

RAPPORT FINAL DU GT H+H

3 octobre 2017

CONTENU

1	Introduction - Mandat du Conseil d'État	3
	1.1 Questions prioritaires	3
	1.2 Phase 1	4
	1.3 Phase 2	4
2	Méthode de travail	5
	2.1 Phase 1	5
	2.2 Phase 2	5
3	Résumé des interventions.....	6
	3.1 Modèle bernois de gouvernance des hôpitaux.....	6
	3.2 Partenariat public-privé	7
	3.3 Réadaptation.....	8
	3.4 Soins palliatifs	9
	3.5 Centre femmes-mères-enfants	10
	3.6 Urgences et SMUR	11
	3.7 Ecole Pierre-Coullery.....	12
	3.8 Scission d'entreprise	12
4	Contraintes.....	13
	4.1 Evolution du contexte sanitaire	13
	4.2 Cadre fédéral.....	14
	4.3 Cadre fixé par le Conseil d'état	15
5	Propositions au Conseil d'état	16
	5.1 Principes.....	16
	5.2 Concept général	16
	5.3 Modèle institutionnel	17

5.4	Modèle de gouvernance	20
5.5	principes de répartition des missions hospitalières.....	23
5.6	Période transitoire	27
5.7	Suite des travaux du GT	28
6	Conclusion.....	28
7	Annexes.....	30
	Annexe N° 1 : Liste des membres du GT.....	30
	Annexe n° 2 : Planification hospitalière – critères GPPH.....	31
	Annexe N° 3 : Exemples de critères pour l'accréditation comme centre de compétence	33
	Annexe n° 4 : Exemples de critères pour l'accréditation comme centre de formation	34
	Annexe N° 5 : Extrait de la loi bernoise sur les soins hospitaliers	35
	Annexe N° 6 : Décrets applicables concernant les options stratégiques.....	37
	Annexe N° 7 : Extrait de l'ordonnance sur l'assurance-maladie.....	38

1 INTRODUCTION - MANDAT DU CONSEIL D'ÉTAT

Le 12 février 2017, le peuple neuchâtelois a préféré l'initiative "Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires" au contre-projet des autorités qui lui était opposé, les deux ayant été acceptés. Le texte de l'initiative prévoit ceci :

« Le canton de Neuchâtel assure la présence d'un site hospitalier de soins aigus, associé à un CTR, dans chacune des deux agglomérations du canton (Littoral et Montagnes). Chacun des sites est autonome d'un point de vue financier, décisionnel (direction et Conseil d'administration) et stratégique (ouverture régionale). Ces hôpitaux travaillent en synergie, mais comprennent au minimum : des urgences médico-chirurgicales 24h/24, un service de médecine avec soins intensifs (ou au minimum soins continus), un service de chirurgie, des blocs opératoires ouverts 24h/24 et une équipe d'anesthésie disponible en permanence. L'État veille à ce que chaque établissement dispose de moyens financiers suffisants permettant de maintenir un budget équilibré. »

Le 19 avril 2017, le Conseil d'État nommait un groupe de travail [GT] chargé d'étudier les voies et moyens de mise en œuvre de cette initiative. Composé d'un président (Monsieur Olivier Guillod, professeur et directeur de l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel), d'un vice-président (Monsieur Daniel Fritschy, professeur associé en médecine de l'Université de Genève) et de treize membres (voir annexe 1) issus du comité d'initiative, des milieux médico-soignants et des exécutifs communaux, le GT a pu compter dans ses travaux sur les informations fournies par des membres du Service de la santé publique (SCSP), du Service juridique de l'État de Neuchâtel (SJEN) et de l'Hôpital neuchâtelois (HNE), dont les représentants ont participé aux séances du GT, mais sans droit de vote. Après la troisième séance, la représentante de la Ville de Neuchâtel a pris la décision de quitter le GT.

Il importe de souligner que les membres des sociétés de médecine et des exécutifs communaux siégeaient en leur nom propre, apportant les connaissances et compétences qui sont les leurs, et non en tant que représentants des entités dont ils sont issus. Leurs apports aux travaux du GT n'engagent dès lors en rien ces dernières, lesquelles n'ont pas été consultées pendant ce processus, pour des questions de délais et de confidentialité.

Le GT a mené ses réflexions sur la base du mandat que lui a confié le Conseil d'État et qui comportait deux questions prioritaires et deux phases bien distinctes.

1.1 QUESTIONS PRIORITAIRES

a) Initiative maternité :

Le Conseil d'État préconise le maintien de la concentration sur un seul site des prestations « femmes-mères-enfants », en particulier de la maternité. Le groupe est invité à valider ce principe. La réponse à cette question permettra de clarifier le débat autour de l'initiative pendante « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises ».

b) Reprise des bâtiments :

Le Conseil d'État souhaite pouvoir proposer rapidement au Grand Conseil la reprise par l'État des bâtiments des sites de Couvet, de La Béroche et de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds. Le groupe est invité à valider ce principe pour permettre la poursuite rapide des travaux y relatifs.

1.2 PHASE 1

Les résultats attendus par le Conseil d'État à l'issue de cette première phase de travaux étaient les suivants :

a) Modèle-s institutionnel-s retenu-s

- avantages et inconvénients, conséquences sur le fonctionnement, pour le personnel et pour les finances;
- lignes directrices pour la suite des travaux :
 - hôpitaux publics ou privés
 - taille des hôpitaux de soins aigus (petit/petit vs petit/grand)
 - nombre de sites de réadaptation (1, 2, x ?)
 - devenir des soins palliatifs (intégration, indépendance).

b) Modèle de gouvernance

- pour chacun des deux sites hospitaliers et toute autre structure autonome : principes décisionnels, financiers, etc.
- compétences requises au sein des futurs organes dirigeants.

Les travaux résultant de cette première phase ont abouti à un rapport intermédiaire transmis au Conseil d'État en date du 14 juillet 2017. Ce dernier a validé, dans sa séance du 23 août 2017, les principes généraux des propositions du GT.

1.3 PHASE 2

Le mandat initial, prévoyant notamment une évaluation du GT des conséquences de la mise en œuvre du modèle organisationnel et de gouvernance préconisé, a été revu par le Conseil d'État, sur proposition du GT, lors de sa prise de position sur le rapport intermédiaire. Il faut relever que les résultats attendus quant aux conséquences sur les ressources humaines et les bâtiments ont été retirés du mandat remanié. De même, il a été admis que la répartition définitive des missions ne pourrait se faire qu'au terme de travaux techniques, sortant du mandat du GT, travaux auxquels devront être associés les organes décisionnels des sociétés à constituer.

Le Conseil d'État a donc donné au GT le mandat suivant pour la deuxième phase :

a) Complément sur la réadaptation

Concernant la réadaptation, le Conseil d'État souhaite disposer d'une analyse plus complète quant aux avantages de la proposition du GT de constituer une troisième société anonyme.

b) Répartition des missions hospitalières

En vue du travail de répartition des missions qui interviendra au terme des travaux du GT, le Conseil d'État retient les principes suivants, devant prévaloir en vue de la répartition des missions :

- Conditions de la liste hospitalière
- Critères de reconnaissance pour la certification comme centres de compétence
- Critères de reconnaissance pour la certification comme centres de formation
- Critères économiques et financiers

Il souhaite que le GT valide ces principes et complète, si nécessaire, cette liste de principes.

En outre, le Conseil d'État sollicite du GT une appréciation quant aux priorités à donner s'agissant de la mission de soins palliatifs, en tenant compte de l'interdisciplinarité de ce domaine.

c) Implication des autres acteurs

Le Conseil d'État souhaite que le GT puisse donner une orientation sur l'implication future sur les plans décisionnel et financier (participation aux organes des sociétés à constituer, participation au capital des sociétés, respectivement au financement des prestations d'intérêt général, etc.) :

- Des communes
- Des autres acteurs, en particulier privés

Dans ce cadre et de manière plus large, il demande au GT de faire part de ses réflexions au sujet des compétences requises pour composer les futurs conseils d'administration.

Le GT, après plusieurs mois de travail intensif, est aujourd'hui en mesure de livrer son rapport final au Conseil d'État.

2 MÉTHODE DE TRAVAIL

2.1 PHASE 1

Le GT a débuté ses travaux le mardi 2 mai 2017. Il s'est réuni ensuite à un rythme hebdomadaire, jusqu'au 11 juillet 2017. Les premières séances ont principalement été dédiées à des présentations et des auditions de personnes externes, afin de permettre aux membres de débattre sur des bases communes d'information. Les thèmes abordés lors des premières séances et les intervenants ont été les suivants :

- mandat et constitution du groupe de travail ; évaluation générale de la situation (Monsieur L. Kurth, Département des finances et de la santé, lors de deux séances différentes) ;
- planification hospitalière et financement (Monsieur L. Blatti, chef de l'office des hôpitaux, Service cantonal de la santé publique [SCSP]) ;
- exigences à remplir par un hôpital pour être reconnu comme établissement de formation (Monsieur J.-P. Keller, vice-président de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue [ISFM], Berne) ;
- réadaptation (Monsieur P.-E. Fournier, chef de service à la Clinique romande de réadaptation SUVA à Sion ; Madame Y. Espolio Desbaillet, cheffe du département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs à l'Hôpital neuchâtelois [HNE]) ;
- urgences et SMUR (Monsieur V. Della Santa, médecin chef du département des urgences, HNE) ;
- partenariat public-privé (*Genolier Swiss Medical Network* [GSMN] Neuchâtel SA : Messieurs A. Wildhaber, président, R. Boichat, administrateur, P.-O. Chave, administrateur et O. Plachta, directeur) ;
- modèle de gouvernance bernois (Hôpital du Jura bernois [HJB] : Messieurs A. Picard, président du Conseil d'administration, et D. Sartori, directeur général ; Service bernois de la santé publique : Monsieur G. von Below, suppléant de la cheffe de l'office des hôpitaux).

Les séances suivantes ont été marquées par des débats vifs et nourris, qui ont cependant permis au GT d'élaborer finalement de manière consensuelle le rapport intermédiaire transmis au Conseil d'État le 14 juillet 2017.

2.2 PHASE 2

Le GT a repris ses travaux le 15 août et s'est à nouveau réuni de manière hebdomadaire jusqu'au 26 septembre. Pour alimenter ses réflexions, il a entendu encore les intervenants suivants :

- présentation du mandat de la phase 2 ; discussion (Monsieur L. Kurth, Département des finances et de la santé) ;
- enjeux et conséquences d'une scission d'entreprise (PWC : Messieurs D. Ehret et F. Burgat) ;
- initiative maternité (Madame S. Boichat Burdy et Monsieur L. Blatti, SCSP ; Messieurs Y. Brünisholz, médecin chef du département de gynécologie-obstétrique et B. Laubscher, médecin chef de service en pédiatrie, HNE) ;
- centre du sein (Madame M.-J. Chevènement, médecin cheffe, département de gynécologie-obstétrique, HNE) ;
- projet Ecole Pierre-Coullery (Service des bâtiments de l'Etat : Messieurs Y.-O. Joseph et J.-M. Deicher ; Monsieur J.-P. Brügger, directeur général du Centre interrégional de formation des montagnes [CIFOM] ; Monsieur A. Zosso, directeur de l'Ecole Pierre-Coullery) ;
- soins palliatifs (Monsieur B. Cantin, médecin responsable de l'unité de soins palliatifs de l'Hôpital fribourgeois, Fribourg).

3 RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS

Le GT a donc auditionné de nombreux professionnels durant ses travaux. Ces auditions, qui lui ont permis de forger ses propositions, sont résumées dans le présent chapitre. Il y sera référé au surplus dans les chapitres suivants, qui énoncent et expliquent les propositions du GT.

Les exposés du SCSP sur le financement hospitalier et la planification hospitalière ainsi que la présentation fait pour l'ISFM sont directement intégrés dans le chapitre 4.2 relatif au contexte fédéral.

3.1 MODÈLE BERNOIS DE GOUVERNANCE DES HÔPITAUX

Office bernois des hôpitaux : Monsieur G. von Below, suppléant de la cheffe de l'office des hôpitaux

- Le canton de Berne a autonomisé ses hôpitaux de soins somatiques depuis de nombreuses années.
- Le modèle institutionnel et de gouvernance actuel des hôpitaux de soins aigus est le suivant:
 - Sociétés anonymes [SA] ;
 - Conseils d'administration élus par le gouvernement ;
 - Séparation cohérente entre deux rôles du canton : celui de « propriétaire » et celui de « client ».
- Des exemples ont été montrés au GT où, au sein d'une entité, le déficit d'un site plus petit peut être compensé par le bénéfice du site plus grand. L'entité, de manière globale, est ainsi bénéficiaire. L'Etat n'intervient pas financièrement autrement que par le biais du financement de l'activité et des prestations d'intérêt général.
- Le canton de Berne exclut de payer pour le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale. Dans cette perspective, seuls deux hôpitaux seraient indispensables pour assurer la couverture sanitaire de leur région. Par conséquent, le canton est prêt à accepter que d'autres hôpitaux fassent faillite.
- Concernant la planification hospitalière : le canton de Berne applique le modèle des Groupes de prestations pour la planification hospitalière [GPPH], comme le canton de Neuchâtel. Il l'applique cependant sans limitation des quantités quand il attribue des mandats de prestations, à l'inverse de Neuchâtel. M. von Below dit cependant que cette solution ne lui semble pas tenable à long terme.
- Concernant la qualité des prestations : une division particulière de l'Office des hôpitaux est chargée de visiter les hôpitaux et de contrôler si les prestations prévues dans le cadre de la planification hospitalière sont remplies à satisfaction.

