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

Neuchâtel, le 14 décembre 2011

Au nom du Conseil d'Etat :

*La présidente,*  
G. ORY

*La chancelière,*  
S. DESPLAND

---

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

---

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

vu la loi sur l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (LEHM), du 30 novembre 2004;

vu le rapport "Plan stratégique du 31 octobre 2011" de Hôpital neuchâtelois à l'intention du Conseil d'Etat, du 31 octobre 2011;

vu le préavis du Conseil des hôpitaux, du 25 novembre 2011;

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 14 décembre 2011,

*décède:*

**Article premier** En application de l'article 12, al.1, lettre b LEHM, les options stratégiques à l'horizon 2017 pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (EHM) proposées par le Conseil d'Etat dans son rapport au Grand Conseil du 14 décembre 2011, sont approuvées.

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

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

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

<sup>2</sup>Le Conseil d'Etat pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

*Le président,*

*Les secrétaires,*

---

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

---

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

vu les articles 107, alinéa 4, et 110 de la loi sur les droits politiques (LDP), du 17 octobre 1984;

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

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 14 décembre 2011,

*décète:*

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

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

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

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

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

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

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

<sup>2</sup>Il n'est pas soumis au référendum facultatif.

<sup>3</sup>Le Conseil d'Etat pourvoit à sa promulgation.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

*Le président,*

*Les secrétaires,*

---

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

---

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

vu les articles 107, alinéa 4, et 110 de la loi sur les droits politiques (LDP), du 17 octobre 1984;

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

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 14 décembre 2011,

décète:

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

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

*Article 2*

*Alinéa 1 (inchangé)*

*Alinéa 2*

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

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

*Alinéa 3 (nouveau)*

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

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

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

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

<sup>2</sup>Il n'est pas soumis au référendum facultatif.

<sup>3</sup>Le Conseil d'Etat pourvoit à sa promulgation.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

*Le président,*

*Les secrétaires,*

---

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

---

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

vu les articles 107, alinéa 4, et 110 de la loi sur les droits politiques (LDP), du 17 octobre 1984;

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

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 14 décembre 2011,

*décède:*

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

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

*Offre en soins aigus*

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

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

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

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

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

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

<sup>2</sup>Il n'est pas soumis au référendum facultatif.

<sup>3</sup>Le Conseil d'Etat pourvoit à sa promulgation.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

*Le président,*

*Les secrétaires*

## Glossaire

ABREVIATIONS	
<b>ANMO</b>	Association neuchâteloise des médecins omnipraticiens
<b>ANQ</b>	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>APDRG</b>	All patient diagnosis Related Groups
<b>BEJUNE</b>	Berne Jura Neuchâtel
<b>CCT Santé 21</b>	Convention collective de travail Santé 21
<b>CdA</b>	Conseil d'administration d'HNE
<b>CdE</b>	Conseil d'Etat
<b>CDF</b>	La Chaux-de-Fonds
<b>CDT</b>	Centre de diagnostics et d traitement
<b>CHUV</b>	Centre hospitalier universitaire, Lausanne
<b>CNP</b>	Centre neuchâtelois psychiatrique
<b>CTR</b>	Centres de traitement et de réadaptation
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>DSAS</b>	Département de la santé et des affaires sociales
<b>EGS</b>	Etats généraux de la santé
<b>EHM</b>	Etablissement hospitalier multisite
<b>FME</b>	Centre femme-mère-enfant (FME)
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>Gpil</b>	Groupe de pilotage politique
<b>HNE</b>	Hôpital neuchâtelois
<b>HUG</b>	Centre hospitalier universitaire, Genève
<b>Inselspital</b>	Hôpital universitaire de l'Isle à Berne
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance maladie
<b>LEHM</b>	Loi sur l'Etablissement hospitalier
<b>OAMal</b>	Ordonnance sur l'assurance maladie
<b>Obsan</b>	Observatoire suisse de la santé
<b>PRT</b>	Pourtalès Neuchâtel
<b>SCRIS</b>	Service statistique vaudois
<b>SCSP</b>	Service cantonal de la santé publique
<b>SwissDRG</b>	Version suisse des DRG
<b>VDT</b>	Val-de-Travers