Hôpital du Jura bernois [HJB] : Messieurs A. Picard, président du CA, et D. Sartori, directeur général

- L'actionnaire unique de HJB est le canton de Berne.
- Trois contraintes importantes sont posées par le canton au Conseil d'administration de HJB, dans le cadre de la «stratégie du propriétaire», soit garantir :
 - une mission hospitalière à une population d'un périmètre donné ;
 - une mission humaine en ce qui concerne le personnel (formation continue, existence d'une convention collective de travail, etc.) ;
 - une mission financière (pas le droit d'être déficitaire, nécessité d'atteindre un budget équilibré entre les services déficitaires et bénéficiaires).
- HJB est satisfait du modèle de SA qui offre l'autonomie nécessaire au fonctionnement d'un hôpital dans l'environnement actuel, que ce soit en termes d'investissements ou de partenariats par exemple.
- HJB n'a pas de mandat de réadaptation.
- HJB assure la formation de 600 personnes, dont 80 médecins annuellement.
- Une structure bien intégrée dans la région présente l'avantage de mieux répondre aux besoins de la population.
- Leur avis sur la question neuchâteloise : s'agissant de la création d'un Centre de traitement et de réadaptation [CTR], M. Sartori estime important de tenir compte du développement futur probable des prestations de réadaptation ambulatoires. Il ignore, vu ce développement aux contours encore difficiles à cerner, s'il est vraiment opportun de vouloir construire des CTR et investir dans ce domaine-là. S'il devait créer un CTR dans le Jura bernois, il se montrerait très prudent, afin d'éviter de se trouver, dans quelques années, avec un établissement surdimensionné. Cependant, si d'autres activités rémunératrices sont également mises en place, la viabilité d'un CTR pourrait éventuellement être assurée. La mission de «service public» d'un établissement implique la responsabilité d'offrir à la population périphérique des grands centres urbains un certain nombre de prestations même si, économiquement, elles ne sont pas intéressantes.

3.2 PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ

GSMN Neuchâtel SA : Messieurs A. Wildhaber, président, R. Bochat, administrateur, P.-O. Chave, administrateur, et O. Plachta, directeur

- Une vision à long terme est nécessaire pour l'élaboration du nouveau système et il faudrait tenir compte de l'existant qui fonctionne à satisfaction, afin de gagner du temps.
- Il faut construire ensemble un partenariat public-privé permettant d'atteindre les objectifs souhaités dans le domaine de la santé.
- Le marché neuchâtelois étant petit et n'offrant donc pas suffisamment de cas, il n'est pas pensable de créer de nouvelles structures, notamment si l'on veut conserver la qualité des soins que l'on connaît aujourd'hui. Il faut veiller à ne pas encore augmenter les surcapacités existant dans le canton.
- GSMN-NE est ouvert à toute forme de collaboration ou de partenariat avec les futures entités de soins aigus et ne refusera aucune mission octroyée dans le cadre de la planification, pour autant qu'aucune limitation ne lui soit imposée.

3.3 RÉADAPTATION

Clinique romande de réadaptation SUVA : Dr. P.-E. Fournier, chef de service

- La réadaptation est une discipline à prendre au sérieux, comme les autres spécialités médicales. Elle requiert l'intervention de professionnels aux profils différents (pluridisciplinarité).
- Les personnes placées dans un CTR n'ont pas simplement besoin d'ateliers occupationnels, mais d'une réadaptation qui leur permette de reprendre le cours de leur vie après un accident, par exemple.
- La proximité avec un plateau technique, au minimum d'imagerie, et la facilité de faire appel à d'autres spécialistes sont deux arguments militant pour un rapprochement avec les soins aigus.
- Il ne faut pas vouloir copier la clinique de la SUVA à Sion, car elle s'occupe de cas très lourds, qui ne se retrouvent pas dans les CTR cantonaux, et dispose de moyens importants. Il est cependant possible de créer un hôpital de réadaptation tout à fait performant et répondant aux besoins de la population concernée.
- Le changement du mode de financement de la réadaptation qui interviendra prochainement imposera une organisation par filière de soins.
- Son avis sur la question neuchâteloise : il pense que, pour avoir la masse critique suffisante et les compétences voulues, un hôpital de réadaptation dans le canton serait suffisant. Vouloir séparer, sur deux sites, la prise en charge en réadaptation n'est pas optimal. Toutefois, il faut aussi prendre en considération, notamment, des éléments politiques ainsi que les bâtiments éventuellement à disposition. Mais idéalement, un seul CTR proche d'un des deux hôpitaux de soins aigus serait à son avis suffisant.

HNE : Dresse Y. Espolio Desbaillet, cheffe du département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs

- La gériatrie permet de rendre aux patients âgés de la fonctionnalité, elle permet aussi qu'ils restent à domicile. Pour ceci, tout comme dans un CTR, du personnel spécialisé et multidisciplinaire est nécessaire. Dans le domaine de la gériatrie, il faut également tenir compte de la vulnérabilité que peuvent présenter les patients âgés ; l'ensemble des symptômes (dépression, état confusionnel, démence, incontinence, diabète, etc.) doivent pouvoir être pris en charge par le personnel.
- À HNE, 50% de la population hospitalisée en soins aigus est âgée de 75 ans et plus (données chiffrées de 2012). Par ailleurs, si la prise en charge dans ce secteur n'est pas adaptée aux patients âgés, cela va engendrer, pour le 60% d'entre eux, plus d'incapacités à leur sortie de l'hôpital que lors de leur entrée. Pour cette raison, HNE a créé une unité de soins aigus en gériatrie qui permet une réadaptation précoce. Les patients accueillis en son sein sont non seulement traités en soins aigus, mais des évaluations sont également faites par des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, afin de mettre en place les prises en charge nécessaires. Cette réadaptation précoce se poursuit ensuite dans un CTR avant le retour du patient à domicile.
- Aujourd'hui, HNE ne dispose pas d'une reconnaissance FMH dans le domaine de la médecine physique et de réadaptation, car le volume demandé est insuffisant : les prises en charge sont disséminées sur plusieurs sites. Il faudrait les regrouper afin d'avoir, selon les critères de l'ISFM, un minimum de 25 lits de réadaptation neurologique et 25 lits de réadaptation gériatrique au sein d'une seule institution pour que la formation des médecins-assistants soit reconnue. Un seul rééducateur est actuellement engagé à HNE, ce qui est insuffisant pour les deux CTR comprenant 48 lits au Locle et 49 lits au Val-de-Ruz (dont 20 lits pour la médecine physique de réadaptation). En outre, non seulement la balnéothérapie est nécessaire à un tel centre, mais également la présence d'un parcours de marche extérieur afin que les patients, notamment âgés, puissent retrouver un maximum de fonctionnalité.

3.4 SOINS PALLIATIFS

Hôpital Fribourgeois [HFR] : M. B. Cantin, médecin responsable de l'unité de soins palliatifs

- La définition des soins palliatifs émise par l'Organisation mondiale de la santé [OMS], met en exergue que ce domaine est la seule spécialité en médecine qui s'occupe en même temps des patients et de leurs proches : *« Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patient-e-s et de leurs proches face aux conséquences d'une maladie mortelle, incurable ou chronique évolutive. Ils englobent la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres difficultés physiques, psychologiques et spirituelles qui lui sont liées. »*
- Le service de soins palliatifs de l'HFR a déménagé de Châtel-St-Denis où il était intégré à un CTR, à Fribourg, dans une maison dédiée à proximité des soins aigus. M. Cantin souligne les éléments suivants :
 - Le rapprochement vers un bassin de population plus important a permis d'augmenter le taux d'occupation de l'unité de 75 à 95%, avec une liste d'attente.
 - Cette proximité des soins aigus permet à l'unité d'accueillir des médecins-assistants durant leur formation à l'hôpital cantonal de soins aigus.
 - Elle permet d'intervenir et de prendre en charge les patients bien plus tôt dans leur trajectoire de maladie.
 - Le déménagement et l'inscription de l'unité dans un réseau de soins ont apporté énormément de changements positifs.
 - L'avantage du rattachement à une grande institution – que ce soit à un CTR ou à un hôpital de soins aigus – tient au fait qu'en cas de crise (par exemple : épidémie de grippe en hiver), une aide mutuelle est possible entre les deux structures.
- Une seconde unité de soins palliatifs, de 8 lits, est également présente dans la partie germanophone du canton de Fribourg, à Meyriez-Morat.
- Selon une recommandation internationale, une unité spécialisée en soins palliatifs est nécessaire pour 200'000 habitants.
- La prise en charge en soins palliatifs est différente de celle en soins aigus ou en réadaptation. Il s'agit d'une spécialité qui est en soi transversale, donc qui a besoin d'un réseau de soins et de partenaires pour accueillir le plus rapidement possible les patients concernés.
- Son avis sur la question neuchâteloise : concernant l'intérêt de rattacher l'unité de soins palliatifs à un hôpital de soins aigus ou à un CTR, il pense qu'il n'existe guère de différences entre ces deux solutions, pour autant que la structure de rattachement soit dirigée par un organe supérieur chargé de distribuer les ressources, notamment en personnel, en matériel, etc. Toutefois, en ligne avec les résultats d'une enquête en Suisse alémanique, il n'estimerait pas opportun de greffer l'unité de soins palliatifs sur un CTR gériatrique axé sur une forte réhabilitation, parce que les patients en soins palliatifs ne sont souvent pas à même de suivre une réhabilitation soutenue. Dans ce sens, il faudrait éviter que le parcours du patient passe par la réadaptation avant d'arriver aux soins palliatifs, mais bien plutôt permettre le passage direct des soins aigus vers les soins palliatifs.

Suite à cette intervention, le GT a demandé un avis aux **médecins chefs du service de soins palliatifs de HNE, le Dr Bernet et la Dresse Jeanneret Brand**. Leur avis, donné par écrit, est retranscrit ci-dessous :

- *« Le souhait prépondérant des médecins de la Chrysalide est de pouvoir continuer à servir l'ensemble de la population du canton sans risquer des considérations de préférences entre les patients d'un site ou de l'autre. Cet argument est identique à celui formulé par le GT pour la création d'une entité de réadaptation unique séparée des entités de soins aigus. La considération de transversalité prime clairement sur la question de la proximité avec l'une ou l'autre activité. De ce fait le rattachement de la structure palliative ne peut être que dans la structure cantonale transversale (donc dite "de réadaptation"). »*

3.5 CENTRE FEMMES-MÈRES-ENFANTS

SCSP : Madame S. Boichat Burdy et Monsieur L. Blatti

- Le modèle de planification hospitalière GPPH fixe de nombreuses contraintes aux hôpitaux en matière d'organisation pour tenir compte d'objectifs de qualité des soins. Parmi ces contraintes, on peut citer par exemple : nombre de spécialistes nécessaires et disponibilités, niveau d'urgence, nombre de cas minimum, liens entre les prestations à l'interne ou à l'externe.
- Le canton de Neuchâtel, au vu de sa taille, risque, en cas de création d'une deuxième maternité dans le canton, de ne plus disposer d'un volume de cas suffisant en obstétrique dans chacune des deux maternités pour pouvoir prétendre au maintien de l'obstétrique et de la néonatalogie spécialisées. Ce constat vaut même si une partie de l'activité hors canton est rapatriée dans le canton. Ce serait donc la perte pour l'ensemble du canton de ces prestations qui ne seraient dès lors proposées que par des hôpitaux hors canton.
- En fonction du nombre de naissances qui auraient lieu dans chacune des deux maternités, il existe un risque qu'aucune d'entre elles ne soit capable de prétendre à un niveau de reconnaissance de niveau II de la Société suisse de néonatalogie, alors que HNE dispose actuellement d'un tel niveau de reconnaissance. Dans un tel cas de figure, il ne serait plus possible d'accueillir des nouveau-nés malades dans le canton de Neuchâtel.
- En cas de création d'une maternité dans les Montagnes, le dispositif d'urgence devrait être modifié. L'exploitation d'une maternité requiert en effet un dispositif plus conséquent avec, par exemple, une salle d'opération dédiée. Un modèle de calcul des coûts est actuellement utilisé pour le calcul des PIG pour les services d'urgence. Le coût supplémentaire pour l'Etat, par rapport au dispositif demandé par l'initiative H+H, pourrait se monter à 2,5 millions de francs.

HNE : Madame M.-J. Chevènement, médecin cheffe du centre du sein ; Messieurs Y. Brünisholz, médecin chef du département de gynécologie-obstétrique de HNE et B. Laubscher, médecin chef de service en pédiatrie

Concernant la maternité :

- Actuellement, la néonatalogie de HNE est reconnue au niveau IIB, selon les normes de la Société suisse de néonatalogie qui exigent au moins 1000 naissances par année dans l'établissement. En cas de perte de la néonatalogie spécialisée, on peut s'attendre à des répercussions sur le reste de la pédiatrie hospitalière, en particulier sur la prise en charge de soins intensifs sur les enfants plus grands (avec comme conséquence une perte de compétences). Les néonatalogues sont en effet assez à l'aise avec la médecine intensive : urgences et soutien respiratoire de nouveau-nés ou d'enfants plus grands.
- Aucun centre de néonatalogie de Suisse n'est rentable, en raison des règles de facturation pour le domaine pédiatrique dans son ensemble. Il s'agit en réalité d'un choix de société : les enfants malades doivent-ils rester hospitalisés à proximité ou non ?
- La centralisation « mère-enfant » a permis d'éviter des hospitalisations inutiles en pédiatrie et d'améliorer la qualité de la prise en charge des nouveau-nés.
- La comparaison financière des situations existant avant et après la centralisation de la maternité, expressément demandée par le GTIH, est impossible à réaliser de manière pertinente, en raison de changements notables des conditions-cadre, en particulier la modification de la loi sur le travail avec l'introduction d'un plafond de 50 heures pour les médecins-assistants, une offre différente de prestations et, surtout, un mode de financement complètement nouveau depuis la réforme du financement hospitalier.
- Leur avis sur la question neuchâteloise : la situation actuelle dans le canton de Neuchâtel est satisfaisante : la prise en charge des enfants est adéquate et la qualité des prestations est reconnue par les centres universitaires et les hôpitaux régionaux.

Concernant le centre du sein :

- Dans le futur, il est envisagé que seuls les centres accrédités puissent prendre en charge ces patientes. Les exigences d'accréditation sont contraignantes. La principale difficulté, pour tous les postulants, est liée à la recherche scientifique.
- La sénologie fait partie de la formation obligatoire en gynécologie-obstétrique et en chirurgie générale. La disparition de cette activité (qui n'est souhaitée par personne) mettrait en péril la possibilité de faire partie du réseau romand de formation de spécialistes en gynécologie-obstétrique ou, à tout le moins, diminuerait sensiblement l'attractivité de la formation dans ce domaine en terres neuchâteloises.
- Un centre du sein en dehors du département de gynécologie-obstétrique est possible, mais cela poserait des difficultés d'organisation pour le tournus de formation et pourrait générer des surcoûts de fonctionnement.
- Un tel centre peut dépendre aussi bien d'un département d'oncologie que de chirurgie, et pas nécessairement d'un département de gynécologie-obstétrique, voire être directement rattaché à la direction générale. *A priori*, si le canton comptait deux maternités au lieu d'une, cela n'aurait aucune incidence pour le Centre du sein.
- La structure unique, à vocation cantonale, telle qu'elle est connue aujourd'hui, doit absolument être maintenue et non pas dispersée entre le site du Littoral et celui des Montagnes.

3.6 URGENCES ET SMUR

HNE : Dr Vincent Della Santa, médecin chef du département des urgences

- Le département des urgences est autonome depuis 2010 et comprend deux services transversaux :
 - Le service des urgences extrahospitalières (SMUR) qui se déploie sur trois sites (Littoral – Montagnes neuchâteloises - Val-de-Travers). Ce service gère également la policlinique du site de Couvet et assure des prestations de médecin-conseil auprès de trois des quatre services d'ambulances du canton. De plus, il est impliqué dans la gestion des catastrophes, ainsi que du véhicule de soutien sanitaire [VSS] déployé en cas d'événements majeurs (par exemple, lors d'un accident de la circulation sur une autoroute avec de nombreux blessés). Il existe un piquet « catastrophe », un piquet « SMUR cantonal sur trois sites » et un médecin-cadre de piquet tout au long de l'année.
 - Le service des urgences intrahospitalières qui gère le service des urgences, tant de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds que de Pourtalès. La plupart des médecins urgentistes sont basés actuellement sur le site du Littoral où est mise en place une supervision 24h/24 par un chef de clinique FMH et plusieurs médecins-cadres ayant une formation continue en médecine d'urgence. Sur le site de La Chaux-de-Fonds, les médecins urgentistes sont présents cinq jours sur sept, de 8h00 à 18h00. Le reste du temps, ce service est supervisé par les médecins des services de chirurgie et de médecine interne.
- Pour devenir « médecin urgentiste », la personne intéressée doit être en possession d'un titre postgrade FMH en médecine interne, en anesthésiologie ou en chirurgie, puis effectuer encore une formation complémentaire de deux ans avant d'obtenir une attestation de formation complémentaire [AFC] en médecine d'urgence.
- A l'avenir, les hôpitaux de taille modeste ne pourront peut-être plus maintenir un service d'urgences ouvert 24h/24. En effet, d'ici dix ans environ, un service d'urgences ne pourra plus fonctionner sans la supervision 24h/24 d'un médecin urgentiste ayant au minimum un FMH en anesthésiologie ou en chirurgie.
- Le problème qui risque de se présenter dans le cadre de la future organisation hospitalière est le suivant : un médecin urgentiste exerçant uniquement sur le site des Montagnes serait susceptible de perdre son AFC s'il ne travaillait pas dans un service d'urgences accrédité et n'avait, de ce fait, pas pris en charge un nombre suffisant de patients « vitaux ».

- Avec trois pools SMUR comprenant au total une quinzaine de collaborateurs, il est possible de prendre en charge un certain nombre de problématiques grâce à la mutualisation des forces. Il sera peut-être difficile d'engager les personnes ayant les compétences nécessaires en médecine d'urgence pour créer plusieurs SMUR autonomes. De plus, il faudra que ce personnel puisse exercer tant dans le domaine préhospitalier que dans le secteur intrahospitalier.

3.7 ECOLE PIERRE-COULLERY

Service des bâtiments [SBAT] : Messieurs Y-O. Joseph et J-M. Deicher ; CIFOM : Monsieur J-P. Brügger, directeur général ; Ecole Pierre-Coullery : Monsieur A. Zosso, directeur

- Le projet d'extension de l'Ecole Pierre-Coullery a été validé par le Grand Conseil le 22 février 2017 (rapport 16.048 du Conseil d'État au Grand Conseil).
- La difficulté principale pour l'Ecole, qui a été l'élément déclencheur du projet, est le manque de locaux pour abriter les classes. L'extension vers des locaux externes a été rendue nécessaire, complexifiant l'organisation des horaires. Le but du projet est de rassembler les classes externalisées dans le bâtiment de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds.
- Le projet actuel est une opportunité de revaloriser le bâtiment de 1898, qui n'est plus adapté à des besoins hospitaliers, et d'occuper des espaces qui seront laissés vides par le Centre neuchâtelois de psychiatrie [CNP]. Ces locaux sont particulièrement adaptés pour des salles de classe.
- GSMN est actuellement locataire d'une partie des locaux, pour son activité de dialyse, de même que le planning familial. Des solutions devront être trouvées pour relocaliser ces deux prestataires. Le CNP a déjà prévu de quitter le site et le centre de transfusion occupe des locaux qui ne sont pas touchés par le projet d'extension de l'Ecole.
- Sous l'égide d'un comité de pilotage, un groupe de travail technique a été nommé et planche actuellement sur la mise en œuvre du projet, dans toutes ses composantes.

3.8 SCISSION D'ENTREPRISE

PricewaterhouseCoopers SA [PWC] : Messieurs D. Ehret et F. Burgat

De manière générale :

- Le processus de scission est un processus long, complexe et coûteux, que ce soit en termes financier ou de ressources humaines.
- Des ressources importantes seront nécessaires au sein des services de l'Etat et de HNE pour mener à bien un tel processus. Des ressources spécialisées sont nécessaires : fiduciaire (comptabilité et fiscalité), notaire, organisation hospitalière, etc.
- Il n'y a pas de droit à l'erreur quand un tel processus concerne une institution aussi sensible qu'un hôpital, qui ne peut pas se permettre de voir son activité courante perturbée.
- Le 1^{er} janvier 2019 leur paraît la date la plus proche possible pour achever un processus de scission. C'est même une évaluation optimiste. Cette date est également dictée en partie par la nécessité de convertir les comptes de HNE aux nouvelles normes Swiss GAAP RPC (recommandations relatives à la présentation des comptes), ce qui représente un travail conséquent.

D'un point de vue légal :

- Le cadre légal est strict et contraignant. Une certaine chronologie doit être respectée en particulier pour les divers aspects fiscaux.
- Les lois suivantes s'appliquent :

- LFus (Loi sur les fusions)
- Loi sur la TVA (8% - procédure de déclaration entre assujettis)
- Loi fédérale sur les droits de timbre (LT) – droit de timbre d’émission 1% sur les apports
- Loi fédérale sur l’impôt anticipé (LIA) – 35% sur les distributions de substance
- Loi sur les contributions directes et loi sur l’impôt fédéral direct (impôt sur le bénéfice et le capital)
- Loi concernant la perception des droits de mutation sur les transferts immobiliers (lods 3.3%)
- Code des obligations (art. 620 ss – société anonyme)
- Ordonnance sur le registre du commerce (ORC)

D’un point de vue financier et de gestion :

- Un assainissement de la dette préalable est impératif pour la création des SA, le CO imposant des normes de fonds propres, notamment à travers l'art. 725 CO qui décrit les situations de surendettement (HNE se trouve dans une telle situation). Il en va de même pour la solidité financière des institutions: c'est une obligation pour une SA de démontrer qu'elle a les moyens financiers suffisants pour continuer son activité.
- Il est important de veiller à ce que les coûts supportés par le canton n’explorent pas avec la nouvelle organisation.
- Les services transversaux devraient être analysés et le cas échéant maintenus, dans un souci de recherche d’efficacité.
- Il faut s’assurer que les futures directions hospitalières travaillent ensemble.
- Le coût du processus de scission peut aller de plusieurs centaines de milliers de francs jusqu’à plusieurs millions.

A titre d'exemple, le GT a pu prendre connaissance des montants engagés pour le processus, non pas de scission mais uniquement d'autonomisation des hôpitaux psychiatriques bernois, soit 2 millions de francs pour un travail d'une durée de deux ans.

4 CONTRAINTES

Les réflexions du GT s’inscrivent dans un cadre donné, sur lequel il n’a pas d’influence. Ces contraintes ont trait à l’évolution du contexte sanitaire général, aux conditions-cadre fédérales, en particulier celles découlant de la législation sur l’assurance-maladie, ainsi qu’aux exigences précises du texte de l’initiative et aux demandes spécifiques du Conseil d’Etat.

4.1 EVOLUTION DU CONTEXTE SANITAIRE

Les réflexions du GT se placent dans un contexte sanitaire en évolution constante. La mise en place de l’initiative devra pouvoir répondre aux défis sanitaires actuels et à ceux de demain, dont les principaux sont :

- les évolutions épidémiologique et démographique influencent largement les besoins et les comportements des patients et des prestataires de soins. Le vieillissement de la population ainsi que la prévalence d'affections chroniques et de polymorbidités imposent en particulier le travail en équipes pluridisciplinaires ;
- les progrès technologiques modifient les modes de prise en charge des patients ;
- la spécialisation accrue en médecine et l'augmentation des standards de qualité impliquent la réunion d'équipes pluridisciplinaires et des relations accrues entre professionnels pour assurer une prise en charge globale et intégrée des patients ;
- la pénurie de personnel médico-soignant nécessite des efforts en matière de formation et impose de repenser les responsabilités des différents intervenants dans la chaîne de soins ;

- la prise en charge des patients doit se penser dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire et interprofessionnel, dont fait partie l'hôpital, mais dont il n'est plus le seul acteur. L'hospitalisation ne constitue qu'un moment dans le trajet de soins du patient ;
- la recherche de solutions visant à limiter l'augmentation constante des coûts de la santé induit de fortes pressions financières sur les hôpitaux.

De manière générale, la description du contexte sanitaire réalisée par le Groupe de travail HNE-demain dans son rapport au Conseil d'Etat, présenté par ce dernier en annexe de son rapport au Grand Conseil, est partagée par le GT et il y est renvoyé au besoin.

4.2 CADRE FÉDÉRAL

Les hôpitaux neuchâtelois, comme les autres hôpitaux du pays, sont soumis à des contraintes définies sur le plan national. Ils sont, en particulier, tenus de respecter la législation fédérale en matière de financement hospitalier, plus précisément la loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal]. La réforme entrée en vigueur en 2012 visait à améliorer l'économicité et la qualité des prestations, en mettant en place une certaine concurrence entre les hôpitaux. Les impacts de cette réforme à prendre en compte sont résumés ci-dessous.

Financement hospitalier

Le financement hospitalier porte sur des prestations et non des institutions. Le canton de domicile est tenu de participer (à hauteur de 55%) au financement des hospitalisations de ses ressortissants pour toutes les prestations réalisées dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière d'un canton et ayant reçu un mandat pour la prestation fournie.

Un nouveau mode de financement de la réadaptation entrera prochainement (2020-2022) en vigueur et devrait avoir des conséquences importantes sur l'organisation hospitalière. En effet, des critères d'admission stricts par filière devront être respectés pour pouvoir prétendre au remboursement des prestations.

Libre choix de l'hôpital

Les patients disposent du libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse et ont accès aux hôpitaux publics et aux cliniques privées dès lors que ces établissements sont inscrits sur une liste hospitalière. La participation financière de l'Etat et des assureurs-maladie est alors assurée.

Planification hospitalière

La planification hospitalière relève de la compétence des cantons. Des règles et des critères, y compris certaines exigences médicales, sont cependant fixés au niveau national et s'appliquent à tout établissement qui souhaite figurer sur une liste hospitalière. Plus d'une vingtaine de cantons suisses utilisent le modèle de regroupement des prestations (GPPH) actuellement utilisé par le canton de Neuchâtel. Un exemple extrait du modèle est présenté dans l'Annexe 2.

Les prestations relevant de la médecine hautement spécialisée sont planifiées à un niveau supra-cantonal. Initialement limitée aux prestations universitaires de pointe, la notion de médecine hautement spécialisée a été progressivement élargie pour englober désormais également des prestations réalisées dans les hôpitaux cantonaux.