<b>RESUME</b> .....	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>2. BILAN DE LA MISE EN PLACE D'HNE</b> .....	<b>3</b>
2.1. Anticipation des changements en lien avec les révisions de la LAMal .....	4
2.2. Maîtrise des coûts .....	5
2.3. Qualité des prestations .....	8
2.4. Attractivité des hôpitaux.....	9
2.5. Séparation des rôles.....	10
2.6. Equilibre entre centralisation et décentralisation .....	11
2.7. Pérennité des sites et équilibre régional .....	12
2.8. Conclusion.....	15
<b>3. CONTEXTE</b> .....	<b>15</b>
3.1. Historique .....	15
3.1.1. <i>Plan d'actions 2006-2009</i> .....	15
3.1.2. <i>Projet de répartition des missions de soins aigus de 2007</i> .....	16
3.1.3. <i>Initiatives</i> .....	18
3.1.4. <i>Etats généraux de la santé</i> .....	18
3.1.5. <i>Groupe de pilotage politique</i> .....	19
3.1.6. <i>Mandat du Conseil de'Etat à HNE d'octobre 2010</i> .....	21
3.2. Réforme nationale du financement hospitalier .....	22
3.2.1. <i>Choix de l'hôpital pour le patient</i> .....	22
3.2.2. <i>Mode de rémunération des prestations</i> .....	22
3.2.3. <i>Planification hospitalière</i> .....	22
3.2.4. <i>Régimes de financement des prestations</i> .....	23
3.3. Planification hospitalière cantonale.....	23
3.3.1. <i>Planification hospitalière 2012-2014</i> .....	24
3.3.2. <i>Planification hospitalière globale dès 2015</i> .....	26
3.4. Processus politique en matière de politique hospitalière de soins physiques .....	27
<b>4. OBJECTIFS DU CONSEIL D'ETAT</b> .....	<b>28</b>
<b>5. PERSPECTIVES</b> .....	<b>28</b>
5.1. Evolution des besoins en soins de la population.....	28
5.2. Evolution du paysage hospitalier .....	29
<b>6. PLAN STRATEGIQUE D'HNE</b> .....	<b>29</b>
6.1. Version de mai 2011.....	30
6.2. Version d'octobre 2011 .....	31
6.3. Options stratégiques proposées par HNE .....	32
6.4. Appréciation du plan stratégique par le Conseil d'Etat .....	34
6.5. Consultations sur le plan stratégique d'HNE .....	35
6.5.1. <i>Conseil des hôpitaux</i> .....	36
6.5.2. <i>Conseil de santé</i> .....	37
6.5.3. <i>Comités initiatives</i> .....	38
6.5.4. <i>Commission santé du Grand Conseil</i> .....	39
6.5.5. <i>Autres commissions</i> .....	39
<b>7. OPTIONS STRATEGIQUES PROPOSEES PAR LE CONSEIL D'ETAT</b> .....	<b>39</b>
7.1. Options stratégiques.....	40
7.2. Synthèse .....	62
7.3. Conclusion.....	63

<b>8. PLANIFICATION FINANCIERE .....</b>	<b>64</b>
8.1. Charges d'HNE.....	64
8.2. Mesures d'économies.....	67
8.3. Plan financier.....	69
<b>9. TRAITEMENT DES INITIATIVES LEGISLATIVES POPULAIRES</b>	
<b>CANTONALES.....</b>	<b>70</b>
9.1. Recevabilité formelle et matérielle des initiatives .....	71
9.2. Traitement des initiatives .....	71
9.3. Position générale sur les initiatives .....	71
9.4. Position sur chacune des initiatives .....	72
9.4.1. Initiative "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique".....	72
9.4.2. Initiative "Pour une médecine de proximité".....	72
9.4.3. Initiative "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton" .....	74
9.5. Conclusion.....	74
<b>10. REFORME DE L'ETAT ET REDRESSEMENT DES FINANCES .....</b>	<b>75</b>
<b>11. PREAVIS DU CONSEIL DES HÔPITAUX .....</b>	<b>75</b>
<b>12. VOTE DU GRAND CONSEIL.....</b>	<b>76</b>
<b>13. CONCLUSION .....</b>	<b>76</b>
Décrets .....	78
Glossaire .....	83