En outre, des critères de reconnaissance sont définis au niveau national par les sociétés savantes et par la FMH qui s'appliquent à l'ensemble des hôpitaux suisses :

Critères de reconnaissance comme centre de compétence

Les critères pour qu'une entité soit accréditée comme centre de compétence sont variés et dépendent de la discipline médicale. Les critères peuvent concerner le nombre de cas minimum total, le nombre de cas minimum par opérateur, la lourdeur des cas, le nombre de spécialistes, l'existence d'une unité de soins intensifs dans le même établissement, etc. Des exemples sont présentés dans l'Annexe 3.

La reconnaissance comme centre de compétence est un gage important de qualité. Dans certains domaines, il faut être reconnu comme centre de compétence pour obtenir la rémunération des prestations.

Critères de reconnaissance comme centre de formation

Un établissement qui souhaite former doit répondre à certains critères qui peuvent également varier selon le domaine concerné. Un exemple est présenté dans l'Annexe 4.

Le fait d'être reconnu comme centre de formation permet de renforcer l'attractivité de l'hôpital ainsi que de la région, notamment pour l'installation de nouveaux médecins. De plus, au niveau de la Conférence des directeurs sanitaires [CDS], un processus de péréquation financière entre cantons est en cours d'élaboration. Les cantons qui forment moins devront payer les cantons formateurs.

Intervention de l'ISFM : Monsieur J-P. Keller, vice-président de l'ISFM

- L'ISFM ne représente pas les médecins, mais régleme les conditions-cadre de leur formation postgraduée, puis de leur formation continue, sur mandat du Département fédéral de l'intérieur. Il est également responsable de l'accréditation des centres de formation.
- Différents niveaux de certification existent (A, B, etc.), différenciant les établissements entre eux suivant le niveau de formation qu'ils peuvent fournir. Le cursus de formation postgraduée des médecins assistants fixe des durées minimales de formation dans ces centres de formation.
- Différents critères sont requis pour obtenir une certification : nombre de patients hospitalisés, nombre de spécialistes avec formation postgraduée, nombre de visites cliniques avec le médecin-chef, possibilité d'exercer une activité scientifique, etc.
- La certification comme centre de formation est exigeante : il s'agit d'une démarche administrative nécessitant un important travail pour tous les collaborateurs de l'institution et qui coûte Fr. 5'000.-. Tous les centres de formation de l'HNE devront être recertifiés en cas de scission.
- En date du 7 juin 2017, HNE avait 30 certifications comme centre de formation.
- La possibilité existe de créer des *pools* de formation en réseau avec une unité de formation comprenant plusieurs sites rattachés. Ainsi à Neuchâtel, si deux hôpitaux autonomes sont créés, une seule communauté peut exister dans la perspective d'une certification comme centre de formation. Les cursus de formation doivent être définis en commun par ces deux hôpitaux et répondre conjointement aux critères ISFM.

4.3 CADRE FIXÉ PAR LE CONSEIL D'ÉTAT

En plus du cadre fixé par le texte de l'initiative (voir chapitre 1), le Conseil d'État a posé les contraintes suivantes au groupe de travail :

- La subvention cantonale annuelle attribuée aux hôpitaux neuchâtelois au titre de prestations d'intérêt général (PIG) devra être justifiée sur la base d'une liste des prestations identifiées et validées par le Conseil d'État.
Dans la première phase du mandat, le CE plafonnait ce montant à 30 à 40 millions de francs à l'horizon 2026. Ce plafond a été supprimé, le souhait étant que le montant dévolu soit avant tout lié à des prestations identifiées.
- Le montant dévolu aux investissements nécessaires à la mise en œuvre de l'initiative devra être justifié par la sécurité, l'efficacité et la compétitivité ainsi que par le volume de prestations maintenues ou développées dans le canton.
- L'octroi de missions est soumis aux conditions de la liste hospitalière. Le Conseil d'État restera ferme sur ces exigences.
- L'exploitation de trois polycliniques sur le Littoral, dans les Montagnes et au Val-de-Travers, comme portes d'entrée dans le système hospitalier, reste *a priori* un objectif du projet d'organisation.

5 PROPOSITIONS AU CONSEIL D'ÉTAT

5.1 PRINCIPES

Le GT s'est accordé sur quelques principes qui ont guidé ses réflexions. Les propositions faites dans les chapitres suivants visent à répondre au mieux aux principes fondamentaux suivants :

- **Accès aux soins** : maintien et développement d'un système hospitalier neuchâtelois de proximité et permettant d'assurer, avec les autres partenaires du réseau, une couverture sanitaire optimale pour l'ensemble de la population cantonale, en fonction de la planification hospitalière ;
- **Sécurité sanitaire** : maintien d'un niveau de sécurité sanitaire adéquat dans toutes les régions du canton ;
- **Qualité** : maintien de prestations de qualité pour l'ensemble du canton, en tenant compte des normes nationales ;
- **Formation** : maintien d'une offre de formation au sein des hôpitaux neuchâtelois, notamment pour les médecins et en particulier pour les médecins de premier recours ;
- **Disponibilité des prestations** : conservation, voire développement raisonnable, des prestations dans le canton et limitation des hospitalisations hors canton ;
- **Contrôle des coûts** : mise en place d'une solution économique, évitant les doublons inutiles et coûteux ;
- **Attractivité** : développement d'une organisation hospitalière à même d'attirer et de conserver du personnel médico-soignant spécialisé de qualité.

Le GT invite le Conseil d'État à baser également ses décisions à venir sur ces principes.

5.2 CONCEPT GÉNÉRAL

Partant du texte de l'initiative, le GT considère que la meilleure manière de le mettre en œuvre passe par l'octroi d'une plus grande autonomie aux deux hôpitaux de soins aigus à créer, autonomie d'autant plus nécessaire dans le contexte de concurrence accrue voulue par le législateur fédéral.

Il convient par ailleurs d'assurer une séparation adéquate des rôles entre :

- 1) l'autorité politique, qui est compétente en matière de planification hospitalière, de financement, de fixation tarifaire, de surveillance, etc.
et
- 2) les directions hospitalières, qui postulent pour obtenir certains mandats hospitaliers, négocient les tarifs, etc.

Cette autonomie s'accompagne également d'une plus grande responsabilité des hôpitaux s'agissant du respect des contraintes fédérales et cantonales ainsi que du cadre financier.

Le GT considère que le modèle bernois d'organisation des hôpitaux (voir chapitre 3.1) mérite d'être suivi et qu'il convient de s'en inspirer pour la mise en œuvre de la nouvelle organisation hospitalière cantonale. Il préconise donc la création de sociétés anonymes d'utilité publique, un modèle qui semble en effet offrir la réactivité nécessaire aux hôpitaux, tout en permettant d'avoir des résultats financiers satisfaisants et des montants dévolus aux PIG plus faibles.

5.3 MODÈLE INSTITUTIONNEL

Les propositions du GT concernant le modèle institutionnel sont les suivantes :

- **Proposition 1 : mise en place d'hôpitaux publics collaborant avec le privé et l'extracantonal**

Le groupe propose de conserver une organisation hospitalière cantonale s'appuyant sur des hôpitaux publics, à l'image de l'HNE. Ces hôpitaux publics collaborent entre eux (complémentarité et recherche de synergies) et doivent rester ouverts aux coopérations avec des partenaires privés du canton et avec des partenaires publics ou privés extracantonaux.

- **Proposition 2 : création de deux hôpitaux de soins aigus d'une taille suffisante pour assurer leur pérennité**

S'il est difficile de déterminer une répartition détaillée des prestations pour assurer une taille donnée pour chacun des deux hôpitaux de soins aigus, le GT tient à relever l'importance que cette taille soit suffisante pour assurer à tous les deux leur pérennité. Dans ses discussions, le GT a retenu la proposition d'une répartition approximative de 60% pour l'hôpital du Littoral et 40% pour celui des Montagnes, ce qui correspond environ, dans son ampleur, à la répartition qui prévalait avant la centralisation de l'activité mère-enfant à Pourtalès.

Le GT note cependant que la répartition des missions hospitalières devra avoir lieu dans le respect des règles de planification (voir chapitre 4.2). Il appartiendra donc aux futurs établissements hospitaliers de se donner les moyens de répondre aux exigences posées dans ce cadre, qui détermineront l'octroi de mandats de prestations. S'agissant de l'activité ambulatoire, le GT estime qu'il relève également de la compétence des établissements de déterminer les prestations qu'ils entendent ou peuvent proposer.

- **Proposition 3 : poursuite de l'exploitation des sites actuels de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès**

Le GT considère qu'il convient d'exploiter au maximum l'existant. Dans ce cadre, il plaide pour la poursuite de l'exploitation des sites actuels de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès. Il convient cependant que des travaux de rénovation importants soient réalisés sur le bâtiment de La Chaux-de-Fonds, indépendamment du processus de scission. Selon le principe retenu de l'autonomie et dans le respect des règles fédérales en matière de financement hospitalier, il reviendra aux futurs organes dirigeants des deux hôpitaux de déterminer les travaux à réaliser et d'en trouver les sources de financement.

Afin de permettre ces investissements futurs, le GT rappelle que le Code des obligations requiert l'assainissement de la dette actuelle de HNE avant la création des SA (voir proposition 12 ci-dessous).

- **Proposition 4 : reprise par l'Etat des bâtiments de Couvet et de la Béroche**

À l'unanimité, le GT s'est prononcé rapidement et favorablement pour la reprise des sites de HNE de Couvet et de La Béroche par l'État. Ces deux bâtiments n'étant plus exploités par HNE, totalement ou partiellement, ils doivent pouvoir sortir rapidement du giron de l'hôpital pour permettre de les inscrire dans un nouveau projet d'utilisation.

- **Proposition 5 : reprise par l'Etat du bâtiment de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds**

La question de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds et du projet de l'Ecole Pierre-Coullery a été reprise par le GT dans la deuxième phase de ses travaux. Les membres du GT ont pu entendre les porteurs du projet présenter les avantages importants qu'offre ce bâtiment pour l'Ecole (voir chapitre 3.7).

Le GT soutient à l'unanimité le principe de la reprise par l'État de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds, dans le but d'y rassembler les classes de l'Ecole Pierre-Coullery aujourd'hui en partie externalisées. Toutefois, il formule la réserve suivante : selon la répartition à venir des missions hospitalières entre les futurs hôpitaux du Littoral et des Montagnes, il faudra admettre qu'un agrandissement de l'actuel bâtiment des Montagnes puisse être réalisé en vue d'accueillir les missions confiées à l'hôpital des Montagnes.

- **Proposition 6 : maintien de trois policliniques comme portes d'entrée du système hospitalier**

Le GT propose à l'unanimité de conserver les trois policliniques actuelles, à La Chaux-de-Fonds, à Neuchâtel et à Couvet, fonctionnant comme portes d'entrée à l'hôpital. Cette proposition correspond d'ailleurs à l'une des contraintes posées par le Conseil d'Etat. Elle permet le maintien de prestations de proximité pour la population.

- **Proposition 7 : rattachement de la policlinique du Val-de-Travers au site de soins aigus du Littoral**

Le GT estime à l'unanimité que l'exploitation de la policlinique du Val-de-Travers devrait relever de la compétence de l'hôpital de soins aigus du Littoral, pour des questions de proximité et d'efficacité notamment. Il rejette l'idée de créer une institution spécifique pour cette activité.

- **Proposition 8 : maintien de l'activité de réadaptation sur les deux sites actuels du Locle et de Landeyeux, sous une gouvernance unique**

Le GT a analysé trois variantes de modèle institutionnel:

1. Chaque entité de soins aigus développe une activité propre de réadaptation, avec des possibilités de filières spécifiques comme la neurologie, la pneumologie, la cardiologie, etc. ;
2. L'activité de réadaptation est rattachée à une seule des deux entités de soins aigus ;
3. L'activité de réadaptation est séparée des entités de soins aigus et est gérée par un établissement autonome, par exemple prenant la forme d'une société anonyme d'utilité publique.

Après analyse, recueil de l'avis d'experts (voir chapitre 3.3) et discussion, le GT souligne l'importance des soins de réadaptation dans le système hospitalier actuel et futur. Il a également pris note du rôle de cette discipline dans les flux de patients de soins aigus : en effet, si on ne dispose pas de lits performants de réadaptation, les lits de soins aigus peuvent rester engorgés, par manque de disponibilité en aval. Le GT a aussi entendu les spécialistes qui conseillent de regrouper l'activité de réadaptation pour atteindre les masses critiques nécessaires autant à la reconnaissance comme centre de compétence qu'au développement des filières.

Cette thématique a été longuement débattue au sein du GT, avec des avis divergents sur le regroupement *versus* la séparation de la réadaptation entre deux entités. Au final, le GT se positionne par consensus pour la création d'une institution distincte (sous forme de SA d'utilité publique, cf. proposition 13), avec gouvernance unique, pour l'ensemble de la réadaptation. Le but consiste non seulement à avoir une gouvernance neutre et à éviter le risque d'asphyxier l'une ou l'autre structure, mais également à donner à l'institution de réadaptation une autonomie lui permettant de faire face aux futures règles de financement prévues pour 2020-2022.

Cette solution représente pour les membres du GT un compromis et, à ce titre, est assortie d'une condition concernant la composition du conseil d'administration de cette future entité, présentée dans le cadre de la proposition 15.

Par ailleurs, le GT a envisagé deux options d'organisation pour la réadaptation :

1. Une organisation sur les deux bâtiments existants, soit ceux du Locle et de Landeyeux, avec une répartition des filières de prise en charge entre les deux bâtiments ;
2. Une organisation sur un seul bâtiment, à construire ou à agrandir, qui regrouperait toute l'activité de réadaptation.

Un débat vif a eu lieu au sein du GT également sur cette question, opposant d'une part les personnes favorables à la centralisation des activités de réadaptation sur un seul site, d'autre part celles qui souhaitent le maintien de la situation actuelle, dans deux bâtiments, et trouvent prématuré de se déterminer sur cette organisation.

Le GT convient qu'il appartiendra à la nouvelle entité gérant la réadaptation de prendre les décisions nécessaires pour répondre à l'évolution du secteur de la réadaptation. Il estime cependant prématuré de se déterminer aujourd'hui sur tel ou tel modèle et il accepte dans l'immédiat et pour la décennie à venir, la pertinence du maintien des deux sites du Locle et de Landeyeux, placés sous une gouvernance unique.

- **Proposition 9 : rattachement des soins palliatifs laissé ouvert**

La question des soins palliatifs et du site de La Chrysalide est fortement liée à celle des CTR. Le GT a étudié les scénarios suivants :

1. Rattachement de l'activité de soins palliatifs à l'un des deux hôpitaux de soins aigus ;
2. Rattachement de l'activité de soins palliatifs à l'hôpital de réadaptation ;
3. Autonomisation de l'activité de soins palliatifs et de La Chrysalide.

Le GT n'a pas réussi à trouver un consensus sur cette question. Il a jugé qu'il était difficile de se positionner sur cette mission en particulier et estimé que la réflexion devrait se poursuivre dans un groupe technique, comme pour les autres missions.

Les deux positions divergentes exprimées au sein du GT ont été les suivantes :

- Rattachement des soins palliatifs à la SA de soins aigus des Montagnes, dans une logique d'emplacement géographique actuel et afin de ne pas retirer une mission cantonale à cet établissement.
- Rattachement des soins palliatifs à la SA de réadaptation, dans une logique de mission cantonale desservant l'ensemble du canton et les deux hôpitaux de soins aigus, soit dans la même logique que pour la réadaptation. Le but est de ne pas prêter l'une ou l'autre structure de soins aigus.

- **Proposition 10 : exploitation de services transversaux à recommander dès qu'elle se justifie par des gains économiques, organisationnels ou de santé publique**

Le groupe de travail se positionne pour laisser une large marge d'autonomie aux hôpitaux, qui englobe clairement les décisions sur l'exploitation de services transversaux. Ces services transversaux peuvent être définis comme des services fournis aux deux hôpitaux de soins aigus par un prestataire unique, pouvant aussi bien être un prestataire externe que l'une des deux entités hospitalières.

Sur le principe, le GT considère que l'exploitation de services transversaux de nature administrative ou logistique est à recommander chaque fois qu'elle se justifie par des gains économiques ou organisationnels, voire de santé publique, dans le souci de la pérennité des deux entités de soins aigus. Le GT a bien enregistré à cet égard les difficultés de recruter du personnel spécialisé compétent qui existent dans certains services, tels que la facturation.

Sous réserve de décisions contraires des futures directions hospitalières pour des considérations de qualité ou d'efficacité, le GT recommande que les deux futurs hôpitaux de soins aigus maintiennent la collaboration actuelle avec le Centre d'information, de gestion et d'économie de santé [CIGES] en ce qui concerne les services informatiques et avec Analyses et diagnostic médicaux [ADMED] en ce qui concerne les analyses de laboratoire.

- **Proposition 11 : maintien de l'affiliation à prévoyance.ne**

Le GT a pris connaissance des informations transmises par M. Santschi, directeur de prévoyance.ne, sur les conséquences financières de la scission de HNE sur le fonds de pension : « *Si les deux entités splittées d'HNE restent affiliées à prévoyance.ne alors il n'y a pas de paiement de prestation de libre passage et donc pas de coût pour l'HNE. Si une des deux entités devait trouver une solution de prévoyance hors prévoyance.ne, ce serait la part relative qu'il conviendrait de payer, à savoir une part des 230 millions de découvert (valeur 01.01.2017) rattachée actuellement à l'HNE* ».

Fort de ces éléments, le GT recommande le maintien de l'affiliation des trois futures entités à prévoyance.ne, ce qui est cohérent avec la proposition n° 1 de mettre en place des hôpitaux publics.

- **Proposition 12: assainissement de la dette actuelle de HNE**

Afin de donner aux futures SA une capacité d'investissement et leur permettre d'être économiquement viables, le GT rappelle que le Code des obligations exige pour la création des nouvelles SA que la dette actuelle de HNE soit préalablement assainie.

5.4 MODÈLE DE GOUVERNANCE

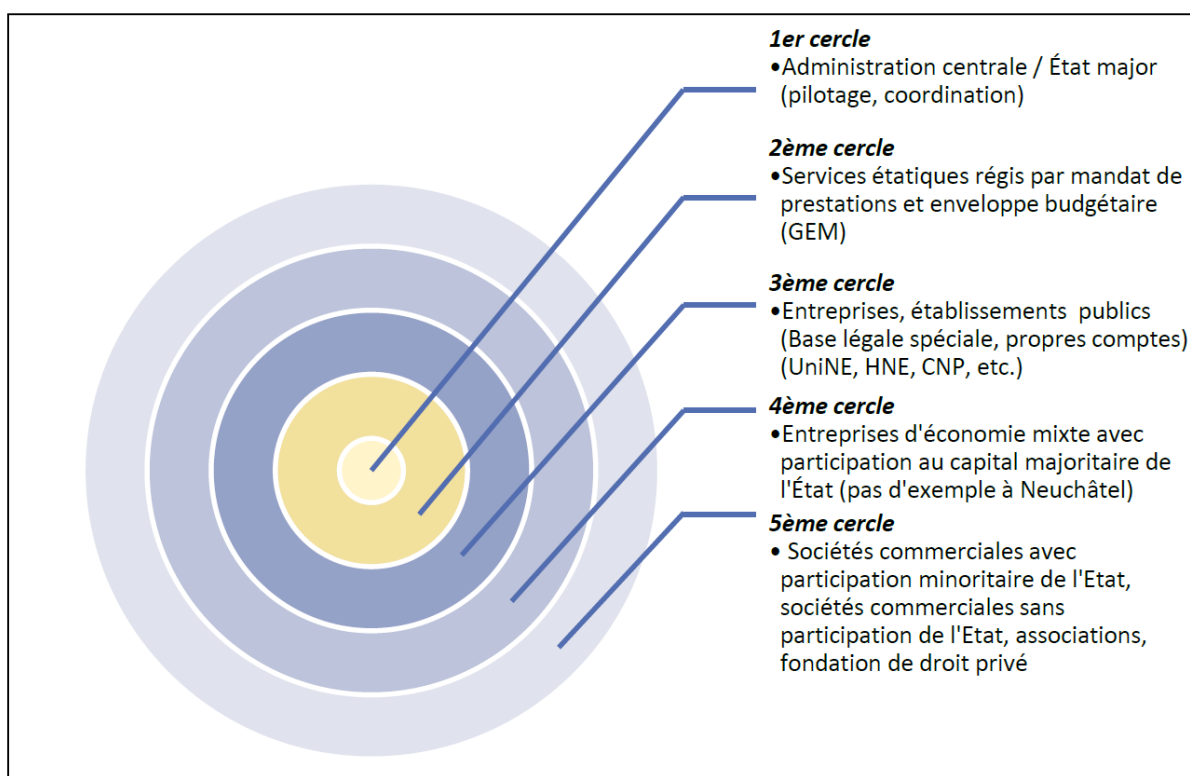
Les propositions du GT concernant le modèle de gouvernance des deux futurs hôpitaux de soins aigus sont les suivantes :

- Proposition 13 : mise en place d'entités de type sociétés anonymes d'utilité publique

Le GT a pris connaissance du modèle des cinq cercles présenté par le Service juridique de l'État [SJEN] concernant la gouvernance des partenariats (voir figure 1). Il considère *a priori* que les cercles 2 à 5 pourraient s'appliquer à la gouvernance d'un hôpital.

Il a toutefois admis que le cercle 2 (l'hôpital comme service de l'Etat) n'apparaît pas approprié dans un environnement comme celui des hôpitaux, à mesure qu'il pourrait mettre l'Etat dans des situations de conflits d'intérêts lorsqu'il agit dans son rôle de planificateur ou de garant de la police sanitaire ou encore lorsqu'il fixe des tarifs. De même, le cercle 5 (participation minoritaire de l'Etat) n'entre pas en ligne de compte pour le GT qui a affirmé dès le début de ses travaux qu'il soutenait la solution d'établissements hospitaliers publics (voir proposition 1).

Figure 1 : Le modèle des 5 cercles pour la gestion des tâches étatiques



La discussion du GT a donc principalement porté sur les cercles 3 (établissement de droit public) et 4 (participation majoritaire de l'Etat à une entreprise d'économie mixte, par exemple une société anonyme). Les avantages et inconvénients suivants ont été présentés au GT par le SJEN, qui a repris et adapté une analyse réalisée par le canton de Berne.

	Société anonyme – Cercle 4	Institution autonome de droit public – Cercle 3
Législation	Base légale simple dans la législation cantonale et renvoi au CO.	Création et structure à définir dans une loi cantonale (modification de la LHNE ou création d'une nouvelle loi).
Pilotage par le canton	La constitution des hôpitaux en SA (comme dans le canton de Berne pour les centres hospitaliers régionaux) facilite la mise en place d'un système unifié.	La pluralité des formes juridiques est, en théorie au moins, maintenue (institutions autonomes de droit public).
Relation à l'État	Relation distante, de par le statut de société de droit privé, même si l'Etat détient la majorité du capital et des voix.	Relation plus ou moins proche, dépendant de son statut d'entité chargée de tâches publiques, autonome sur le plan matériel et du personnel.
Degré d'autonomie	Il est donné par la loi ; les possibilités de le restreindre sont limitées (statuts, stratégie de propriétaire, composition du conseil d'administration, p. ex).	Il découle de l'aménagement légal de l'institution et est généralement limité, du fait de la proximité de celle-ci avec la collectivité publique concernée.
Souplesse	Les SA s'adaptent rapidement à des circonstances changeantes. Les coopérations et les fusions sont possibles, comme les participations de ou à des entreprises tierces. Le sociétariat pourrait facilement intégrer les communes ou les régions, pour assurer une représentativité de celles-ci.	Toute modification significative de l'institution demande une révision de la loi. Les participations de tiers ne sont pas possibles ; celles dans une entreprise tierce dépendent de ce qui est prévu dans la loi. La participation des communes ou/et des régions et ses modalités doivent être prévues dans la loi.
Compétitivité	La SA est une forme juridique ayant fait ses preuves et propice à la compétitivité de l'institution.	La compétitivité dépend du degré d'autonomie. Des voies décisionnelles plus longues, une adaptabilité limitée et l'influence des autorités politiques peuvent éventuellement la restreindre.

Le GT se positionne à l'unanimité en faveur d'un système offrant une plus grande souplesse d'organisation, une forte réactivité sur un marché hospitalier très concurrentiel, une large autonomie décisionnelle s'agissant de la stratégie d'entreprise et en même temps une plus grande responsabilité financière. Le modèle du cercle 4 (sociétés anonymes d'utilité publique détenues par l'Etat), qui est appliqué de longue date dans plusieurs cantons alémaniques et spécialement dans le canton de Berne où il semble avoir fait ses preuves et donner satisfaction, est donc privilégié par le GT.

Dans ce contexte, le GT propose la création de deux entités hospitalières de soins aigus (Hôpital du Littoral et Hôpital des Montagnes) et d'une entité hospitalière de réadaptation sous forme de trois SA d'utilité publique, fournissant les atouts nécessaires à l'exploitation d'un hôpital dans l'environnement décrit au chapitre 4.

Il estime en outre que la forme juridique devrait être la même pour d'éventuelles autres institutions à créer.

- **Proposition 14 : loi d'organisation allégée faisant référence au Code des obligations**

À l'image de ce que les Bernois ont fait, le GT estime que la loi qui va fonder l'existence des futures SA doit être la plus légère possible et n'ancrer que les grandes lignes de l'organisation hospitalière (voir l'extrait de la loi bernoise sur les soins hospitaliers présenté dans l'annexe 5). Cette loi doit prévoir une répartition claire des rôles de l'État (voir proposition 17) et des organes dirigeants des futurs hôpitaux.

Dans la perspective de créer des sociétés anonymes d'utilité publique, il est proposé de se référer aux prescriptions du Code des obligations qui régiraient ainsi l'organisation et la gouvernance internes des hôpitaux, offrant la souplesse nécessaire. Le GT relève néanmoins que la loi ou ses règlements d'application devraient spécifier les contraintes imposées aux hôpitaux en matière de conditions de travail, pour éviter notamment une distorsion de concurrence entre les entités créées (les coûts de personnel représentant entre 70% et 80% des coûts d'un hôpital).

- **Proposition 15 : conseils d'administration nommés par le Conseil d'État**

Le GT préconise que les conseils d'administration des deux futurs hôpitaux de soins aigus, de même que le conseil d'administration de la future entité de réadaptation, soient nommés par le Conseil d'État, après consultation du GT ou, s'il est dissous, des milieux intéressés d'où provenaient les membres du GT pour la nomination des conseils d'administration initiaux. Le Conseil d'État devra veiller à garantir une représentation régionale dans les conseils d'administration des deux hôpitaux de soins aigus, pour répondre aux contraintes de l'initiative demandant une autonomie stratégique avec ouverture régionale. Les compétences métiers devront être privilégiées par le Conseil d'État lors de la désignation des membres des conseils. Le GT relève à ce sujet qu'un conseiller communal pourrait dans ce cadre, mais ne devrait pas obligatoirement, siéger au CA. Ses connaissances approfondies du milieu local seraient un atout.

Le GT pose en outre la condition que le conseil d'administration de la nouvelle entité de réadaptation comprenne des représentants de l'hôpital du Littoral et de l'hôpital des Montagnes, à parts égales, afin d'éviter que le CTR ne favorise un hôpital de soins aigus ou l'autre. Ici aussi, les compétences métiers devraient être favorisées, en choisissant, par exemple, des membres de la direction générale de chaque hôpital de soins aigus.

Ces conseils d'administration seront responsables de la stratégie d'entreprise de leur hôpital respectif.

- **Proposition 16 : directions générales nommées par les conseils d'administration**

Conformément au modèle de gouvernance de la société anonyme, il appartiendra aux conseils d'administration de chacune des trois entités hospitalières de nommer les membres de la direction générale de l'établissement, sur la base de critères tenant exclusivement aux compétences professionnelles.

- **Proposition 17 : nouvelle répartition des compétences entre le Grand Conseil et le Conseil d'État**

L'autonomie plus grande accordée à des hôpitaux constitués en SA et le modèle de financement hospitalier imposé par la LAMal impliquent selon le GT une répartition claire et efficiente des compétences entre les autorités politiques, pour permettre la meilleure réactivité possible face aux défis qui attendent le secteur hospitalier.

Sur la base des considérations qui précèdent, et en cohérence avec l'article 7 de la Loi de santé (« le Conseil d'État définit la politique cantonale en matière de santé publique et en exerce la haute surveillance »), le GT préconise de concentrer en mains du Conseil d'État la compétence de planification hospitalière (répartition des missions hospitalières entre hôpitaux), la stratégie du propriétaire (définition des objectifs des hôpitaux), et l'actionariat dans les hôpitaux (exercice des droits de participation). Il va de soi que, de son côté, le Grand Conseil conserve toutes ses compétences en matière législative, notamment celle d'adopter la loi qui donnera ses fondements au nouveau système hospitalier préconisé dans ce rapport et la compétence d'approuver le budget du canton.

- **Proposition 18 : implication financière des communes à discuter dans le cadre bilatéral communes – Conseil d’État**

Comme indiqué à la proposition 1, et à l’image du système bernois, le GT rappelle qu’il préconise une participation majoritaire, voire exclusive, du canton dans les trois futures SA.

Concernant la question d’une participation des communes au capital ou au financement des PIG, le GT décide à l’unanimité que la question peut rester ouverte et qu’elle doit être traitée dans un autre cadre, à savoir dans les négociations directes entre le Conseil d’État et les communes. Le Gouvernement est donc invité à prendre les contacts nécessaires avec les communes dans le cadre précité pour élaborer une proposition concertée avec elles.

- **Proposition 19 : pas de participation financière des acteurs privés dans les SA d’utilité publique**

Concernant la participation d’acteurs privés, le GT a décidé, à l’unanimité des voix, de ne pas permettre aux acteurs privés une participation, même minoritaire, au capital-actions des trois futures SA de service public pour les raisons suivantes :

- la volonté du GT est de créer un système hospitalier public fort ;
- les acteurs privés ne souhaiteront *a priori* pas développer des prestations non rentables ;
- la participation, même minoritaire, d’un acteur privé au capital-actions d’une SA lui donne accès, notamment, à l’ensemble de la comptabilité et des documents liés à la stratégie des établissements concernés, ce qui peut poser des problèmes de concurrence.

Toutefois, cette décision n’exclut pas la mise en place par les SA d’utilité publique de collaborations et de partenariats avec les acteurs privés, comme formulé dans la proposition 1.

5.5 PRINCIPES DE RÉPARTITION DES MISSIONS HOSPITALIÈRES

Dans le mandat confié au GT, le Conseil d’État a retenu que les principes suivants devraient guider la répartition des missions hospitalières, en s’appuyant à cette fin sur le cadre fédéral (chapitre 4.2) et le cadre de ses compétences en matière financière (voir chapitre 4.3) :

- Conditions de la liste hospitalière
- Critères de reconnaissance pour la certification comme centre de compétence
- Critères de reconnaissance pour la certification comme centre de formation
- Critères économiques et financiers

Le GT était invité à se prononcer sur ces principes et à en formuler éventuellement d’autres. Il tient à souligner d’emblée que ces critères sont en évolution constante, devenant généralement de plus en plus stricts au fil du temps, notamment les critères utilisés dans le cadre de la planification hospitalière (modèle GPPH). Il souhaite ajouter aux quatre principes mentionnés par le Conseil d’État un cinquième principe, à placer en tête de liste, consistant à respecter le texte de l’initiative « pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ».

Le GT souhaite en outre pondérer les différents principes devant guider la répartition des missions hospitalières et nuancer leur caractère impératif. En d’autres termes, il considère que les principes susmentionnés ne doivent pas être appliqués de manière rigide et mécanique dans tous les cas, mais sont susceptibles d’exceptions. Sur cette base et après de longues discussions, le GT s’est rallié de manière consensuelle aux deux propositions suivantes.

- **Proposition 20 : affirmation du principe de respecter le texte de l’initiative**

Le GT souhaite faire figurer en tête des principes qui devront guider la répartition des missions entre les deux hôpitaux de soins aigus celui du respect du texte de l’initiative « pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ».

- Proposition 21 : validation des principes de répartition des missions hospitalières

Le GT donne son aval aux quatre principes énoncés par le Conseil d'État, qui devront servir de guide à la répartition des missions entre les deux hôpitaux de soins aigus, en proposant un ordre d'importance et en ajoutant les précisions et nuances qui suivent pour chaque principe. Cette hiérarchisation n'a pas fait l'objet d'une réflexion approfondie du GT et ne s'accompagne pas d'une proposition de pondération ; elle est avant tout à voir comme le reflet d'un état d'esprit, déterminant des priorités, étant rappelé que ces quatre principes sont subordonnés au respect du texte de l'initiative.

Le premier de ces quatre principes consiste à respecter les exigences de la liste hospitalière. Il ne s'agit pas de figer la liste hospitalière actuelle, qui devra nécessairement être revue avec la création de deux entités de soins aigus. Il s'agit simplement pour le canton de respecter les exigences découlant de la législation sur l'assurance-maladie dans l'élaboration de la planification hospitalière et dans l'attribution des mandats de prestations. Ces exigences consistent, conformément à l'article 58b al. 4 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (voir l'extrait en Annexe 7), à veiller au caractère économique et à la qualité des prestations à fournir, à tenir compte de l'accès des patients au traitement dans un délai utile et à s'assurer de la disponibilité et de la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations confié. Ces exigences devront être appliquées en tenant compte du cadre défini par l'initiative « pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ».

Le deuxième principe, qui doit du reste guider de manière générale la politique sanitaire du canton, consiste à respecter des critères économiques et financiers d'une part, de sécurité sanitaire d'autre part. Dans sa première composante (aspect économique), ce principe est bien sûr soumis à appréciation politique. La seconde composante (sécurité sanitaire) doit en revanche être observée sans compromis.

Le troisième principe consiste à tenir compte des critères de reconnaissance pour la certification comme centre de formation. Aux yeux des membres du GT, ce principe ne présente toutefois pas un caractère impératif absolu. Si la certification comme centre de formation semble indispensable pour les disciplines générales (médecine, chirurgie générale, etc.), il faudrait laisser la compétence aux deux futurs hôpitaux de soins aigus de décider s'ils veulent ou non, et à quel niveau, être reconnus comme centre de formation pour des disciplines plus pointues, sur la base d'une appréciation à la fois économique et professionnelle.

Le dernier principe, par ordre hiérarchique, est pour le GT le respect des critères de reconnaissance pour la certification comme centre de compétence. Une telle reconnaissance est un gage de qualité et procure en général un avantage concurrentiel. Plus rarement, la reconnaissance est érigée comme condition au remboursement des prestations. En d'autres termes, l'importance de remplir ces critères peut varier selon les domaines. C'est pourquoi le GT estime qu'il faudrait aussi laisser la compétence aux deux futurs hôpitaux de soins aigus de décider s'ils veulent ou non, et pour quelles unités, être reconnus comme centre de compétence.

Répartition des missions en général

Le GT a mené une réflexion sur la répartition des missions hospitalières entre les deux futurs hôpitaux de soins aigus. Il a pris la mesure de la complexité de cette répartition, qui demande de prendre en considération une foule de paramètres à la fois médicaux, organisationnels, techniques, administratifs et financiers. Il a donc accepté, au niveau opérationnel, les deux principes directeurs suivants, qui s'en tiennent au mandat que lui a confié le Conseil d'État, mandat qui n'incluait pas la répartition détaillée des missions, mais seulement les principes de cette répartition.

En premier lieu, le GT souligne l'importance que les deux sites du Littoral et des Montagnes puissent conserver les missions existantes, qui leur ont été dévolues et qui fonctionnent à satisfaction. Ce premier principe ne revient pas à figer des acquis pour l'éternité, mais à tirer le meilleur parti de ce qui a été développé avec succès dans l'intérêt du canton tout entier.

Le second principe directeur consiste à confier à des groupes de pilotage formés de spécialistes la tâche de mettre en œuvre de manière détaillée la répartition des missions hospitalières, sur la base des considérations générales émises par le GT.

La décision finale appartiendra aux futures directions des deux sites, en fonction de leurs objectifs stratégiques respectifs, tout en tenant compte du contexte régional. Les deux directions devront veiller à ce que les volumes d'activités engendrés par la répartition des missions permettent aux deux entités de disposer des moyens financiers suffisants pour atteindre l'équilibre budgétaire et assurer leur viabilité à terme.

En parallèle des travaux du GT, quatre de ses membres, tous médecins, ont ébauché une possible répartition des missions entre les futurs hôpitaux. Basé sur des considérations médicales et politiques, ce document de travail, qui a été présenté sous forme de tableau lors d'une séance du GT, répondrait au texte de l'initiative. Il permettrait une ouverture cantonale et régionale aux deux sites de soins aigus et un développement de leur complémentarité et collaborations.

Le GT a aussi inclus dans sa réflexion l'idée d'une collaboration accrue entre les praticiens privés, les cliniques privées et les futurs hôpitaux publics, notamment en ce qui concerne certaines spécialités de médecine interne de même que la chirurgie. L'activité médicale dans le canton pourrait ainsi être divisée en trois catégories, à savoir :

- 1) Des missions cantonales sous l'égide d'une gouvernance unique de l'une ou l'autre des SA ;
- 2) Des missions non cantonales sous l'égide de gouvernances séparées, c'est-à-dire de chacune des deux SA ;
- 3) Des collaborations avec les acteurs privés institutionnels ou les praticiens privés.

Pour mener à bien leurs missions, les deux futures structures de soins aigus devraient favoriser la collaboration avec les praticiens privés dans le cadre de conventions *ad hoc*, avec notamment la préoccupation de contenir l'installation de spécialistes, génératrice d'augmentation des coûts. Il en irait de même pour les cliniques privées.

D'autre part, le GT s'est accordé sur le principe que l'exploitation de services transversaux doit être recommandée chaque fois qu'elle se justifie par des gains économiques ou organisationnels. S'agissant des services médicaux, soit dans ce cas les missions dites cantonales, une même marge d'appréciation doit être laissée aux futurs établissements. S'agissant des domaines médicaux, l'analyse devra comprendre une évaluation sous l'angle des besoins de santé publique, telles que la qualité et la disponibilité des prestations. Les critères de reconnaissance, cités dans le chapitre 4.2, que ce soit pour l'accréditation d'un centre ou l'offre de formation, devront également être pris en compte dans les décisions.

Cas particulier : centre femmes-mères-enfants

Le Conseil d'État a donné mandat au GT de se pencher en priorité sur la question du maintien de la concentration sur un seul site du centre femmes-mères-enfants, en lien avec l'initiative pendante demandant l'ouverture d'une maternité dans les Montagnes.

Dans la première phase de ses travaux, le GT, à l'unanimité des voix, a considéré que cette question de la concentration sur un seul site des prestations « femmes-mères-enfants » devait être discutée dans le cadre de ses travaux. Cela étant, le GT - dont le membre représentant « Le Haut veut vivre », dépositaire de l'initiative – a estimé qu'il serait opportun que le Conseil d'Etat dispose d'un délai supplémentaire pour prendre position sur cette initiative.

Le GT a entendu différents intervenants sur le sujet du centre femmes-mères-enfants (voir chapitre 3.5). Malgré les longs débats qui ont suivi, le GT n'a pas été en mesure de trouver un consensus sur cette question.

Une partie du GT estime que l'initiative réclamant une maternité dans les Montagnes doit être rejetée (ou, idéalement, retirée) pour les raisons suivantes :

- Les propositions de fond qui sont formulées par le GT de créer des sociétés anonymes d'utilité publique et de leur donner davantage d'autonomie et de responsabilités qu'aujourd'hui leur permettent de conclure que la question de l'ouverture d'une deuxième maternité doit être laissée à l'appréciation des futurs organes dirigeants de l'hôpital des Montagnes. Cette conclusion va aussi dans

le sens des propositions du GT sur la répartition des missions, dans la mesure où il n'y a pas lieu de traiter cette mission différemment des autres.

- Il faut maintenir ce qui existe et qui fonctionne à satisfaction.
- La création d'une seconde maternité dans le canton aurait pour conséquence la perte de prestations spécialisées dans le canton, faute de masse critique suffisante. Aucune des deux maternités ne pourrait prétendre répondre aux critères de reconnaissance lui permettant d'offrir ces prestations. Une perte de recettes de l'ordre de 2.5 millions de francs pourrait être attendue pour les hôpitaux neuchâtelois. A l'inverse, des gains potentiels supplémentaires découlant du rapatriement d'une partie de l'activité actuellement réalisée hors canton, évalués au maximum à 800'000.-, pourraient être espérés. Ils ne compenseraient toutefois pas entièrement les pertes de recettes précitées.
- La création d'une maternité à La Chaux-de-Fonds augmenterait, selon une estimation, les montants alloués au titre de prestations d'intérêt général par l'État de l'ordre de 2.5 millions de francs. Il faudrait en effet augmenter le niveau des urgences de l'hôpital des Montagnes pour accueillir de l'obstétrique.

L'autre partie du GT estime que le GT n'est pas en mesure de se prononcer sur la question, pour les raisons suivantes :

- Aucune analyse précise et complète n'a été réalisée sur les effets (coûts, flux hors canton) liés à la centralisation de l'activité femmes-mères-enfants en 2010.
- Des petites maternités existent dans d'autres cantons et ne sont pas contestées. Deux maternités sur trois en Suisse auraient une taille inférieure à celle des Montagnes en 2007.
- Il se peut que la maternité soit un service central d'un hôpital et qu'elle soit nécessaire pour assurer la rentabilité et la pérennité de l'hôpital des Montagnes.
- L'HJB projette de développer sa maternité et les conséquences d'un tel développement devraient au préalable être évaluées.

S'il n'a pas réussi à trouver un consensus sur la question du maintien de la concentration sur un seul site du centre femmes-mères-enfants, le GT a tout de même réussi à s'accorder sur les points suivants :

- Il accepte que l'actuel site unique du centre femmes-mères-enfants à Pourtalès subsiste durant la période transitoire.
- Il se montre favorable à ce que cette question soit discutée, si possible en priorité, par les futurs organes des deux hôpitaux à créer.
- Il note que cette initiative n'a plus de réelle signification si le GT retient l'idée que les missions femme-mère-enfant devront être décidées par les futurs organes dirigeants des deux hôpitaux. En effet, il semblerait contradictoire avec cette idée de confier la décision au peuple en le faisant voter sur l'initiative.

Cas particulier : urgences et SMUR

Si le GT a trouvé un consensus sur la création de deux services d'urgences hospitalières, un dans chacun des hôpitaux de soins aigus, comme l'impose le texte de l'initiative, il n'est pas parvenu à arrêter une position commune au sujet du SMUR. Une partie des membres du GT souhaitent voir un SMUR rattaché à chaque site de soins aigus, alors que d'autres membres du GT préconisent, vu le fonctionnement transversal d'un tel service, un SMUR « cantonalisé » sous la gouvernance des urgences préhospitalières.

Par la voix d'un membre du groupe de travail, la DIRUP (direction des urgences préhospitalières) a fait part de ses inquiétudes devant les incertitudes actuelles sur l'avenir du SMUR, qui est un maillon essentiel de la chaîne des soins.

5.6 PÉRIODE TRANSITOIRE

Le GT a pris bonne note des décisions du Conseil d'État concernant la période transitoire devant conduire à la mise en œuvre de l'initiative, à savoir :

- applicabilité de la LHNE ;
- application des décrets en vigueur concernant les options stratégiques de HNE, datant de 2012, 2013 et 2015, dont les éléments applicables sont présentés dans l'annexe 6 ;
- application de la liste hospitalière 2016-2022 ;
- gouvernance de HNE par un conseil d'administration transitoire, nommé jusqu'en août 2018.

Le GT a également pris connaissance du processus complexe à mettre en place pour parvenir à la scission de HNE en trois entités. Il s'agit d'un processus d'une durée minimale d'une année, impliquant de nombreuses ressources, tant humaines que financières.

Le GT relève dans ce cadre la nécessité d'assainir financièrement ou de capitaliser les hôpitaux à créer, ainsi que la nécessité de régler la question d'éventuels cautionnements. Il invite le Conseil d'État à traiter équitablement les deux hôpitaux à créer, en leur donnant dès le départ les mêmes chances de développement.

Ce contexte étant connu et intégré, le GT s'est interrogé sur la période de transition qui doit permettre d'aboutir aux modèles institutionnel et de gouvernance proposés dans les chapitres précédents. Il a trouvé un consensus sur deux propositions à ce sujet.

- Proposition 22 : prévoir une période de transition la plus courte possible

De manière générale, le GT considère que la période de transition doit être la plus courte possible. Il est toutefois conscient du fardeau conséquent qui attend les services de l'Etat et HNE dans cette période de transition, qui imposera un gros travail préparatoire en parallèle au fonctionnement courant de l'institution. En ce sens, il invite le Conseil d'État à mener des réflexions parallèles entre le processus politique et législatif - qui devra inévitablement être mené - et les processus stratégiques (nomination des futurs organes dirigeants) et techniques (travail de terrain pour la répartition des activités hospitalières, du personnel, des infrastructures, etc.).

Le GT souhaite que le Conseil d'Etat puisse nommer rapidement les futurs organes dirigeants, pour leur offrir le temps nécessaire à l'organisation et à l'essor des nouvelles entités. Il lui apparaît en outre que ces nominations seraient de nature à rassurer la population comme le personnel de HNE sur le fait que la volonté populaire exprimée par l'acceptation de l'initiative sera mise en œuvre rapidement et sans contestation. Le modèle de gouvernance retenu dans la phase de transition devra garantir la représentativité des deux futurs hôpitaux et un arbitrage neutre par l'État en cas de besoin.

L'objectif du GT consiste non seulement à réduire au maximum la durée de la période de transition, mais également à donner des chances égales de développement à toutes les institutions à créer.

La possibilité, autorisée par la LHNE, que HNE crée une filiale a également été abordée par le GT pour la période de transition. Ce dernier n'a toutefois pas été en mesure (et cela ne relevait d'ailleurs pas de son mandat) de formuler une solution « technique » optimale, de sorte qu'il invite le Conseil d'État à rechercher la solution la plus efficiente pour assurer la transition.

- Proposition 23 : création de deux groupes de travail et engagement d'un chef de projet

Le GT propose la nomination de deux groupes de pilotage, composés notamment de personnes pouvant préfigurer la composition des futurs conseils d'administration des deux SA, qui représenteront chacun un hôpital de soins aigus. En cohérence avec la proposition 15, la nomination de ces personnes devrait se faire après consultation du GT ou, s'il est dissous, des milieux intéressés d'où provenaient les membres du GT. Ces deux groupes devront travailler ensemble en ce qui concerne la répartition des missions de soins aigus, tout en sollicitant la collaboration des gens du terrain et des personnes aptes à représenter la future SA qui gèrera le domaine de la réadaptation.

Un chef de projet devrait également être nommé, qui jouirait de la confiance des futures entités de soins aigus et de réadaptation. Il serait appelé à assurer la gestion opérationnelle de tous les problèmes que rencontrera le processus de scission, en faisant en sorte que les travaux avancent rapidement, de manière systématique et coordonnée.

5.7 SUITE DES TRAVAUX DU GT

Concernant la suite des travaux, le GT est parvenu à un consensus sur la proposition suivante :

- **Proposition 24 : dissolution du GT H+H**

Le GT a pris note du souhait du Conseil d'État, exprimé dans sa réponse du 23 août 2017, de l'associer périodiquement, à titre consultatif, aux travaux techniques qui suivront ces prochains mois.

Il demande pour sa part simplement, comme cela ressort des propositions 15 et 23, que le GT ou, s'il est dissous, les milieux intéressés d'où provenaient ses membres, puissent préavisser la composition des deux groupes de pilotage et la composition initiale des futurs conseils d'administration des SA hospitalières, selon des modalités qu'il appartiendra au Conseil d'État de déterminer.

Pour le reste, le GT estime avoir rempli le mandat que lui avait confié le Conseil d'État et ne souhaite pas subsister dans sa forme actuelle. Il demande simplement que les principaux partenaires d'où étaient issus ses membres, notamment les représentants du comité d'initiative et les sociétés médicales, soient associés à titre consultatif aux travaux techniques qui suivront ces prochains mois et soient régulièrement informés par le Conseil d'État de l'avancement du dossier.

Comme la proposition 18 le relève déjà, le Conseil d'État est par ailleurs invité à poursuivre la discussion avec les communes quant à une éventuelle implication de celles-ci dans la future organisation hospitalière.

6 CONCLUSION

Après cinq mois de travail intensif, le GT estime rendre au Conseil d'État des propositions à même de respecter le texte et l'esprit de l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires », qui permettront aux futurs établissements hospitaliers de s'inscrire le mieux possible dans le cadre contraignant posé par les réglementations fédérales et de faire face aux défis de l'évolution du domaine sanitaire et hospitalier. Il tient à souligner que les propositions émises dans ce rapport ont été acceptées par consensus dans le GT, sous réserve des quelques points de désaccord expressément mentionnés.

Les propositions du GT s'inscrivent dans une nouvelle vision de l'organisation et de la gouvernance hospitalières, impliquant l'octroi d'une plus grande autonomie, mais aussi d'une plus forte responsabilité financière aux hôpitaux. Il incombera ensuite aux hôpitaux nouvellement créés de parvenir à répondre aux nombreux défis futurs liés à la planification hospitalière, à la nécessité d'un équilibre comptable ou encore à la reconnaissance comme centre de formation ou de compétence. L'État doit conserver ses rôles de planificateur, de régulateur, de garant de la police sanitaire et de financeur, mais il doit prendre de la distance par rapport à la gestion et à l'organisation hospitalières. De l'avis du GT, ce n'est qu'à ce prix que le système aura une chance de fonctionner.

Malgré les efforts déployés par le GT et la bonne volonté de ses membres, il n'a malheureusement pas été possible de trouver un consensus sur tous les sujets soumis à l'appréciation du GT. Ainsi, il subsiste des divergences trop importantes au sein du GT sur la question de la maternité, du rattachement des soins palliatifs, de l'avenir des urgences préhospitalières et des urgences intrahospitalières (elles devraient être constituées en deux entités séparées pour les uns ou au contraire unifiées dans un service cantonal pour les

autres) pour pouvoir faire état dans ce rapport d'un compromis acceptable par tous les membres. Le GT s'en remet au Conseil d'État, respectivement au Grand Conseil (éventuellement aussi au peuple neuchâtelois ou au comité d'initiative) ainsi qu'aux futurs organes dirigeants des établissements hospitaliers, pour trancher les points qu'il n'a pas réussi à décider par consensus.

Indépendamment de ces quelques points de désaccord, le GT estime que ses propositions doivent être considérées comme un tout cohérent et qu'il serait donc délicat de n'en retenir qu'une partie. En effet, ses propositions sont le fruit de consensus qui risqueraient de ne pas résister à des décisions se basant sur les travaux du GT, mais ne reprenant que partiellement ses propositions.

Au vu du climat d'insécurité qui entoure le dossier hospitalier, tout particulièrement pour le personnel de HNE, le GT insiste sur la nécessité de pouvoir avancer rapidement dans les travaux de mise en œuvre de l'initiative. Il rend également attentif le Conseil d'État à la grande complexité des travaux qui restent à effectuer, en particulier le processus concret de scission.

Le GT exprime encore le souhait que, sous réserve des contraintes liées au recrutement en personnel ainsi qu'aux critères de qualité et de sécurité, les missions actuelles de HNE ne soient pas modifiées durant la phase transitoire, en particulier sur les sites des Montagnes. En ce sens, il souhaite que l'on ne demande pas à HNE de réaliser des économies supplémentaires durant cette période de transition et que d'éventuels nouveaux investissements ne viennent pas contredire le texte de l'initiative.

Enfin, les membres du GT remercient le Conseil d'État de la confiance qu'il leur a accordée en les mandatant pour élaborer des propositions de mise en œuvre de l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ».

Au nom du Groupe de travail H+H
Le président

Olivier Guillod

ANNEXE N° 1 : LISTE DES MEMBRES DU GT

Membre	Membre suppléant
- Monsieur Olivier Guillod, président	- Néant
- Monsieur Daniel Fritschy, vice-président	- Néant
- Madame Katia Babey	- Monsieur Souhaïl Latrèche
- Monsieur Dominique Bünzli	- Monsieur Joël Rilliot
- Monsieur François Cuhe	- Monsieur Cédric Cuanillon
- Monsieur Walter Gusmini	- Monsieur Reza Kehtari
- Monsieur Gregory Jaquet	- Monsieur Yanick Bussy
- Monsieur Armin Kapetanovic	- Monsieur Nathan Erard
- Monsieur Jean-Emmanuel Lalive	- Monsieur Hugues Chantraine
- Monsieur Frédéric Mairy	- Madame Josette Schaer
- Monsieur Thierry Michel	- Monsieur Christian Mermet
- Monsieur Miguel Perez	- Monsieur Cédric Dupraz
- Monsieur Philippe Rouault	- Monsieur Gérard Pulfer
- Monsieur Claude-André Moser	- Monsieur Patrick Herrmann

ANNEXE N° 2 : PLANIFICATION HOSPITALIÈRE – CRITÈRES GPPH

Extrait :

Groupes de prestations et exigences (version 2015.1)												
Domaines de prestations	Groupes de prestations		Titre de spécialiste / formation approfondie / FMH	Disponibilité	Service des urgences	Unité des soins intensifs	Lien				Nombre min. de cas	Autres exigences
	Sigle	Désignations					Paquet de base	En interne uniquement	En interne ou en coopération	Tumorboard		
Paquet de base	BP	Paquet de base	Base médecine interne et chirurgie	1	1	1						
Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé	En fonction du groupe de prestations	2		1			BP			
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	(Dermatologie et vénéréologie)	1	2	1	BP					
	DER1.1	Oncologie dermatologique	(Dermatologie et vénéréologie)			1	BP	ONK1		TUB	10	
	DER1.2	Affections cutanées graves	(Dermatologie et vénéréologie)	2	2	2	BP					
	DER2	Traitement des plaies					BPE/BP					Centre ambulatoire de traitement des plaies
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie(chirurgie ORL)	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP					
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP					

	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	(Oto-rhino-laryngologie, y c. formation approfondie en chirurgie cervico-faciale)	2		2	BPE/BP	KIE1		TUB		
--	----------	---	---	---	--	---	--------	------	--	-----	--	--

Exemple détail – critères pour les **Service des urgences**:

1 = 8-17 h: des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences (service hospitalier multifonctionnel). 17-8 h: des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences. Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: 30 min en médecine, 30 min en chirurgie, 15 min en anesthésie.

2 = 8-17 h: des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences. 17-8 h: des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences. Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: 30 min en médecine, 30 min en chirurgie, 15 min en anesthésie.

3 = 8-23h LU-VE: Des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences et sont en cas de nécessité médicale disponibles en 5 minutes au service d'urgence (Intervention en salle d'opération uniquement pour des opérations d'urgence). 23-8h LU-VE et 24/24 week-ends et jours fériés: Des médecins-assistants sont disponibles en première priorité pour les urgences et sont en cas de nécessité médicale disponibles en 5 minutes au service d'urgence. Au moins un médecin-assistant effectue la deuxième-moitié de sa formation spécialisée. De plus, un médecin spécialiste en chirurgie est à disposition du service d'urgence en cas de nécessité médicale en 15 min (Intervention en salle d'opération uniquement permise pour des opérations d'urgence) et un médecin spécialiste en médecine est disponible en 30 min.

4 = 24 h sur 24, obstétrique: les accouchements sont assurés par un spécialiste en gynécologie et obstétrique (présent sur place en 10 minutes). Les césariennes en urgence doivent être réalisées en <15 min (délai décision naissance [DDN]). Sages-femmes: présence 24 h sur 24.

ANNEXE N° 3 : EXEMPLES DE CRITÈRES POUR L'ACCRÉDITATION COMME CENTRE DE COMPÉTENCE

Prestation	Lien /informations
Centre du sein	<p>https://www.liguecancer.ch/acces-specialistes/qualite-du-depistage-et-du-traitement-du-cancer-du-sein/label-de-qualite-pour-les-centres-du-sein/centres-du-sein-interesses/</p> <p><i>Exemple: Le nombre minimal de cas de cancers du sein diagnostiqués annuellement par le Centre du sein est de 125; Chaque chirurgien oncologue, membre de l'équipe centrale, doit opérer > ou = 30 carcinomes primaires du sein par année</i></p>
Néonatalogie	<p>http://www.neonet.ch/files/9914/4968/0258/Def_Criteres_dattributions_de_niveau_d_e_soins_Aug_2015.pdf</p>
Soins palliatifs	<p>https://www.qualitepalliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/qualitepalliative/Label/Dokumente_Label/Kriterienliste_SPEZ_F.pdf</p>
Soins intensifs	<p>http://www.sgi-ssmi.ch/tl_files/daten/4%20Qualitaet/Anerkannte%20IS/KAI_Richtlinien_100902_F.pdf</p> <p><i>Exemple: L'USI doit totaliser au moins 1300 journées de soins; La part relative des horaires de soins en catégorie 1 (A et B) doit être supérieure à 15% et celle des horaires en catégorie 3 inférieure à 40% (conformément aux MDSi).</i></p>
Stroke unit	<p>http://www.sfcns.ch/tl_files/Vorstand/Projects/Stroke/Dokumente%20Templates%20Zertifizierung/SFCNS%20Criteres%20Certification%20Stroke%20Units_vs%20I.pdf</p> <p><i>Exemple: C 3 La Stroke Unit est située dans un établissement disposant d'un service de soins intensifs multidisciplinaires</i></p>

ANNEXE N° 4 : EXEMPLES DE CRITÈRES POUR L'ACCRÉDITATION COMME CENTRE DE FORMATION

https://www.fmh.ch/files/pdf19/aim_version_internet_f.pdf

Exemple de la médecine générale (extrait) :

Caractéristiques de la clinique / du service	Catégorie (reconnaissance maximale)			
	cat. A (3 ans)	cat. B (2 ans)	cat. C (1 an)	cat. D (6 mois)
Tâche principale				
- soins de base en médecine interne générale ou	+	+	+	+
- fonction de centre hospitalier en médecine interne générale ou	+	-	-	-
- rééducation en médecine interne générale ou	-	-	+	+
- gériatrie ou	-	-	+	+
- cliniques/services assumant une autre fonction principale (p. ex. axée sur une discipline particulière, un système d'organes ou une pathologie)	-	-	-	+
Service hospitalier de médecine interne générale (les services d'urgences avec des unités de courte durée ne remplissent pas cette exigence)	+	+	+	+
Nombre de patients hospitalisés par an, au moins	900	600	300	150
Nombre de patients hospitalisés par médecin assistant et par an (au moins)	150	125	100	80
Service d'urgence de 24 h sur 24 au sein de l'hôpital avec la possibilité institutionnalisée de rotations	+	+	-	-
Service de soins intensifs dans l'hôpital, avec son propre responsable, spécialiste en médecine intensive	+	-	-	-

Caractéristiques de la clinique / du service	cat. A	cat. B	cat. C	cat. D
Service de consultation de psychiatrie institutionnalisé	+	+	-	-
Radiodiagnostic avec colloque par le spécialiste en radiologie au moins 4 fois par semaine	+	+	-	-

Equipe médicale	cat. A	cat. B	cat. C	cat. D
Responsable de la formation postgraduée porteur du titre de spécialiste en médecine interne générale	+	+	+	+
- Activité en tant qu'interniste généraliste employé par l'établissement au min. à 80%, avec remplacement garanti en tout temps par un spécialiste en médecine interne générale (exception: partage du poste entre deux co-responsables au plus; le responsable principal doit être engagé au moins à 50%)	+	+	+	-
- Habilitation du responsable de la formation postgraduée	+	-	-	-
Mentorat / tutorat pour chaque médecin en formation	+	+	+	+
Médecins adjoints ou chefs de clinique (en poste à 100%), au moins	4	2	-	-
Postes de formation postgraduée (médecins assistants) (en poste à 100%), au moins	6	4	2	1

Art. 19 Forme juridique

¹Les CHR sont gérés sous forme de sociétés anonymes selon les articles 620 ss du Code des obligations (CO). Ils poursuivent un but de service public au sens de la législation sur les impôts.

²Le Conseil-exécutif prend, au nom du canton, les mesures nécessaires à l'aménagement des CHR en sociétés anonymes et à la participation du canton à ces dernières. Pour ce faire, il est autorisé en particulier à fonder, à dissoudre, à diviser ou à fusionner des sociétés anonymes ou à y prendre des participations ou à les vendre.

Art. 20 Organisation

¹L'organisation des CHR est régie par le CO et les statuts.

Art. 21 Participation

¹Le canton participe aux CHR.

²Il détient la majorité du capital et des voix dans ces institutions.

³Le Conseil-exécutif peut exceptionnellement arrêter des modalités de participation dérogeant à celles spécifiées à l'alinéa 2 lorsqu'il forme avec d'autres collectivités publiques ou des institutions aux mains des pouvoirs publics un groupe détenant la majorité du capital et des voix du CHR concerné ou pour garantir une couverture en soins appropriée.

Art. 22 Exercice des droits de participation / 1. Généralités

¹Le Conseil-exécutif exerce les droits et assume les obligations lui incombant en sa qualité d'actionnaire des CHR.

²Il peut déléguer l'exercice des droits de participation à une ou plusieurs Directions.

³Lors de la désignation du conseil d'administration d'un CHR, il tient compte de manière appropriée des intérêts régionaux en exerçant ses droits d'actionnaire. Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas faire partie de l'administration cantonale.

⁴La surveillance par le Contrôle des finances est régie par la loi cantonale du 1^{er} décembre 1999 sur le Contrôle des finances (LCCF).

Art. 23 / 2. Stratégie de propriétaire

¹Le Conseil-exécutif arrête des consignes sur l'exercice des droits de participation.

Art. 24 Regroupement

¹Le regroupement d'un CHR avec un ou plusieurs CHR ou avec un ou plusieurs autres fournisseurs de prestations est soumis à l'approbation du Conseil-exécutif.

Art. 25 Indépendance dans la gestion

¹Les CHR sont responsables de leur gestion.

²Le canton s'efforce d'accorder aux CHR la marge de manœuvre adéquate dans les limites fixées par le droit.

³Les CHR mettent à profit leur marge de manœuvre.

Art. 26 Autres tâches et activités

¹Les CHR peuvent se voir attribuer, en plus des mandats de prestations, d'autres tâches par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale par voie de contrat de prestations.

²Les CHR peuvent exercer d'autres activités lorsque celles-ci sont matériellement proches de leurs mandats de prestations ou de leurs tâches. Ils peuvent accomplir en particulier des tâches relevant de l'enseignement et de la recherche en complément de l'offre des hôpitaux universitaires.

Art. 27 Holding suprarégionale / 1. Forme juridique et dispositions applicables

¹Le Conseil-exécutif peut, au nom du canton, regrouper deux ou plusieurs CHR en une holding hospitalière suprarégionale lorsque ceux-ci en font conjointement la demande.

²La holding hospitalière est gérée sous forme de société anonyme selon les articles 620 ss CO et poursuit un but de service public au sens de la législation sur les impôts.

³Les articles 19, alinéa 2 à 25 sont applicables à la holding hospitalière par analogie.

⁴L'article 19, alinéa 1 et les articles 20, 24 et 26 sont applicables aux CHR regroupés en holding.

Art. 28 / 2. Participation de la holding hospitalière aux CHR

¹La holding hospitalière participe aux CHR désignés par le Conseil-exécutif.

²Elle détient la majorité du capital et des voix.

³Elle peut exceptionnellement, avec l'accord du Conseil-exécutif, arrêter des modalités de participation dérogeant à celles spécifiées à l'alinéa 2 lorsqu'elle forme avec d'autres collectivités publiques ou des institutions aux mains des pouvoirs publics un groupe détenant la majorité du capital et des voix du CHR concerné ou pour garantir une couverture en soins appropriée.

Art. 29 / 3. Participation de la holding hospitalière à d'autres fournisseurs de prestations

¹La holding hospitalière peut participer à d'autres fournisseurs de prestations si cela est nécessaire pour assurer une couverture en soins appropriée.

Art. 30 / 4. Exercice des droits de participation

¹Lors de la désignation des membres des conseils d'administration des CHR, la holding hospitalière tient compte de manière appropriée des intérêts régionaux en exerçant ses droits d'actionnaire.

²Les membres des conseils d'administration ne peuvent pas faire partie de l'administration cantonale.

Art. 31 5. Indépendance dans la gestion

¹Les CHR sont responsables de leur gestion au sein de la holding.

²La holding hospitalière s'efforce de leur accorder la marge de manœuvre adéquate dans les limites fixées par le droit.

³Les CHR mettent à profit leur marge de manœuvre.

ANNEXE N° 6 : DÉCRETS APPLICABLES CONCERNANT LES OPTIONS STRATÉGIQUES

Compilation des décrets concernant les options stratégiques de l'HNE à l'horizon 2017, des 24 avril 2012, 26 mars 2013 et 3 novembre 2015.

Les options stratégiques suivantes sont applicables :

- des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de La Chaux-de-Fonds (CDF) et de Pourtalès (PRT) ;
- des Centres de diagnostic et de traitement (CDT) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et Val-de-Travers (VDT) ;
- des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT ;
- une plateforme régionale de santé est développée sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche ;
- le Centre femme-mère-enfant est définitivement localisé à PRT ;
- un Centre de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis ;
- un Centre d'oncologie est localisé sur le site de CDF et intègre un Centre de sénologie reconnu au niveau national ;
- un Centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé à CDF ;
- un Centre de chirurgie ambulatoire est créé sur le site de PRT ;
- un Centre de diagnostic et de traitement (CDT) est développé sur le site de VDT.

En outre, les options stratégiques suivantes sont suspendues :

- des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT ;
- 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.

Section 11 Critères de planification

Art. 58a Principe

- 1 La planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39, al. 1, let. *d*, LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social.
- 2 Les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications.

Art. 58b Planification des besoins en soins

- 1 Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.
- 2 Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.
- 3 Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'art. 58e afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al. 2.
- 4 Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte:
 - a. le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations;
 - b. l'accès des patients au traitement dans un délai utile;
 - c. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestation selon l'art. 58e.
- 5 Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération:
 - a. l'efficacité de la fourniture de prestations;
 - b. la justification de la qualité nécessaire;
 - c. dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies.

Art. 58c Type de planification

La planification s'effectue de la manière suivante:

- a. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aiguës, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations;
- b. pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou le traitement psychiatrique à l'hôpital, la planification est liée aux prestations ou aux capacités;
- c. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les établissements médico-sociaux, la planification est liée aux capacités.

Art. 58d Coordination intercantonale des planifications

Dans le cadre de l'obligation de coordination intercantonale des planifications, visée à l'art. 39, al. 2, de la loi, les cantons doivent notamment:

- a. exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés;
- b. coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins.

Art. 58e Listes et mandats de prestations

- 1 Les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39, al. 1, let. *e* de la loi, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58b, al. 3.
- 2 Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations.
- 3 Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. *e* de la loi. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence.