Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil
concernant
la planification sanitaire 2000 - 2003

(Du 8 septembre 2004)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

RESUME

Dans le canton de Neuchâtel, la planification sanitaire est de la compétence du Conseil d'État. Selon la loi de santé, ce dernier doit toutefois adresser tous les quatre ans un rapport sur l'état de la planification. L'objectif est de tenir le Grand Conseil informé de la conduite du processus. Les orientations de la planification sanitaire en cours de réalisation sont issues du rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil, du 25 août 1999.

Dans les institutions de soins physiques, les axes forts de la planification sanitaire consistaient à spécialiser les hôpitaux régionaux dans les suites de traitements et la réadaptation, à conserver parmi les institutions régionales un hôpital de soins aigus à Couvet (en raison de l'éloignement géographique de la population desservie), à spécialiser l'Hôpital de La Providence dans la prise en charge de certaines pathologies (de manière à le rendre complémentaire au futur NHP), et à répartir les missions entre les hôpitaux principaux. Il s'agissait d'éviter les doublons et de maîtriser les coûts. Ces objectifs ont été réalisés ou sont en cours de réalisation.

Plus spécifiquement, les services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie des hôpitaux du Locle et de La Béroche ont été fermés. Ces deux institutions accueillent aujourd'hui des patients pour suite de traitement en provenance des hôpitaux principaux. L'Hôpital du Locle est en cours de rénovation. L'Hôpital de La Chaux-de-Fonds a adapté ses structures pour accueillir les patients du Locle. Les instances dirigeantes ont établi un projet global de rénovation qui est en cours d'évaluation auprès de la cheffe du département. Les Hôpitaux Cadolles-Pourtalès assument leurs missions de centre principal. La construction du NHP se déroule selon le planning fixé et le nouvel hôpital sera inauguré au mois de mai 2005. Dès lors, l'Hôpital de Landeyeux pourra fermer ses services aigus et effectuer sa mue en hôpital de réadaptation. La Providence s'est concentrée sur les missions qui lui ont été attribuées (orthopédie élective et dialyse). Elle a partiellement réalisé son rapprochement avec le NHP. Enfin, la mission de la Chrysalide n'a pas été modifiée.

D'autre part, une étude sur la répartition des missions entre les hôpitaux principaux a été réalisée durant l'année 2003 (rapport Eggli). Les résultats de l'étude confirment le bien fondé des grandes options de la planification de 1999 et propose une répartition plus fine de certaines missions entre le NHP et l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds. La volonté actuelle du Conseil d'État est de promouvoir la création d'un Établissement hospitalier

multisite (EHM) regroupant les hôpitaux de soins physiques du canton. La mise en réseau des institutions est anticipée en utilisant chaque opportunité de créer des départements médicaux cantonaux (notamment: oncologie, imagerie médicale, pédiatrie).

Dans le secteur des institutions psychiatriques, le rapport de planification invoquait la mise en réseau des institutions et la clarification de la répartition des missions entre les hôpitaux. Il s'agissait de créer une antenne de psychogériatrie au sein de l'Hôpital du Locle afin de combler un manque de structure de ce type dans les Montagnes.

Les capacités en lits de l'Hôpital cantonal psychiatrique de Perreux et de la Maison de santé de Préfargier ont été adaptées, notamment au niveau de la répartition entre les lits LAIS et LESPA. Les missions ont été mieux spécifiées entre les deux institutions. Une unité pour adolescents a été créée à Préfargier et l'ouverture d'une antenne de psychogériatrie est inscrite dans le projet de rénovation de l'Hôpital du Locle. Par contre, l'association de gestion entre les institutions psychiatriques n'a à ce jour pas été formellement constituée.

Dans le domaine psychiatrique, on s'oriente vers une réorganisation profonde du secteur. Une étude sur les forces et les faiblesses de la psychiatrie neuchâteloise a montré une surcapacité hospitalière au détriment de l'offre ambulatoire. Il s'agit d'organiser des filières de soins intégrés afin de mettre encore davantage l'accent sur les besoins du patient. Le travail est en cours de réflexion.

Au niveau financier, il est difficile d'isoler et d'analyser avec précision les impacts financiers de la planification sanitaire. Toutefois, on estime qu'elle a permis de générer des économies structurelles de l'ordre de 7,5 millions de francs par année. Ces économies ont toutefois été largement absorbées par les augmentations de charges dues notamment aux mesures salariales demandées par le Grand Conseil, aux exigences de qualité (loi fédérale sur les produits thérapeutiques, ordonnance sur les dispositifs médicaux, etc.). Nous constatons que les économies structurelles générées par la planification sanitaire nous ont permis de financer les mesures salariales, puisque la proportion des charges salariales sur le total des dépenses est restée stable.

Le personnel de santé est bien évidemment directement concerné par la planification sanitaire, notamment au travers des impacts sur l'emploi des diverses mesures et plus généralement des conditions de travail. Le personnel touché par les mesures de restructuration a été suivi au niveau de la Convention emploi santé 21 qui a montré toute son utilité. D'autre part, une Convention collective de travail (CCT santé 21) a été signée entre les partenaires sociaux. Il en résulte que tout le personnel de santé est aujourd'hui employé sous les mêmes conditions. Le processus n'est pas terminé puisque la nouvelle échelle de fonction et la grille salariale seront introduites en 2005.

En préparation à l'assujettissement, en 2005, des médecins-assistants et des chefs de clinique à la loi sur le travail, une convention collective de travail a également été signée pour ces catégories professionnelles. Dès 2005, les médecins concernés ne pourront notamment plus effectuer plus de 50 heures par semaine. Enfin, le dossier relatif au contrat des médecins-cadres a évolué mais n'est pas abouti. Il s'agit d'harmoniser les conditions d'engagement et de rémunération des médecins-cadres et des médecins consultants employés dans les institutions subventionnées.

Le Centre d'information, de gestion et d'économie de santé (CIGES SA) a été créé. Il offre des prestations administratives centralisées à toutes les institutions de soins, mais principalement aux hôpitaux.

Dans le domaine des homes pour personnes âgées, notre canton observe l'évolution dans ce domaine avec une certaine sérénité grâce à la planification sanitaire. Pour

répondre à un besoin avéré, le Conseil d'État a décidé de promouvoir la construction d'un Home d'accueil temporaire sur le Littoral neuchâtelois. D'une manière générale, nous pouvons observer une stabilité du nombre de lits dans les homes du canton, alors que nous observons une diminution du nombre de homes simples au profit d'institutions médicalisées.

Le Conseil d'État s'est attelé à développer l'offre dans le domaine de l'aide et des soins à domicile afin de retarder le placement des bénéficiaires dans les institutions. Cette volonté bute toutefois sur la structure communale des centres de santé.

En conclusion, le processus de planification sanitaire suit son cours et les options du rapport de 1999 ont été jusqu'à aujourd'hui suivies. L'année 2005 marquera l'apogée de ce processus puisqu'elle verra la mise en exploitation du NHP. Les nouvelles orientations sont la création de l'EHM, la réorganisation de la psychiatrie, le développement de l'aide et des soins à domicile.

1. INTRODUCTION

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) demande que les cantons établissent une planification de leurs institutions. Cette compétence est donnée, selon l'article 83 alinéa 1 de la loi de santé, au Conseil d'État. Le sujet est toutefois d'importance capitale pour notre canton et le Grand Conseil ne doit pas être totalement absent du processus de planification. Le Conseil d'État avait présenté au Grand Conseil le rapport d'information du 25 août 1999 concernant la planification sanitaire (ci-après: Rapport de 1999). Son but était de définir les axes stratégiques retenus par le gouvernement et de mieux asseoir les grandes lignes de ses projets. D'autre part, il est prévu à l'article 83 alinéa 3 de la loi de santé qu'un rapport d'information sur l'état de la planification soit présenté au Grand Conseil tous les quatre ans. Conformément aux dispositions légales, nous avons donc l'honneur de vous présenter le premier rapport d'information quadriennal sur l'état d'avancement de la planification sanitaire cantonale.

Le rapport décrit le processus couvrant la période de 1999 jusqu'à la fin de l'année 2003. Le paysage sanitaire évoluant rapidement, nous avons tenu à intégrer au présent rapport les principaux éléments qui se sont déroulés durant l'année 2004, et ce jusqu'à la rédaction du présent document. Afin de mieux cerner le sujet, nous souhaitons brièvement rappeler le contexte de l'époque et les options qui avaient été retenues dans le Rapport de 1999.

Historique

Sans pour autant vouloir nous attarder dans les détails sur la genèse des événements, nous considérons important de relever les déterminants qui ont amené le Conseil d'Etat à redéfinir le système sanitaire cantonal.

Cette problématique avait déjà fait l'objet de plusieurs discussions lors des législations précédentes. Néanmoins, nous pouvons un peu arbitrairement fixer à 1997 le "coup d'envoi" du processus de la dernière planification. C'est donc à cette époque que des travaux et des réflexions de grande envergure ont démarré sur la base d'un constat sévère relatif au niveau élevé des coûts de la santé dans notre canton et à l'inadéquation de ses infrastructures hospitalières. Les conclusions des travaux ont permis de définir les nouvelles stratégies du Conseil d'Etat en matière de planification sanitaire.

A l'époque déjà, la situation financière dans le domaine de la santé était fort préoccupante, due essentiellement à un système hospitalier très cher par rapport à la moyenne des cantons comparables. Parmi les éléments qui déterminaient cette constatation, évoquons le taux d'occupation moyen des structures, trop faible du fait d'une surcapacité en lits, ainsi que la dotation excédentaire en équipements. D'autre part, l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 et de la loi de santé ont sensiblement influencé les travaux de planification sanitaire des cantons et ont introduit des exigences auxquelles il était impératif de s'adapter. Une réforme du système sanitaire était donc nécessaire et c'est dans ce contexte que des grands travaux ont pu démarrer dès 1998, impliquant les différents acteurs du terrain. De nombreux groupes ont accompagné le Conseil d'État dans sa tâche et le processus participatif a débouché sur la rédaction du Rapport présenté au Grand Conseil le 25 août 1999.

La planification sanitaire cantonale est aujourd'hui en cours de réalisation. Nous pouvons affirmer que les grandes lignes sont suivies telles que définies. Nous vous présentons donc ci-après un tour d'horizon détaillé des différents chantiers et de leur état de réalisation.

2. INSTITUTIONS DE SOINS PHYSIQUES

2.1. Rappel des objectifs de la planification sanitaire de 1999

Nous évoquons ci-après, les principes fondamentaux qui ont déterminé les orientations de la planification sanitaire de 1999.

Désenchevêtrement entre les types de prise en charge hospitalière

La particularité du système hospitalier neuchâtelois résidait dans le manque de spécialisation des institutions et la présence de nombreux doublons. Le manque de clarté quant aux mandats de prestations de chaque institution constituait un facteur important d'inefficience, générateur de coûts importants. Les hôpitaux régionaux comptaient chacun des services de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, pour un bassin de population assez faible et donc un taux d'activité trop bas. Face à cette situation, s'ajoutait également l'absence dans le réseau hospitalier de lits de suite de traitement pour les patients ne nécessitant plus de soins aigus, ainsi que de lits de réadaptation. L'objectif visé par la planification sanitaire consistait à réorganiser les structures et les missions des hôpitaux en définissant clairement les types de prise en charge. Le système hospitalier cantonal devait donc se réformer afin de permettre d'adapter l'offre de prestations aux besoins de la population, dans un souci de maîtrise des coûts. C'est dans cet esprit que le Rapport de 1999 préconisait la création d'hôpitaux A et B et notamment la modification des missions des hôpitaux du Locle, de La Béroche et de Landeyeux.

Regroupement des structures administratives

Le Conseil d'État a marqué sa volonté de centraliser les activités administratives afin de générer des économies d'échelle. La création du Centre d'Information de Gestion et d'Économie de santé (CIGES) a été voulue dans ce but. D'autre part, la multitude des institutions de soins et la diversité de leurs statuts juridiques rendaient difficile la gestion de ce secteur. Le Conseil d'Etat souhaitait ainsi le regroupement des structures administratives par la création d'associations de gestion. Le Rapport de 1999 identifiait les structures suivantes:

– Centre hospitalier des Montagnes constitué par les hôpitaux de La Chaux-de-Fonds et du Locle;

– Réseau de soins du Val-de-Travers constitué par l'Hôpital de Couvet, les services d'aide et de soins à domicile et les homes;

– Nouvel Hôpital Pourtalès-Providence (NHPP) regroupant ces deux hôpitaux.

– Centre hospitalier psychiatrique concernant l'Hôpital de Perreux et la Maison de santé de Préfargier dans un premier temps, pour intégrer par la suite la Clinique de La Rochelle.

La notion d'association de gestion a rapidement montré ses limites, tant au niveau de sa portée juridique que par son caractère peu contraignant et les regroupements cités ci-dessus ont eu des difficultés à voir le jour. Fort de ce constat, le Conseil d'État a exprimé, dans son programme de législature 2002 à 2005, sa volonté de regrouper les hôpitaux en une seule institution.

Maintien des activités de base des centres principaux du haut et du bas du canton

L'existence de deux centres principaux pour le canton, un pour les Montagnes, l'autre pour le Littoral, avec le maintien sur chaque site d'un hôpital offrant une palette complète de prestations, n'était pas remise en discussion dans le Rapport de 1999. Le centre principal du Littoral devait se constituer par ailleurs des deux hôpitaux appelés à créer l'association de gestion NHPP. Un développement des synergies entre les deux centres principaux était néanmoins souhaité, ceci afin d'améliorer l'efficience et la cohérence du dispositif. En 2002, le Conseil d'État a commandé un rapport d'expert pour définir une répartition plus fine des missions entre les hôpitaux principaux.

Concentration des plateaux médico-techniques

La concentration des activités hospitalières, notamment chirurgicales, et des plateaux médico-techniques importants sur un nombre réduit de sites constituait une priorité incontournable pour obtenir une masse critique optimale de l'activité, permettant une rationalisation des soins, une amélioration de la qualité de prise en charge et surtout une plus grande maîtrise des coûts hospitaliers. Ce processus a été rendu possible avec la reconversion des missions des hôpitaux du Locle et de La Béroche. Il sera achevé avec la fermeture du site des Cadolles et la transformation de Landeyeux en centre de réadaptation en 2005.

Centres principaux et accueil de praticiens extérieurs

Le Rapport de 1999 mentionnait que les médecins spécialistes travaillant dans les hôpitaux dont les missions étaient appelées à changer, devaient pouvoir accéder aux hôpitaux principaux. Cette volonté a également été appliquée pour les collaborateurs hospitaliers (personnel soignant, technique, d'exploitation, etc.), dont les dispositions de réengagement ont été définies par les partenaires sociaux sous l'impulsion du Département de la justice, de la santé et de la sécurité (DJSS) dans la convention emplois santé 21, ratifiée par le Conseil d'État. Par l'intermédiaire des autorités hospitalières et/ou par des démarches individuelles, les médecins-cadres ont pu trouver des solutions professionnelles au sein du système hospitalier cantonal.

Mise en place de réseaux

La volonté d'alors était de construire un système de santé plus équilibré, mieux intégré, axé sur le travail en réseau et la complémentarité de toutes les institutions, à savoir les hôpitaux, les services d'aide et de soins à domicile ainsi que les homes pour personnes âgées. L'amélioration à la fois de la collaboration entre ces partenaires et de l'articulation des activités respectives était indispensable pour atteindre l'objectif visé.

En conclusion, les axes forts de la planification sanitaire dans les hôpitaux de soins physiques consistaient, pour éviter les doublons et maîtriser les coûts, à spécialiser les hôpitaux régionaux dans les suites de traitements et la réadaptation, à conserver parmi les institutions régionales un hôpital de soins aigus à Couvet, en raison de l'éloignement géographique de la population desservie, à spécialiser l'Hôpital de La Providence dans la prise en charge de certaines pathologies, de manière à le rendre complémentaire au futur NHP, et à répartir les missions entre les hôpitaux principaux. Ces objectifs ont été réalisés ou sont en cours de réalisation.

2.2. Travaux réalisés

2.2.1. Hôpital du Locle

L'Hôpital du Locle a subi de profondes mutations, voyant se fermer le service de gynécologie-obstétrique en juin 1999 et le service de chirurgie en décembre 2000. Pour mémoire, rappelons les missions prévues pour l'Hôpital du Locle: 60 lits dont 30 lits B de soins physiques (médecine de base et réadaptation de base) et 30 lits de psychiatrie gériatrie (antenne de Perreux) ainsi que la policlinique régionale.

Fermetures des services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie

Si dans les faits, la fermeture de la maternité avait été déjà réalisée au moment de la discussion du Rapport de 1999, le calendrier pour la cessation de l'activité du service de chirurgie n'était pas encore défini. En effet, il était prévu dans un premier temps de redimensionner ce service, en limitant notamment son activité et en supprimant la prise en charge des urgences chirurgicales de nuit et de week-end. L'offre de prestations devait se concentrer sur des interventions électives pouvant être réalisées en unité de semaine. Compte tenu des changements annoncés dans le cadre de la future répartition des missions, le transfert de l'ensemble de l'activité chirurgicale de l'Hôpital du Locle vers le site de La Chaux-de-Fonds a été réalisé à fin 2000.

La restructuration n'a pas été sans effets sur les collaborateurs de l'institution. Grâce à l'étroite collaboration entre les deux institutions, une partie du personnel du service de chirurgie du Locle a pu retrouver un poste de travail à La Chaux-de-Fonds, tandis que d'autres collaborateurs ont trouvé un emploi dans des institutions socio-sanitaires du canton.

Dans la phase transitoire entre les fermetures précitées et les travaux de rénovations, l'organisation suivante a été mise en place à l'Hôpital du Locle: ouverture de la policlinique de 8h à 18h les jours ouvrables pour les urgences "debout", accueil des suites de traitements de La Chaux-de-Fonds (unité de médecine – lits B) ainsi que des patients âgés souffrant de troubles psychiatriques dès avril 2001 (centre de jour sous la responsabilité médicale de Perreux, prémices de l'antenne de psychiatrie gériatrique).

Travaux de rénovation

Selon le planning prévu, l'avant-projet portant sur la création d'une antenne de psychiatrie gériatrique ainsi que sur la transformation du bâtiment du Locle, afin de l'adapter à ses nouvelles missions, a été mené à bien en juin 2000. Il a servi de base pour le projet définitif.

Le 7 juillet 2003, le Conseil d'Etat a accepté de reconnaître les charges financières découlant du budget d'investissements de la Fondation de l'Hôpital du Locle de 18,9 millions de francs pour la rénovation des bâtiments. Les travaux ont démarré le 4 août 2003 et s'étaleront sur deux ans. Il est à noter que 6 millions de francs prévus pour l'antenne de psychiatrie gériatrique représentent en réalité le montant économisé sur le site de Perreux, suite à l'abandon de la rénovation d'un des pavillons, vu la décision de créer une antenne au Locle.

Conclusions

La mutation de l'Hôpital du Locle se déroule conformément à la planification sanitaire. Le processus sera terminé en 2005 lors de l'inauguration de bâtiments rénovés.

2.2.2. Hôpital de La Chaux-de-Fonds

L'Hôpital de La Chaux-de-Fonds a peu été touché par la planification sanitaire, conservant son statut de Centre hospitalier principal. Trois missions cantonales lui ont été attribuées: radiothérapie, médecine nucléaire et rhumatologie.

Accueil des patients de l'Hôpital du Locle

L'Hôpital de La Chaux-de-Fonds a dû adapter ses structures et ses capacités afin d'accueillir les patients des services de chirurgie et de maternité de l'Hôpital du Locle.

Projet global de rénovation

Le Rapport de 1999 mentionnait qu'un nouveau concept était à l'étude au sein de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds afin d'optimiser le déroulement des divers travaux de mise à niveau de certaines infrastructures vétustes et de permettre l'approbation d'un projet complet par les autorités communales. Le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital, construit par étapes successives en 1898, 1966 et 1991, n'étaient plus adéquats. Certaines installations n'étaient pas conformes et de nombreuses carences aux niveaux structurel et technique avaient été relevées. Dès lors, la remise à niveau de l'ensemble du complexe immobilier et du plateau technique devenait indispensable.

Dans ce cadre, deux études préliminaires ont été menées. La première, portant sur l'aspect énergétique du bâtiment avait débouché à mi-2000 sur deux rapports "Assainissement des installations techniques" et "Assainissement et amélioration thermique des façades de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds", dont le coût estimatif s'élevait à environ 12 millions de francs au total (fenêtres-façades 9,2 millions de francs, chaufferie 3,1 millions de francs). A ce jour, seuls les travaux de réfection des fenêtres-façades et de la chaufferie ont fait l'objet d'accords définitifs et ont pu démarrer. Pour le reste, une étude complémentaire a été demandée afin de mieux évaluer les possibilités d'intégration du projet architectural dans les murs de l'hôpital et de définir le processus d'exécution des travaux afin de garantir au mieux le confort des patients.

Un nouveau rapport a été livré en mai 2004, se basant d'une part sur la mise à niveau du plateau technique, la réhabilitation de certains services ainsi que l'assainissement et la restructuration des unités de soins (avec création de nouvelles chambres pour patients) et d'autre part également sur la recomposition des secteurs, des réseaux circulatoires et des accès. Le planning prévu en cinq étapes est échelonné sur onze années. Cette nouvelle proposition doit encore faire l'objet d'une analyse au sein du DJSS. Sa réalisation dépend également de la mise en œuvre de l'EHM car il importe que l'offre des soins aigus soit organisée de manière optimale entre les centres principaux et que l'infrastructure soit évidemment en adéquation avec les missions à remplir. Si l'EHM devait ne pas voir le jour, le Conseil d'État ne pourrait garantir la cohérence de la prise en charge en réseau et devrait chercher d'autres solutions pour contenir les coûts globaux des hospitalisations dans le canton. Nul doute que les variantes du rapport du Dr. Eggli devraient alors être réexaminées.

Acquisition d'un accélérateur linaire (linac)

En mars 2003, l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds a déposé une demande de remplacement de l'appareil de télécobaltothérapie, dont la source de cobalt-60 arrivait en fin de vie, par un accélérateur linéaire (linac). Il faut rappeler que la radiothérapie reste un élément central du traitement non chirurgical des cancers et que le nombre de cas, notamment lié au vieillissement de la population, a tendance à augmenter. D'autre part, il est à relever l'excellente réputation du service de radio-oncologie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds qui mérite d'être soutenu.

Sur la base du préavis positif de la commission "clause du besoin pour les équipements lourds" et du Conseil de santé, en octobre 2003 le Conseil d'Etat a accordé à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds un crédit de 2,5 millions de francs pour le remplacement demandé.

Conclusion

L'adaptation de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds se déroule conformément à la planification sanitaire. Il s'agit aujourd'hui de valider la pertinence du projet global de rénovation.

2.2.3. Hôpitaux Cadolles-Pourtalès

Au niveau des missions, les Hôpitaux Cadolles-Pourtalès sont confirmés dans leur rôle de Centre hospitalier principal. La compétence particulière qu'ils ont développé en matière de néonatologie leur est reconnue en tant que mission cantonale.

Les aspects structurels par contre vont considérablement changer de par la construction du Nouvel Hôpital Pourtalès. Dès 2005, toute l'activité sera centralisée dans ce nouveau site et le site des Cadolles pourra être désaffecté. La principale mutation des hôpitaux de la ville de Neuchâtel s'articule autour de la construction du NHP.

Avancement des travaux de construction du NHP

Les travaux de construction du Nouvel Hôpital Pourtalès se déroulent selon le planning fixé. Le premier corps de bâtiment a été achevé et inauguré en 2001. Il comprend les salles d'opération, le service de pédiatrie et trois unités de soins de médecine interne. Ces services ont déjà déménagé progressivement des Cadolles dans ce nouvel immeuble. Le parking souterrain est également terminé et fonctionnel. Les deux derniers

corps de bâtiment sont en cours de finition alors que les transformations de l'hôpital originel ont débuté et nécessité le déplacement de la zone d'accueil.

Le délai fixé au mois de mai 2005 pour l'inauguration devrait donc être tenu. Une des étapes critiques consiste à gérer le transfert progressif des patients, du personnel et du matériel du site du haut de la ville vers le NHP, sachant que tout doit être opérationnel sans délai dans un hôpital, preuve en est le récent déménagement réussi de l'équipe de cuisine dans ses nouveaux locaux. Dès que les bâtiments des Cadolles seront libérés, la ville de Neuchâtel pourra disposer des bâtiments vidés et préparer le site à sa nouvelle affectation.

Tenant compte de la planification sanitaire, le NHP a dû renoncer à réaliser une piscine de réadaptation, cet élément thérapeutique étant dévolu à l'Hôpital de Landeyeux.

Au niveau financier, selon les informations fournies, le budget alloué de 145 millions de francs (moins le montant pour la piscine), sera tenu.

Fermeture d'une unité de chirurgie et transformation d'une unité de médecine

Réagissant aux mesures d'économies demandées par le DJSS et anticipant la réalisation de la planification sanitaire, les hôpitaux de la ville ont engagé début 2003 plusieurs actions. Il s'agit notamment de la fermeture d'une unité de chirurgie générale et de la transformation d'une unité de médecine en unité de semaine.

Acquisition d'une IRM (imagerie par résonance magnétique)

En février 2003, la ville de Neuchâtel a présenté une demande d'acquisition d'une IRM pour les Hôpitaux Cadolles-Pourtalès. Il faut se rappeler qu'une telle demande avait déjà été refusée par le Conseil d'État au début des années 1990 en raison de l'existence, dans le canton, de deux IRM dans des institutions privées.

La demande a été justifiée par la nécessité de doter les hôpitaux publics de cette technologie et également par l'opportunité de profiter de la construction du site du NHP pour préparer l'installation d'un tel appareil. L'IRM est aujourd'hui considérée comme une méthode diagnostique indispensable dans de nombreuses maladies et son emploi est entré dans la routine. L'examen IRM permet d'éviter le recours à des analyses invasives ce qui est notamment utile dans le domaine des pathologies cardiaques. L'intérêt de l'IRM dans l'arsenal diagnostique ne se discute pas. Les indications médicales justifiant le recours à un examen par résonance magnétique augmentent fortement, cette méthode supplantant progressivement d'autres techniques radiologiques grâce à des radiations moindres et de meilleures performances. Les effets secondaires de l'IRM sont rares et les contre-indications concernent une fraction de la population bien délimitée.

La demande d'acquisition d'une IRM a été évaluée par les services de l'État et soumise respectivement à la commission de la clause du besoin et au Conseil de santé. La nécessité de disposer dans les hôpitaux publics d'une IRM a été étayée, notamment en ce qui concerne la qualité et la précision des diagnostics posés à l'aide d'un tel appareil. Un argument important a trait également à l'attractivité de nos institutions pour certains collaborateurs et collaboratrices. En effet, sans IRM, les hôpitaux assistent à une hémorragie de personnel spécialisé (radiologues et techniciens). D'autre part, il a été démontré qu'il était possible de réduire au minimum les coûts d'exploitation.

Fort des préavis positifs des instances consultatives précitées, le Conseil d'Etat a accordé, en octobre 2003 aux hôpitaux Cadolles-Pourtalès, un crédit de 1,65 millions de francs pour l'acquisition d'une IRM, à la condition expresse de créer une entité cantonale

réunissant les deux pools actuels de radiologie, afin d'assurer l'accès à cette nouvelle technologie à l'ensemble de la population et garantir la formation et le recrutement de personnel de haut niveau. Le département cantonal aura aussi pour tâche d'établir un budget consolidé. Par ailleurs, les exigences suivantes ont été fixées: réduction, dès 2004, de l'enveloppe annuelle d'investissements de 300.000 francs durant 3 ans, pas de dotation supplémentaire en personnel pour faire fonctionner l'appareillage, pas de facturation durant la période de neutralité des coûts Tarmed.

Conclusion

Les Hôpitaux Cadolles-Pourtalès n'ont pas encore effectué leur mutation. Cette dernière se déroulera conformément à la planification sanitaire dans le courant de l'année 2005.

2.2.4. Hôpital de La Providence

L'Hôpital de La Providence s'est vu attribuer les missions suivantes: 80 lits A avec les missions de médecine interne et spécialités, orthopédie élective, ophtalmologie et centre de chirurgie ambulatoire. La mission cantonale d'hémodialyse lui a été confiée.

Dans le cadre de la création du Département de chirurgie intégré entre les deux hôpitaux aigus du littoral, l'Hôpital de La Providence a accueilli les cas d'orthopédie et les chirurgiens orthopédistes des Hôpitaux Cadolles-Pourtalès. D'autre part, suite à la fermeture du service de chirurgie de l'Hôpital de La Béroche, les cas d'orthopédie et certains médecins opérateurs ont été accueillis à La Providence dès la fin de l'année 2002. Afin d'éviter un surcroît d'activité, cette augmentation du nombre d'hospitalisations devait être compensée par un transfert de cas de chirurgie générale et de médecine vers les Hôpitaux Cadolles-Pourtalès ainsi qu'un transfert des patients à La Béroche pour les suites de traitements.

Conclusion

L'Hôpital de La Providence a repris l'activité d'orthopédie élective conformément à la planification sanitaire.

2.2.5. Collaborations entre les Hôpitaux Cadolles-Pourtalès et La Providence

Le Rapport de 1999 préconisait la mise en place progressive et l'intensification des collaborations entre les Hôpitaux Cadolles-Pourtalès et La Providence dans le but de former à terme une association de gestion NHPP. Il n'est en effet pas réaliste de penser qu'on puisse maintenir deux hôpitaux distants de seulement quelques centaines de mètres avec une offre superposée de soins créant ainsi de nombreux doublons. Une des premières étapes, d'ailleurs déjà annoncée en 1999, consistait à regrouper l'accueil des urgences aux Cadolles par la création du "Centre médico-chirurgical des urgences" (CMCU) pour le bas du canton, opérationnel depuis octobre 1999.

Un deuxième pas dans cette direction a été franchi avec la création du Département de chirurgie intégré (DCI) officialisé par le protocole d'accord avalisant le regroupement des services de chirurgie de chaque établissement, signé le 24 mai 2002 par les représentants des autorités des deux hôpitaux. Après des travaux préliminaires conduits par les médecins-chefs concernés, le DJSS a constitué en septembre 2001 un groupe de travail placé sous l'égide du service cantonal de la santé publique. Composé des médecins-chefs des services de chirurgie, ce groupe a remis à fin décembre 2001 un document réglant l'organisation, la responsabilité globale et le fonctionnement du

nouveau département, document qui avait été préalablement avalisé par les collèges des médecins des deux institutions.

Dans le cadre du DCI, l'activité d'orthopédie élective ainsi que la chirurgie de court séjour sont accueillies à l'Hôpital de La Providence, tandis que les activités chirurgicales générales lourdes ou urgentes pouvant nécessiter des soins intensifs, la traumatologie osseuse ainsi que la chirurgie cervico-faciale, ORL et pédiatrique s'effectuent quant à elles au NHP. La création de ce département répond à la nécessité d'éviter les doublons et d'atteindre une masse critique de cas dans les différentes disciplines chirurgicales. Un autre objectif consiste à améliorer l'organisation de la formation des médecins-assistants et chefs de clinique, ainsi que la rationalisation de l'utilisation des blocs opératoires.

Force est toutefois de constater qu'on est encore loin d'une conduite intégrée et qu'il subsiste de nombreuses entraves à une collaboration en toute transparence.

Enfin, les travaux devant conclure à la création du Département de médecine unifié sont actuellement en cours, même si plusieurs services fonctionnent d'ores et déjà en commun entre les deux hôpitaux. Outre le CMCU déjà évoqué, nous pouvons citer entre-autres l'hôpital de nuit, l'unité d'épidémiologie hospitalière et de contrôle des infections ainsi que l'unité de médecine du personnel. La création d'une consultation hospitalière de neurologie au NHP a pu être récemment étendue à l'Hôpital de La Providence.

2.2.6. Hôpital de La Béroche

L'Hôpital de la Béroche a subi de profondes mutations, voyant fermer ses services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie pour devenir un Centre de soins et de réadaptation. Pour mémoire, rappelons les missions prévues pour l'Hôpital de La Béroche: 40 lits B (médecine de base et réadaptation) et policlinique régionale. Les missions spécifiques sont l'alcoologie, les soins palliatifs de courte durée, la gestion de la douleur et la médecine psychosomatique. D'autre part, il s'est vu confier le rôle d'initiateur et de pivot d'un réseau de santé régional incluant notamment les homes, la Fondation pour un centre de santé régional de La Béroche et les prestataires privés (médecins) afin de créer une unité sanitaire régionale.

Fermetures des services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie

Pour opérer ce changement d'orientation, la fermeture de la maternité et du service de chirurgie est intervenue le 1er février 2000, respectivement le 31 décembre 2002. Les activités ont été transférées aux Hôpitaux Cadolles-Pourtalès, à l'Hôpital de La Providence et dans une moindre mesure à l'Hôpital de Landeyeux ainsi qu'à l'Hôpital du Val-de-Travers. La modification de la structure des lits s'est opérée en parallèle. Si, à moyen terme, l'unité de réadaptation est destinée à accueillir des patients en provenance des hôpitaux de soins aigus, elle déleste pour l'heure principalement l'Hôpital de La Providence et son activité orthopédique élective.

Les collaborateurs touchés par la restructuration ont été accompagnés par la direction de l'hôpital et par la convention emploi santé 21. Une solution a pu être trouvée pour chacun.

Missions cantonales

L'Hôpital de La Béroche a rendu en novembre 2002 un rapport présentant sa vision globale et ses perspectives d'avenir. Sa position de pivot d'un système de santé régional de proximité y est développée et s'intègre parfaitement dans la volonté de la planification

sanitaire. Un projet de création d'un réseau de santé avec les médecins libéraux et les autres institutions de soins est en cours d'élaboration. Enfin, un rapport sur la création d'un centre d'antalgie neuchâtelois a également été transmis au service cantonal de la santé publique dans le premier semestre 2004 et est en cours d'évaluation.

Conclusion

La mutation de l'Hôpital de La Béroche se déroule conformément à la planification sanitaire. Les principaux changements structurels ont été réalisés et l'institution travaille actuellement à asseoir ses missions cantonales.

2.2.7. Hôpital du Val-de-Ruz (Landeyeux)

Le rapport de 1999 attribuait à Landeyeux les missions suivantes: 40 lits B (médecine de base et réadaptation de base plus) et policlinique régionale. Il était donc prévu, qu'à l'instar des Hôpitaux de La Béroche et du Locle, les services de maternité et de chirurgie devaient être supprimés. L'institution a en outre été chargée de développer un Centre cantonal de réadaptation de base plus. Dans sa nouvelle mission, l'Hôpital de Landeyeux était également appelé à développer les collaborations spécifiques avec le Centre hospitalier principal des Montagnes dans le domaine de la rhumatologie et à accueillir les transferts en lits B provenant des Montagnes comme du Littoral.

Fermetures des services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie

La fermeture des services concernés ne pouvant être réalisée que lorsque le NHP sera apte à prendre les patients de Landeyeux, l'Hôpital de Landeyeux conserve ses missions initiales jusqu'au milieu de l'année 2005.

Projet de création d'un centre de réadaptation – médecine - policlinique

L'Hôpital de Landeyeux a réalisé plusieurs études pour répondre aux directives de la planification. Après des demandes de compléments d'information, notamment en ce qui concerne la nécessité de disposer d'un plan financier, un projet final a été déposé au début de l'été 2004 auprès de la cheffe du DJSS. Il prévoit la création d'une unité de 20 lits de réadaptation plus et de 20 lits de médecine. A l'avenir, l'Hôpital sera à même d'accueillir des cas de rééducation orthopédique lourds et de rééducation neurologique qui sont actuellement traités hors canton.

Au niveau architectural, il s'agit de transformer les bâtiments pour accueillir les locaux de traitements, de réaménager les chambres et de construire une piscine. Le Conseil d'État a donné son feu vert sur le principe et pour un investissement de 9,3 millions de francs. Comme les travaux devraient durer jusqu'en 2006 et que les services aigus seront fermés en 2005, il s'agira dans l'intérim d'offrir une trentaine de lits B.

Pétition

Une pétition, munie de plus de 2200 signatures, visant le maintien de l'Hôpital de Landeyeux dans ses missions actuelles a été déposée auprès de la cheffe du DJSS. Soumise au Conseil de santé, la pétition a été rejetée à l'unanimité des membres présents qui ont réaffirmé leur soutien à la planification sanitaire. Le Conseil d'État a maintenu sa position et a répondu négativement aux pétitionnaires.

Conclusion

La mutation de l'Hôpital de Landeyeux n'a pas encore débuté. Le projet de création d'un centre de réadaptation a été accepté dernièrement par le Conseil d'État et les travaux de rénovation et de construction d'une piscine peuvent débuter. Les services de maternité et de chirurgie seront fermés comme prévu dans le courant de l'année 2005.

2.2.8. Hôpital du Val-de-Travers (Couvet)

Le rapport de 1999 permettait à l'Hôpital du Val-de-Travers de conserver son statut d'hôpital aigu. Il se voyait attribuer 45 lits dont 25 lits A (chirurgie de base, gynécologie et obstétrique) et 20 lits B (médecine de base). De plus, l'institution devait abriter le Centre d'urgence et SMUR ainsi qu'un Centre chirurgical ambulatoire. Les changements étaient limités et l'aménagement des lits a été réalisé rapidement.

Conclusion

L'Hôpital de Couvet s'est adapté conformément à la planification sanitaire.

2.2.9. Centre de soins palliatifs La Chrysalide

Aucun changement significatif n'a été demandé au niveau de l'organisation ou des structures de cette institution dans le rapport de planification d'août 1999.

2.2.10. Associations de gestion

Il était prévu dans le Rapport 1999, que les hôpitaux créent formellement des associations de gestion dans le but avoué d'institutionnaliser les collaborations.

Centre hospitalier des Montagnes

Les hôpitaux de La Chaux-de-Fonds et du Locle étaient appelés à former une association de gestion hospitalière afin de devenir le Centre hospitalier des Montagnes, hôpital sur deux sites. La collaboration entre les deux institutions a été très fructueuse dès le début, mais les accords n'ont pas encore été formalisés.

Centre hospitalier NHPP

Le Nouvel Hôpital Pourtalès et l'Hôpital de La Providence étaient chargés de former le Centre hospitalier NHPP, Centre hospitalier principal sur deux sites. Les autorités des deux institutions ont créé et formalisé le Centre médico-chirurgical des urgences (CMCU), le Département de chirurgie intégré (DCI) et ont posé les bases d'un Département de médecine intégré. Néanmoins, là également l'association de gestion souhaitée n'a pas vu le jour.

Réseau de soins du Val-de-Travers

En collaboration avec le Home des Sugits ainsi que la Fondation d'aide et des soins à domicile du Val-de-Travers, l'Hôpital du Val-de-Travers devait créer une association de

gestion pour devenir le Réseau de soins du Val-de-Travers. Les collaborations avec le home sont formalisées puisque ce dernier appartient à la même fondation et les soins à domicile partagent les mêmes bâtiments que l'hôpital. Néanmoins, l'association de gestion n'a aujourd'hui pas vu le jour.

Perspectives d'avenir

Aujourd'hui, la notion d'association de gestion est éclipsée au profit du projet de création de l'EHM. Une étude menée par l'Institut du droit de la santé (IDS) a démontré les nombreuses difficultés liées à la création de telles associations entre partenaires n'ayant pas le même statut juridique, notamment pour contracter. En effet, cela est d'autant plus vrai que l'on vise des conventions ayant un caractère contraignant et non seulement des déclarations d'intention. L'association de gestion ne permet ainsi pas un pilotage efficace et rapide. Les rapprochements n'ont donc pas été poussés plus avant dans la forme et les hôpitaux poursuivent, avec plus ou moins de succès, leur collaboration.

2.3. Nouvelles orientations

Comme annoncé dans le programme de législature 2002-2005, le Conseil d'Etat a privilégié la création d'un EHM, afin notamment de pouvoir faire face aux nouvelles exigences techniques et financières sans entraver la mission de base de couverture des soins des hôpitaux du canton.

D'autre part, comme prévu dans le rapport de planification, nous avons voulu évaluer les possibilités d'affiner la répartition des missions entre les hôpitaux principaux. A cette fin, un mandat a été donné pour étudier cette question et nous avons profité de cette analyse pour évaluer la pertinence des options retenues dans le Rapport de 1999.

2.3.1. Établissement hospitalier multisite

Le projet de création d'un Établissement hospitalier multisite de droit public pour les soins physiques a été préparé dès l'automne 2002. Suite à une consultation organisée durant l'été 2003 sur un premier rapport, un groupe de travail, composé de délégués des hôpitaux concernés et de représentants de l'État, a été chargé d'élaborer un rapport définitif et un projet de loi.

Ce projet est aujourd'hui finalisé. Nous ne jugeons toutefois pas utile de développer en détail ni la démarche ni le concept étant donné que le rapport et le projet de loi sur l'EHM sont présentés conjointement au présent rapport sur la planification.

Pour plus d'informations, nous nous permettons donc de vous renvoyer aux dossiers mentionnés.

2.3.2. Répartition des missions (rapport Eggli)

Comme nous l'avons rappelé au début de ce rapport, la planification de 1999 prévoyait notamment une meilleure répartition des missions entre les hôpitaux principaux, ceci afin d'améliorer la filière de prise en charge des patients dans le réseau et d'éviter, dans la mesure du possible, des doublons.

Pour affiner les démarches déjà entreprises à ce sujet, un expert externe au système de santé neuchâtelois, le Dr Yves Eggli, a été approché en 2003 sur demande de la cheffe du DJSS. Le mandat avait pour but de s'assurer de la validité des options de la

planification sanitaire et de proposer différents scénarii de répartition des missions entre les hôpitaux de soins aigus somatiques du canton de Neuchâtel ainsi que d'en évaluer les impacts potentiels sur la sécurité, la qualité et les coûts des soins. Cette démarche s'inscrivait donc dans la continuité de la planification de 1999, mais aussi dans la perspective de la création d'un établissement hospitalier multisite. Les axes principaux du mandat étaient de garantir une sécurité des soins, de maintenir un accès aux soins à la population neuchâteloise, de créer une organisation efficiente tout en tenant compte des sites et de leur importance relative permettant d'assurer la qualité de la prise en charge ainsi que la capacité des hôpitaux de s'adapter aux progrès médicaux.

Le mandataire a calculé la capacité en lits nécessaire à partir des données de la statistique médicale principalement. Il a pu tenir compte des hospitalisations évitables, de la promotion systématique de la semi-hospitalisation, de la réduction des durées de séjour et de la question des patients "hors canton".

Plusieurs scenarii de répartition des missions ont été évalués, dont les plus extrêmes proposent la spécialisation d'un site principal sur les cas de médecine, alors que l'autre site pratiquerait uniquement la chirurgie, ou vont même jusqu'à la fermeture des sites actuels pour créer un seul hôpital sur un site unique. Des scénarii intermédiaires, comme une répartition de certaines sous-spécialités chirurgicales entre les hôpitaux ou la centralisation des cas "lourds" sur un site, ont été évalués.

Conclusions du mandataire

Tout d'abord, trois secteurs dans lesquels la sécurité des patients étaient en jeu ont fait l'objet d'une attention particulière, soit les services des soins intensifs et de pédiatrie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds ainsi que la maternité de l'Hôpital du Val-de-Travers. Le mandataire a estimé que grâce à des mesures organisationnelles très strictes et des personnes très engagées, les hôpitaux des villes ont mis sur pied deux services de soins intensifs performants et efficients. D'autre part, il observe que les services de pédiatrie des deux centres principaux développent chacun une trop faible activité. Il est donc proposé de créer un département cantonal de pédiatrie et de transférer les lits du service de pédiatrie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds au NHP. Enfin, il a conclu qu'il n'y a pas d'éléments objectifs exigeant la fermeture de la maternité de l'Hôpital du Val-de-Travers. La sécurité est assurée grâce à des éléments organisationnels (sélection des patients et transferts in utéro) et la disponibilité particulière du personnel. Les coûts des accouchements n'y sont pas supérieurs à ceux observables dans les autres institutions. Le mandataire en recommande le maintien aux conditions suivantes: la direction hospitalière s'engage à assurer un prix de revient dans la norme et à garantir des conditions de sécurité optimales.

Au niveau de la répartition des missions entre les hôpitaux, l'expert a constaté que la planification sanitaire de 1999 était cohérente dans son ensemble et qu'il n'y avait pas lieu de la remettre fondamentalement en question. Il préconise toutefois une meilleure répartition de certaines sous-spécialités qui touchent essentiellement les hôpitaux principaux selon le plan suivant:

Hôpitaux	Missions
La Chaux-de-Fonds	Missions de base inchangées par rapport à la planification de 1999, et plus spécifiquement: Radio-oncologie Médecine nucléaire Oncologie (mission décentralisée sur plusieurs sites) Sénologie Chirurgie plastique Chirurgie assistée de la base du crâne et des sinus
Nouvel Hôpital Pourtalès	Missions de base inchangées par rapport à la planification de 1999, et plus spécifiquement: Néonatologie Pédiatrie et chirurgie pédiatrique (suivi des nouveau-nés et pédiatrie ambulatoire décentralisée sur plusieurs sites) Médecine nucléaire Chirurgie du rachis Neurologie (mission décentralisée sur plusieurs sites) Pneumologie (mission décentralisée sur plusieurs sites)
La Providence	Inchangées par rapport à la planification de 1999
Landeyeux	Inchangées par rapport à la planification de 1999
Couvet	Inchangées par rapport à la planification de 1999 (sous réserve des conditions de sécurité relatives à la maternité)
La Béroche	Inchangées par rapport à la planification de 1999
Le Locle	Inchangées par rapport à la planification de 1999
La Chrysalide	Inchangées par rapport à la planification de 1999

Le Conseil d'Etat s'est réjoui de pouvoir poursuivre dans les options choisies en 1999 et a repris les recommandations exprimées par le mandataire.

2.3.3. Départements médicaux cantonaux

La création de l'EHM donne la possibilité de créer des départements médicaux cantonaux permettant ainsi de créer des synergies sur plusieurs sites. Ce nouveau mode de fonctionnement est essentiel pour améliorer l'efficience et la qualité de notre système hospitalier. Toutefois, une organisation de ce type ne peut se décréter. Elle nécessite la volonté de tous les partenaires de réunir leurs ressources en toute transparence, et l'abandon d'un fonctionnement autonome. Cela entraîne des changements profonds dans le fonctionnement des institutions.

Le Conseil d'État a décidé de ne pas attendre la mise en œuvre de l'EHM pour initier la création de départements cantonaux. Plusieurs mandats allant dans ce sens ont été donnés aux hôpitaux en fonction des opportunités (achats d'appareils particuliers, nominations de médecins-chefs).

Département cantonal d'oncologie

Dans l'optique d'une meilleure répartition des missions entre les hôpitaux principaux et d'une organisation cantonale des services médicaux, le Conseil d'État a demandé la création d'un département cantonal d'oncologie. Déjà chargé des missions cantonales de radiothérapie et de médecine nucléaire, l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds était le mieux placé pour accueillir un tel département. Dans cette perspective, cet hôpital pourrait

concentrer les investigations visant à déterminer une éventuelle extension ganglionnaire de cancers du sein dans une unité de sénologie.

Par ailleurs, la majorité des traitements de chimiothérapie devrait être effectuée sur un mode ambulatoire sur les différents sites hospitaliers, tout comme la majorité des hospitalisations de patients atteints d'un cancer, souvent en fin de vie ou dont les complications relèvent de la médecine interne. Il semble donc indispensable d'offrir une prise en charge oncologique sur plusieurs sites. Un médecin-chef responsable du nouveau département d'oncologie multisite a ainsi le mandat d'organiser les soins et la prise en charge des patients au niveau cantonal.

Unité cantonale d'imagerie médicale

Le secteur de la radiologie et de l'imagerie médicale est extrêmement "gourmand" en technologie et en investissements lourds. Il est donc essentiel de regrouper les forces afin d'éviter de coûteux doublons.

Le Conseil d'État a chargé les hôpitaux principaux de créer une unité cantonale d'imagerie médicale en réunissant les forces actuellement dispersées dans les hôpitaux. L'autorisation donnée aux Hôpitaux de la ville de Neuchâtel d'acquérir une IRM a été conditionnée à l'existence de cette unité dans laquelle les deux pools de radiologues doivent être intégrés.

Département cantonal de pédiatrie

Des dysfonctionnements du service de pédiatrie de La Chaux-de-Fonds qui ont été annoncés respectivement par les médecins-cadres du service concerné et par la direction de cet établissement, ont incité le Conseil d'État à réagir. Les problèmes s'identifient notamment par la taille réduite du service.

Se basant sur les conclusions du Rapport Eggli, le Conseil d'État a demandé aux hôpitaux principaux de mettre en commun leurs deux services et de créer un département cantonal de pédiatrie. Les nombreuses réactions émotionnelles, y compris au niveau politique, démontrent, si besoin est, la sensibilité extrême que suscite tout projet de changement. Ceux-ci sont en effet souvent ressentis comme une perte, alors que seule la garantie d'une prise en charge optimale des patients est visée. On s'achemine aujourd'hui vers un compromis qui n'hypothèque pas d'éventuelles autres solutions à futur et qui garantit une prise en charge sécurisée des patients.

3. INSTITUTIONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

3.1. Rappel des objectifs de la planification sanitaire de 1999

La redéfinition des missions hospitalières, lits A et B, prévue dans le secteur des soins physiques ne peut pas se transposer dans le secteur psychiatrique au vu de la typologie de prise en charge de ces patients, qui est caractérisée notamment par des durées de séjour plus longues. Le Rapport de 1999 souhaitait tout de même que des réflexions approfondies soient conduites à ce propos.

Le dispositif prévu dans le Rapport de 1999, et partiellement évoqué plus haut, était axé sur la mise en réseau des institutions de soins psychiques. Il prévoyait notamment la création d'une association de gestion comprenant deux sites principaux (Perreux et

Préfargier) ainsi que l'ouverture d'une antenne de psychogériatrie au Locle. Il était également prévu que la Clinique La Rochelle devait, à terme, rejoindre l'association de gestion.

Dans le cadre de cette démarche, le réseau psychiatrique hospitalier était appelé à clarifier la répartition des missions sur les deux sites. Nous illustrerons ci-après les principaux éléments qui ont été réalisés.

3.2. Travaux réalisés

3.2.1. Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux

Nous nous concentrerons ci-après sur les éléments propres à l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux. La répartition des missions, la création d'une association de gestion avec les autres institutions et la mise en œuvre d'une antenne de psychogériatrie au Locle font l'objet de chapitres particuliers.

Capacité en lits

L'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux s'est adapté aux conditions-cadres données par la planification sanitaire. Il exploite actuellement (chiffres 2003) 150 lits de psychiatrie hospitalière (LAIS) et 77 lits de type médico-social psychiatrique (LESPA).

Organisation de Perreux

Parmi les institutions de soins dépendantes du département de la santé, l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux a la singularité de ne pas être autonome au point de vue juridique. Ce statut de service de l'État crée des difficultés particulières sur les plans juridique et organisationnel et n'est plus adapté aux conditions-cadres actuelles qui demandent aux institutions davantage d'indépendance, de flexibilité et de responsabilités.

Il s'agit donc d'accorder à Perreux davantage d'indépendance et, à terme, de lui donner un statut juridique propre. Dans ce contexte, le 7 juillet 2003, le Conseil d'Etat a promulgué deux arrêtés. Le premier porte modification du règlement d'organisation du DJSS en stipulant que les relations entre le département et l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux sont dorénavant assurées par l'intermédiaire du service cantonal de la santé publique. Le second contient toutes les dispositions d'un nouveau règlement général de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, abrogeant le précédent du 31 octobre 1978. Les principales modifications de fond entre le nouveau et l'ancien règlement portent sur les trois axes suivants:

– l'impact du Comité directeur sur la gestion de l'institution est renforcé. Il assume désormais la pleine responsabilité de la gestion de l'hôpital;

– à ce titre, l'organisation de la direction est placée sous la responsabilité du Comité directeur. Cela a pour conséquence, notamment, l'abandon de la direction tricéphale (composée par le directeur administratif et les médecins-chefs respectivement du centre de psychiatrie gériatrique et de la clinique de psychiatrie) qui a prévalu au cours de ces dernières années. Les compétences de la direction unique sont dès lors fixées par le Comité directeur;

– le 1er juillet 2004, le statut du personnel de l'institution a été remplacé par la convention collective de travail CCT Santé 21 de droit public, signée le 12 décembre 2003 par la cheffe du DJSS, sur autorisation du Conseil d'Etat.

Conclusion

L'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux réalise sa mutation conformément à la planification sanitaire.

3.2.2. Maison de santé de Préfargier

Capacité en lits

En 1999 déjà, cet hôpital avait procédé à une nouvelle organisation visant à séparer les patients LAIS de ceux qui relèvent de la LESPA ainsi qu'à "préparer le terrain" pour la répartition des missions avec l'Hôpital de Perreux, en cours de définition à cette époque.

Création d'une unité pour adolescents

Au courant de l'année 2000, la Maison de santé de Préfargier a ouvert une unité pour adolescents, dotée de sa propre équipe thérapeutique et de son propre médecin pédopsychiatre. L'unité compte 8 lits pour la prise en charge de moyenne durée (8 à 10 semaines) et a très vite enregistré une importante occupation due à une demande en constante évolution. Pour pouvoir accueillir des adolescents en crise, nécessitant des séjours de très courte durée, le nombre de lits de cette unité a été porté à onze. En cas de manque de place, les jeunes patients qui ne sont pas dans l'unité spécifique bénéficient toutefois de son programme.

Concernant la prise en charge des adolescents, une collaboration a été également mise en place avec l'office médico-pédagogique afin d'organiser conjointement le suivi péri-hospitalier des jeunes patients.

Conclusion

La Maison de santé de Préfargier a réalisé sa mutation conformément à la planification sanitaire au niveau de la répartition des lits.

3.2.3. Clinique de La Rochelle

Aucun changement significatif n'est intervenu dans l'organisation ou les structures de l'institution depuis le rapport de planification d'août 1999. Par contre, le rôle d'hôpital de transition devant principalement accueillir des patients en provenance des hôpitaux psychiatriques de Perreux et de Préfargier n'est pas réalisé, la plupart des patients provenant du Centre psychosocial et des cabinets de médecins.

3.2.4. Répartition des missions entre Perreux et Préfargier

De par la planification sanitaire de 1999, mandat avait été donné à la commission cantonale de psychiatrie d'étudier les synergies et les complémentarités envisageables entre la Maison de santé de Préfargier et l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux.

Sous son égide, les deux directions se sont concertées et ont créé un groupe de pilotage dont les travaux ont abouti à une répartition des missions entre les deux institutions hospitalières. Celle-ci a été mise en place au courant de l'année 2000 et semble donner satisfaction aux utilisateurs, tant institutionnels que privés. La création en 2001 d'un numéro unique d'appel pour les admissions a, par la suite, renforcé cette collaboration. Les missions des hôpitaux psychiatriques principaux sont les suivantes:

PREFARGIER	PERREUX
Schizophrénies initiales et jeunes	Troubles mentaux organiques
Troubles de l'humeur (notamment les troubles bipolaires, dépressions récurrentes)	Toxicodépendances (y compris alcool)
Troubles anxieux	Schizophrénies au long cours
Troubles psycho-somatiques	Troubles de l'humeur (notamment les troubles anxieux dépressifs)
Troubles de l'alimentation	Troubles anxieux avec programmes spécialisés
Troubles de la personnalité	Troubles mentaux associés à la puerpéralité
Troubles psychiques apparaissant pendant l'adolescence	Prise en charge de patients au bénéfice d'une mesure médico-légale
Admissions de crise de psychiatrie générale	Prise en charge des patients violents et/ou dangereux

Cette nouvelle répartition a fait l'objet d'une large information portant notamment sur la répartition des admissions. Elle n'a aucune incidence sur le nombre de lits actuels des deux hôpitaux.

A noter que le groupe de pilotage a tenté de procéder à la différenciation entre lits de type A et lits de type B ainsi que le lui suggérait le Rapport de 1999. Il est arrivé à la conclusion que cette distinction, notamment s'agissant de la dotation en personnel, ne pouvait se faire selon les critères retenus pour la médecine physique et n'était applicable ni en psychiatrie ni en psychiatrie gériatrique.

3.2.5. Association de gestion entre Perreux et Préfargier

Le groupe de pilotage créé entre les deux directions des hôpitaux psychiatriques a étudié la possibilité d'instituer une association de gestion hospitalière de psychiatrie, incluant à terme la Clinique de La Rochelle. Un projet d'Association neuchâteloise de gestion des établissements psychiatriques (ANEGEP) a été présenté en 2001 à la cheffe du DJSS. Les statuts ont fait l'objet d'une analyse confiée à l'IDS, dont le rapport concluait en substance que l'ANEGEP ne pouvait juridiquement prendre forme, l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, sans personnalité juridique, ne pouvant y prendre part. Par ailleurs, des questions étaient soulevées quant à l'étendue réelle des compétences de l'ANEGEP. Enfin l'idée d'un rapprochement de toutes les structures psychiatriques du canton devait être approfondie.

Sans assise juridique claire, l'ANEGEP regroupe donc de manière informelle l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux et la Maison de Santé de Préfargier. Composée d'un collège des médecins et d'un collège des administrateurs, elle a pour objectif la gestion harmonieuse et économique de l'ensemble des activités des deux établissements, sans pour autant porter atteinte à leur statut juridique respectif. Par ailleurs, elle procède à la répartition des missions entre les hôpitaux et fixe le nombre de lits affectés à chaque institution.

S'agissant de la Clinique de La Rochelle, le service cantonal de la santé publique a reconnu que son intégration dans une future ANEGEP - retenue dans le rapport de planification par souci de cohérence - n'était pas prioritaire. Toutefois, la direction de La Rochelle a été invitée à définir le créneau qu'elle entend remplir dans le paysage sanitaire du canton dont elle fait partie intégrante. En effet, la Clinique de La Rochelle accueille principalement les patients envoyés par les médecins généralistes et des psychiatres privés du canton. Si son existence n'est pas remise en cause, il conviendra vraisemblablement d'étudier le profil de cette patientèle particulière avant d'opérer des choix stratégiques quant à l'avenir de cette institution.

3.2.6. Antenne de psychogériatrie au Locle

Pour rappel, le Rapport de 1999 prévoyait que Perreux et Préfargier devaient constituer, à terme, le Centre hospitalier psychiatrique du canton comprenant deux sites principaux et une antenne au Locle. Ce centre devait également détenir la responsabilité médicale de l'antenne du haut du canton, basée sur le site du Locle, créée par transfert des lits et des ressources antérieurement attribuées au site de Perreux pour traiter des patients des Montagnes. La mise en place de cette antenne, par le déplacement d'une partie de l'activité de psychiatrie gériatrique vers le haut du canton, affectait ainsi les plans de rénovation des infrastructures du site de Perreux pour un montant de 6 millions de francs.

Jusqu'ici, rénovation de l'Hôpital du Locle oblige, les réflexions ont surtout porté sur les adaptations architecturales et moins sur le concept d'organisation et de fonctionnement de l'antenne de psychiatrie gériatrique. Les autorités hospitalières de Perreux et du Locle sont en discussion pour préciser dans quelle perspective la répartition des missions entre les deux institutions doit être faite. De même, l'opportunité de créer dans cette dernière unité un secteur LESPA est examinée. Ces différents éléments font l'objet d'études encore en voie de finalisation.

3.3. Bilan intermédiaire

A l'actif de la commission cantonale de psychiatrie, nous relevons la répartition des missions entre les deux hôpitaux et la centralisation des appels d'admission par la mise à disposition d'un numéro unique, ainsi que la révision du règlement sur la protection des patients psychiatriques.

Par contre, ladite commission a montré des difficultés à conceptualiser une politique psychiatrique globale permettant, à terme, de maîtriser les dépenses dans ce secteur. Tous les principaux acteurs reconnaissent la nécessité et l'urgence de la création d'une unité psychiatrique du handicap mental, d'une consultation spécifique pour les schizophrènes et d'une structure non hospitalière adaptée aux besoins des patients au long cours. Ils plaident enfin pour la mise sur pied d'un centre d'accueil et de gestion de la crise ainsi que d'un centre d'urgence.

Il est aujourd'hui admis que les ressources des pouvoirs publics engagées dans le domaine de la santé psychique doivent être mises en commun et que les institutions doivent davantage travailler en réseau. L'ANEGEP n'a pas vu le jour et a montré certaines limites. Le Conseil d'État a demandé la conduite d'une réflexion globale sur l'avenir de la psychiatrie cantonale. Ce projet est développé dans le chapitre suivant.

3.4. Nouvelles orientations

On ne saurait acquiescer aux diverses requêtes visant la création d'un centre de jour, d'un centre d'accueil et de crise, d'une unité en développement mental, etc., sans savoir si ces demandes ne pourraient être satisfaites par une meilleure répartition des ressources actuellement allouées à la psychiatrie. En effet, en cette période de restrictions budgétaires, il faut pouvoir évaluer la pertinence des diverses demandes visant à diversifier l'offre en soins psychiatriques. Pour ce faire, une vision d'ensemble a été demandée par le Conseil d'État.

La cheffe du DJSS a donc mandaté la Société Advimed afin de procéder à une analyse du système psychiatrique neuchâtelois et de faire des propositions visant à augmenter les synergies et le redéploiement de l'offre en soins. Les experts, après audition d'un certain nombre d'acteurs et étude des données disponibles, ont délivré un rapport qui fait état des forces et des faiblesses de notre système de santé psychique (rapport préliminaire d'octobre 2003). Outre les atouts de notre système de santé psychique, il relève avec justesse deux faiblesses majeures sur lesquelles nous devons travailler: le déséquilibre lié au surdimensionnement du secteur stationnaire sur l'ambulatoire et surtout la discontinuité des prises en charge dès lors qu'il y a rupture de la chaîne thérapeutique lorsque le patient se déplace dans le réseau - trop éclaté et cloisonné - des différentes structures de soins psychiatriques de notre canton.

La proposition retenue est celle d'une prise en charge par filière de soins intégrés, c'est-à-dire, de regrouper dans un même programme et sous une même responsabilité médicale, la prise en charge ambulatoire et hospitalière ainsi que celle des structures intermédiaires, du domicile ou dans le milieu stationnaire. Il s'agit d'assurer un continuum dans les soins psychiatriques et, pour ce faire, confier le patient à la même équipe, qu'il soit à domicile, placé en institution ou hospitalisé.

Présenté à la cheffe du DJSS ainsi qu'aux partenaires concernés, le rapport a été accepté et le projet est entré dans une deuxième phase. Il s'agit d'un côté de définir les filières de soins au sein d'un projet clinique et de l'autre, de tracer les contours organisationnels du projet institutionnel. Ces aspects font actuellement l'objet de réflexions au sein de groupes de travail ad hoc.

Nul doute qu'une réorganisation et un regroupement des différentes institutions psychiatriques auront pour effet de mettre encore davantage l'accent sur les besoins du patient.

4. PERSPECTIVES FINANCIERES

4.1. Incidences et perspectives financières des travaux de planification

L'absence d'une comptabilité par unité finale d'imputation empêche d'isoler et d'analyser avec précision les baisses de coûts liées à la fermeture de certains services dans le cadre de la planification. En effet, les économies de charges brutes, observables dans les institutions dont des services ont été fermés, sont en partie compensées par des augmentations dans d'autres établissements.

Par ailleurs, les conséquences financières de décisions prises dans le cadre de la planification n'ont souvent d'effets que plusieurs exercices après leur entrée en vigueur. Cela vient du fait que, vu la diversité des tâches effectuées par les collaborateurs, les structures opérationnelles, et plus particulièrement les structures administratives, doivent

repenser profondément leur fonctionnement. Dans un premier temps, seules les suppressions immédiates de postes sont visibles.

C'est par exemple le cas du Centre d'information, de gestion et d'économie de santé (CIGES) créé en 2002. Son but principal est de centraliser une partie des activités administratives des institutions de santé afin de bénéficier de synergies et d'économiser ainsi des ressources. Or, on constate dans de nombreux cas, que le temps ou les moyens dégagés par la centralisation ne permettent pas aux entités concernées d'économiser in fine l'ensemble des charges y relatives puisque ces transferts sont souvent compensés par d'autres, à l'interne, ou permettent d'alléger des volumes de travail trop importants.

Les projets de mise en commun des comptabilités dans le cadre de l'EHM ainsi que la réalisation d'une comptabilité analytique par unité finale l'imputation dans le cadre du financement par pathologie, permettront d'améliorer sensiblement la transparence du système et d'évaluer plus précisément les conséquences financières finales des décisions prises.

Charges hospitalières globales

Le tableau ci-après synthétise les données les plus pertinentes concernant les charges, en francs, des 11 hôpitaux subventionnés du canton et démontre leur évolution globale.

	1999	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
Charges salariales	207.329.794.–	214.675.537.–	228.433.100.–	247.958.556.–	251.842.410.–
Autres charges	97.581.510.–	101.437.795.–	109.642.581.–	119.333.560.–	123.319.691.–
Charges brutes totales des hôpitaux fr.	**304.911.304.–**	**316.113.332.–**	**338.075.681.–**	**367.292.117.–**	**375.162.102.**–
Proportion des charges salariales	68%	67,9%	67,6%	67,5%	67,1%
Évolution des charges	100	103,7	110,9	120,5	123,0

Malgré les économies structurelles dégagées par le processus de planification, les charges hospitalières ont fortement augmenté. Plusieurs facteurs expliquent cette évolution, mais principalement la réponse du Conseil d'État à une motion interpartis urgente d'octobre 2000 qui, constatant que les conditions de travail du personnel de la santé étaient détériorées et n'étaient plus concurrentielles avec celles observables dans les autres cantons, demandait une amélioration significative de ces conditions. Le Conseil d'État a octroyé des mesures salariales au personnel de santé. Il s'agissait, après une intervention ponctuelle d'octroi de primes, de majorer l'échelle de base des salaires (entre 2% et 6.5% selon le domaine d'activité du personnel), d'accorder 3 jours de vacances supplémentaires et d'introduire un salaire mensuel minimum de 3400 francs par mois. Ces mesures d'urgence ont été prises en attendant une refonte du statut au travers de la négociation de la CCT Santé 21.

D'autre part, l'accroissement de la masse salariale trouve également son explication dans les mesures prises pour améliorer les conditions de travail des médecins-assistants et des chefs de clinique afin d'une part de répondre à la motion du Grand Conseil et d'autre part de préparer la conformité avec la loi sur le travail qui deviendra obligatoire dès 2005.

Enfin, l'évolution de la lourdeur des cas traités entraîne logiquement une adaptation de la dotation en personnel. Le vieillissement de la population joue ici un rôle déterminant.

Effets de la planification

Comme nous l'avons vu plus haut, il est extrêmement difficile de mesurer objectivement et précisément les conséquences financières de la planification. Toutefois, on peut constater que, malgré les mesures salariales d'urgence et l'introduction de la CCT des médecins assistants et des chefs de clinique qui ont entraîné des augmentations importantes de charges dans les hôpitaux, la proportion des dépenses salariales sur le total des coûts des institutions a légèrement baissé. En 1999, 68% des dépenses étaient dues aux charges salariales contre 67.1% en 2003. Si la proportion des charges salariales était restée la même qu'au début du processus de planification et sans tenir compte de l'amélioration des conditions salariales, il faudrait compter avec 3 millions de francs de plus dans ce poste. Ainsi, les réformes ont bel et bien permis d'absorber les améliorations consenties pour le personnel.

Nous pouvons aujourd'hui affirmer que la planification sanitaire, par une meilleure organisation du travail et une réduction du nombre de doublons, a permis de contenir les coûts salariaux tout en améliorant les conditions de rémunération du personnel hospitalier comme demandé par la motion interpartis.

Au niveau plus analytique, on peut estimer prudemment à 7,5 millions de francs les économies réalisées. Une partie de ces économies proviennent directement de la fermeture des services, le solde résultant d'une estimation des sommes épargnées grâce à la réduction du nombre de lits global:

	En million de frrancs
– fermeture de la maternité et de la chirurgie de l'Hôpital du Locle	1,1
– fermeture de la maternité de l'Hôpital de La Béroche	0,8
– fermeture de la chirurgie de l'Hôpital de La Béroche	1,5
– réductions des capacités en lits	4,1

Il faut en outre relever les économies réalisées par la fermeture de services ont plus que largement été compensées par l'augmentation des frais annexes: augmentation du prix des médicaments, la mise en vigueur des normes relatives à l'ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux (ODIM), complexification des techniques et moyens thérapeutiques puisque les "autres charges" ont augmenté de 26% alors que les charges salariales n'ont quant à elles cru de 21%.

4.2. Couverture des charges des hôpitaux et participation des assureurs-maladie

La transition entre les années 2000 et 2001 a marqué un tournant dans le financement des hôpitaux. En 2001 une nouvelle convention a été conclue entre les hôpitaux et santésuisse, prévoyant que les séjours hospitaliers n'étaient plus rémunérés sur la base d'une enveloppe globale comme c'était le cas jusqu'alors. En effet, au vu de la diminution du nombre d'assurés au bénéfice d'assurances complémentaires, le système d'enveloppe réduisait la part à charge des assureurs et péjorait celle des collectivités publiques. La nouvelle convention stipulait que la rémunération se faisait désormais par le biais de forfaits par cas et par service d'hospitalisation (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie) auxquels s'ajoutaient un forfait hôtelier journalier et un éventuel supplément pour soins intensifs.

Craignant des effets financiers qui n'auraient pas été prévus par l'un ou l'autre des deux principaux financeurs du système (notamment le transfert dirigé entre le stationnaire et l'ambulatoire), la convention a instauré la mise en place d'un "garde-fou" prévoyant que la participation des assureurs maladie était fixée à 42.23% des charges hospitalières globales. Ce taux correspondait à la répartition de la couverture des coûts de l'exercice 1999 qui a servi de référence. Ce "garde-fou" ne concernait que les sept hôpitaux de soins physiques et n'a été appliqué que pour les exercices 2001 et 2002. En 2003, constatant l'augmentation massive de leur participation, les assureurs ont dénoncé la convention. Après de longues négociations, le système de forfaits par cas et par service a été maintenu pour une année. En effet, désirant suivre la jurisprudence du Conseil fédéral basée sur les recommandations de la Surveillance des prix, les assureurs ont notamment exigé l'application des dernières décisions du Conseil fédéral, soit l'application du modèle comptable utilisé en Suisse ainsi que des comparaisons avec d'autres hôpitaux (benchmarking) pour définir les tarifs 2004 et 2005. D'un commun accord, il a en outre été convenu de démarrer le financement par pathologie dès 2006.

Participation des collectivités publiques

Comme nous le montre le tableau ci-après, la proportion de patients en division commune augmente d'année en année. Les conséquences financières de cette augmentation sont principalement absorbées par les collectivités publiques qui sont dans l'obligation de participer davantage aux frais d'hospitalisation de ces patients.

Logiquement, la proportion des patients en division privée diminue. Cette baisse des traitements privés entraîne une diminution proportionnelle des recettes, baisse qui doit être supportée par les collectivités publiques dans le cadre de la couverture du déficit des hôpitaux subventionnés. Par ailleurs, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances d'août 2001 et la loi fédérale urgente du 21 juin 2002 sur le financement des hôpitaux, les collectivités publiques sont tenues de participer aux hospitalisations privées et semi-privées également. Ces décisions ont entraîné un transfert de charges des assurances complémentaires vers les pouvoirs publics et l'assurance obligatoire des soins. Une négociation entre santésuisse et la CDS a permis d'appliquer la nouvelle règle de financement par paliers, allant de 4,4 millions de francs en 2001 à 12 millions de francs en 2004.

	1999	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
Nombre total de patients	26.108	26.758	26.093	26.571	25.856
Nombre de patients en division commune	22.450	23.037	22.741	23.235	22.851
Proportion de patients en division commune	86,0%	86,1%	87,2%	87,4%	88,3%
Participation des collectivités publiques en francs	**124.858.794.–**	**136.818.274.–**	**143.805.218.–**	**166.709.878.–**	**175.261.850.–**
Evolution de la participation des collectivités publiques	100	109,6	115,2	133,5	140,2
Proportion des charges couvertes par les collectivités publiques	40,9%	43,3%	42,5%	45,4%	46,7%

Alors que les charges totales des hôpitaux ont augmenté de 23% entre 1999 et 2003, la participation des pouvoirs publics a vu une croissance de 40% durant la même période.

Participation des assureurs-maladie

Exception faite de l'année 2000 (où était en vigueur le système d'enveloppe globale), la participation des assureurs maladie aux charges globales diminue en termes relatifs mais augmente toutefois en valeur réelle. Cette augmentation est répercutée annuellement sur l'assuré qui voit ses primes d'assurance progresser, suite à la hausse du coût moyen par assuré (voir tableau ci-après).

	1999	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
Nombre d'assurés	168.818	168.330	167.990	168.668	168.500
Participation des assureurs maladie en francs	**133.884.414.–**	**127.649.889.–**	**139.048.327.–**	**150.583.407.–**	**148.364.000.–**
Coût moyen par assuré dans les hôpitaux en francs	793	758	828	893	880
Evolution de la participation des assureurs maladie	100	95.3	103.9	112.5	110.8
Proportion des charges couvertes par les assureurs maladie	43,9%	40,4%	41,1%	41,0%	39,5%

Depuis plusieurs années, nous assistons donc à un transfert de la répartition des charges des assureurs maladie aux collectivités publiques qui supportent une part des coûts hospitaliers de plus en plus importante. Alors que les assureurs voient leur participation relative se réduire de 2.9% entre 1999 et 2003, les collectivités publiques subissent une augmentation de participation relative aux charges totales de 4.5%, sur la même période. Ces dernières absorbent ainsi la totalité de la diminution générée par la planification sanitaire voire même largement plus. Évidemment, sans les réformes structurelles intervenues, la charge serait encore d'autant plus élevée.

Le discours souvent entendu de la part des assureurs, tendant à faire croire que les collectivités publiques se seraient désengagées du financement des hôpitaux, est ici clairement contredit. Concrètement, la charge des collectivités publiques a crû de 40% en quatre ans, alors que celle des assurances a augmenté de 10% seulement. Cela n'indique pas pour autant que les assureurs-maladie en charge de l'assurance obligatoire des soins se sont désengagés dans la même période. En effet, d'une part, la LAMal leur donne l'obligation de couvrir les coûts des hôpitalisations et non les dépenses des hôpitaux. D'autre part, l'assurance obligatoire des soins a vu sa part augmenter en raison de transferts de charges depuis les assurances complémentaires.

4.3. Hospitalisations hors canton

Ces dernières années n'ont pas apporté de modifications fondamentales dans la manière de garantir à la population neuchâteloise les traitements non disponibles dans notre canton. Les patients concernés continuent d'être dirigés vers des centres ou institutions spécialisées dans des domaines bien spécifiques. En terme de charges financières, ces hospitalisations hors canton représentent, ces dernières années, un coût moyen de 15 millions de francs environ, à charge des collectivités publiques. Dans son rapport d'expert, le Dr. Eggli, mandaté pour étudier la répartition des missions entre les hôpitaux principaux du canton, a fait remarquer la bonne pratique des hôpitaux neuchâtelois dans le recours aux hospitalisations hors canton. En effet, il observe que les médecins ne prennent pas le risque d'effectuer dans le canton des opérations qui dépassent la

compétence des équipes en place. Ces patients sont donc systématiquement envoyés dans les hôpitaux universitaires, ce qui certes entraîne des coûts mais augmente réellement la sécurité des soins.

Chaque année, les diverses conventions tarifaires intercantonales en vigueur, qui permettent de bénéficier de conditions plus avantageuses, sont renégociées, principalement dans le cadre de la convention romande d'hospitalisation mise en place par les gouvernements cantonaux romands ainsi qu'avec l'*Inselspital* de Berne.

Le projet de création d'un centre de réadaptation à Landeyeux permettra d'éviter le transfert de patients neuchâtelois à l'extérieur du canton pour des traitements de réadaptation.

4.4. Nouvelles orientations en matière de financement hospitalier

Introduction du financement par pathologie

Dans le courant du 1er semestre 2003, le Conseil d'Etat a affirmé son intention de rémunérer les hôpitaux neuchâtelois de soins physiques sur la base de l'activité plutôt que par la couverture du déficit. Pour ce faire, il a décidé d'introduire un système de financement par pathologie qui s'inscrit dans une stratégie nationale.

Le projet de financement par pathologie est présenté en détail dans le rapport sur l'Établissement hospitalier multisite soumis au Grand Conseil conjointement au présent rapport sur la planification. Nous ne jugeons pas utile de développer en détail la démarche ni le concept, et nous nous permettons donc de vous renvoyer au dossier mentionné.

5. PERSONNEL DE SANTE

L'amélioration des conditions de travail n'est pas, a proprement dit, une question de planification. Néanmoins, l'harmonisation de ces dernières constitue un processus essentiel qui peut contribuer efficacement au succès de la mise sur pied d'une organisation cantonale du système de santé. Dans ce contexte, la gestion des ressources humaines apparaît comme primordiale. Deux axes ont été particulièrement investigués, le premier concerne l'accompagnement des collaboratrices et des collaborateurs touchés par les restructurations prévues par le Rapport de 1999, le second celui de l'amélioration et de l'harmonisation des conditions de travail du personnel de santé.

5.1. Impact de la planification sanitaire sur le personnel

Le chapitre traite spécifiquement des conséquences de la planification sanitaire sur les collaboratrices et les collaborateurs des institutions de soins. Il illustre les mécanismes qui ont été mis en place pour en atténuer les effets.

5.1.1. Réaffectation du personnel touché par les mesures de restructuration

Le rapport de 1999 mentionnait que les projets de redéfinition des missions de certains hôpitaux du canton entraînerait évidemment une réduction de personnel tout au long du processus de planification. Le Conseil d'Etat avait exprimé le souhait d'éviter, dans toute

la mesure du possible, les licenciements sans solution alternative d'emploi dans le réseau sanitaire neuchâtelois. L'expérience de la fermeture du service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital du Locle, intervenue au mois de juin 1999, avait d'ailleurs montré la nécessité de mettre en place un système efficace de suivi, de conseil et de réorientation professionnelle pour les collaborateurs touchés par la fermeture de services hospitaliers.

Le rapport de 1999 indiquait qu'un groupe de travail ad hoc, dénommé "Groupe de concertation emplois santé 21", réunissant les représentants des associations professionnelles, des employeurs et de l'Etat (service cantonal de la santé publique et service cantonal de l'emploi) avait déjà été mis en place. L'objectif premier de ce groupe consistait à rédiger un texte consensuel entre les parties réglant les modalités de transfert et de réaffectation du personnel afin de réduire au maximum l'impact des mesures prévues par les autorités. Les travaux ont débouché sur la convention emplois santé 21, signée le 20 décembre 1999 par l'ensemble des partenaires susmentionnés. La version amendée est datée du 29 septembre 2003.

5.1.2. Convention emplois santé 21

Le dispositif mis en place par cette convention s'applique aux collaborateurs des institutions de soins subventionnées par le canton (à l'exception des médecins-cadres, des chefs de clinique et des médecins-assistants), dont le poste est supprimé par les réorganisations prévues dans le cadre de la planification sanitaire.

Les mesures touchent plusieurs volets. La convention prévoit des mesures collectives qui portent sur les modalités de transmission de l'information, la coordination entre partenaires, la mise à disposition d'une personne de référence, l'institution d'une commission de médiation et la mise sur pied d'une "Bourse aux emplois". De leur côté, les institutions subventionnées s'engagent à recruter en priorité les collaborateurs affectés. Enfin, des mesures individuelles sont également prévues et comprennent tous les aménagements spécifiques et exceptionnels réservés aux collaborateurs directement concernés par les restructurations préconisées dans le Rapport de 1999. Ces dispositions visent notamment à maintenir les collaborateurs dans un emploi et à un niveau de responsabilité appropriés, à soutenir le personnel transféré à l'interne d'un établissement ou vers d'autres institutions, y compris pour des formations, à s'assurer que les compétences du personnel sont utilisées au mieux, à maintenir dans toute la mesure du possible les droits acquis et à verser, sous certaines conditions, des indemnités en cas de départ du collaborateur du système cantonal de santé subventionné. Sur le plan financier, il est prévu que les pouvoirs publics reconnaissent les frais encourus par les institutions de soins dans l'application de la convention. Ils interviennent également dans le financement des mesures non couvertes ou partiellement couvertes par l'assurance-chômage (frais de formation et frais de déplacement notamment).

La commission de médiation constitue l'organe prévu par la convention emplois santé 21. Ses tâches sont diversifiées: elle veille, en particulier, à la stricte application de la convention et recherche des solutions possibles à la résolution de conflits y relatifs. Elle est également compétente pour exprimer des préavis quant à l'octroi de mesures particulières pour le personnel concerné.

Les dispositions prévues par la convention emplois santé 21 ont été appliquées, jusqu'à ce jour, aux collaborateurs touchés par la redéfinition des missions des hôpitaux du Locle et de La Béroche, ainsi qu'au personnel de la pension des Lilas. Les prochaines applications concerneront l'Hôpital de Landeyeux à l'occasion de la fermeture des services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie au courant de 2005, ainsi que la

fermeture du site des Cadolles en raison du transfert de son activité au NHP, à la même période.

5.1.3. Impact social et financier des fermetures des services hospitaliers

Le tableau ci-dessous résume l'impact social des mesures de redéfinition des missions des hôpitaux régionaux, liées à la fermeture de certains services (nombre de collaborateurs touchés), ainsi que les montants versés dans le cadre de l'application des dispositions de la convention emplois santé 21. Ce tableau tient compte également de la cessation de l'activité de la maternité du Locle, bien qu'elle soit antérieure au Rapport de 1999, ainsi que de la fermeture de la pension Les Lilas, dont les collaborateurs avaient bénéficié d'une aide.

La fermeture des Lilas, home simple subventionné, n'avait pas été dictée par des raisons de planification sanitaire, mais par une décision de la Fondation des établissements cantonaux pour personnes âgées qui n'avait pas jugé opportun d'investir une somme très importante pour médicaliser l'institution afin d'augmenter le taux d'occupation, à l'époque très bas. L'Etat avait toutefois admis que le personnel touché par cette fermeture puisse bénéficier de l'accompagnement prévu par la convention emplois santé 21.

	Le Locle		**La Béroche**		**Les Lilas**	**Total**
Service	**Maternité** (hors conv.)	**Chirurgie**	**Maternité**	**Chirurgie (+labo)**	**Pension**	
Fermeture	31.05.1999	31.12.2000	31.01.2000	31.12.2002	31.12.2000	
Personnel touché	17	8	21	29	15	**90**
Emploi dans institution de soins du canton	6	8	14	20	11	**59**
Autre orientation	2	–	–	8	–	**10**
Arrêt de travail / retraite	5	–	–	1	1	**7**
Maladie/AI/ chômage	1	–	–	–	1	**2**
Suite inconnue	3	–	7	–	2	**12**
Prestations versées (Fr.)	97.938.– (8 pers.)	–	94.800.– (8 pers.)	51.500.– (4 pers.)	82.508.– (9 pers.)	**326.746.– (29 pers.)**

5.1.4. Considérations générales

Quatre ans après son introduction, nous considérons que la convention emplois santé 21 constitue un outil essentiel qui permet l'accompagnement du personnel hospitalier touché par les mesures de la planification sanitaire. Les acteurs chargés de son application et les partenaires des institutions socio-sanitaires appelés à collaborer, notamment pour reprendre ces collaborateurs, ont démontré un grand engagement. La preuve de l'efficacité de cet instrument nous réconforte au vu des prochains événements à affronter prévus par la planification sanitaire.

5.2. Conditions de travail

Comme nous l'avons vu plus haut, les ressources humaines constituent un élément essentiel de la politique de santé. De gros efforts ont été investis dans le but d'harmoniser et d'améliorer les conditions d'engagements des différentes catégories professionnelles.

5.2.1. Convention collective de travail Santé 21

A la suite d'une motion interpartis urgente, adoptée par le Grand Conseil en octobre 2000 et qui s'inquiétait des causes et des conséquences de la pénurie de personnel soignant dans les hôpitaux neuchâtelois, le Conseil d'Etat a décidé d'initier un projet visant à améliorer et à harmoniser les conditions de travail du personnel du domaine de la santé. Le dépôt de cette motion s'inscrivait dans le cadre de nombreuses demandes émises par les employés occupés par les institutions de santé du canton de Neuchâtel. Rappelons également le climat social extrêmement tendu, générant même des arrêts de travail, dans un contexte général de concurrence intercantonale exacerbée.

L'option politique prise était celle de remplacer les normes émises par le DJSS, par une convention collective de travail négociée entre partenaires sociaux et englobant l'ensemble du personnel de la santé des secteurs subventionnés.

Les travaux ont donc été conduits par une commission plénière réunissant les partenaires sociaux (délégués des syndicats et des institutions de soins), sous la supervision du DJSS et avec l'appui du service cantonal juridique et du service cantonal des ressources humaines. Après trois ans, la convention collective de travail Santé 21 (CCT Santé 21) a été mise sous toit. Cet accord professionnel majeur qui s'inscrit dans le cadre plus général de la réorganisation sanitaire cantonale, a été adopté le 28 novembre 2003 par les membres de la commission plénière. Pour des raisons pratiques et juridiques, ce sont en fait trois CCT qui ont ainsi pris vie. En effet, les différences dans la législation suisse entre droit public et droit privé ont rendu nécessaires deux conventions séparées, liées par une troisième, soit:

– une convention collective de travail de droit public qui concerne les hôpitaux des villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds, ainsi que l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, tous trois soumis au droit public;

– une convention collective de travail de droit privé qui concerne les autres hôpitaux, les homes pour personnes âgées et les services d'aide et de soins à domicile, dont les fondations, assujetties au droit privé, sont subventionnées;

– une convention dite Tripartite dans le cadre de laquelle l'Etat devient ainsi le garant de l'application uniforme des deux autres CCT dans toutes les institutions du domaine neuchâtelois subventionné de la santé.

L'aboutissement de ces travaux constitue sans conteste une première en Suisse dans la mesure où actuellement aucune convention collective de travail ne va aussi loin que la démarche neuchâteloise. En effet, les CCT en vigueur dans d'autres cantons sont adaptées soit au droit public, soit au droit privé, sans aucun lien entre elles. Ces trois textes conventionnels ont été formellement signés par les parties concernées le 12 décembre 2003. Ils sont entrés en vigueur le 1er juillet 2004.

Le contenu des CCT de droit public et de droit privé améliore sensiblement les conditions de travail du personnel de nos institutions de santé dans les domaines suivants:

– introduction d'un dispositif anti-harcèlement;

– meilleur encouragement à la formation du personnel;

– création de commissions consultatives du personnel dans les institutions;

– création d'une Bourse aux emplois facilitant la mobilité du personnel;

– sécurité d'emploi pour les employé-e-s engagé-e-s par l'intermédiaire d'une société de location de services sur les mêmes bases que le reste du personnel;

– sécurité accrue pour les employé-e-s lors d'engagements de durée déterminée;

– meilleure garantie de salaire lors de la suppression de postes;

– durée du travail ramenée à 40 heures et protection des employé-e-s lors des services continus: 6 jours consécutifs au plus (introduction au 1er octobre 2004);

– introduction des "congés jeunesse" dans le cadre des congés spéciaux;

– possibilité de partager le congé maternité et d'adoption pour le père;

– extension des congés extraordinaires rémunérés – amélioration sur le plan familial et concernant la maladie des enfants (introduction au 1er octobre 2004);

– fixation du nombre de jours fériés reconnus;

– constitution d'une commission paritaire et d'un Tribunal arbitral pour assurer la bonne application des dispositions de la CCT;

– notion de partenariat en cas de décès;

– introduction des congés non payés – définition des possibilités de congés, notamment concernant la maladie des enfants;

– nouvelle description et évaluation des fonctions et mise en vigueur d'une nouvelle grille salariale (courant 2005);

– meilleure couverture salariale en cas de maladie (introduction au 1er octobre 2004);

– amélioration des temps de pause pour le repos et les repas;

– amélioration du droit aux vacances (introduction au 1er janvier 2004);

– prise en charge par l'institution des habits professionnels et de leur entretien.

Le coût de l'application de la CCT est important. A cet effet, le Conseil d'Etat a octroyé une enveloppe financière annuelle maximale de 10 millions de francs pour l'ensemble des institutions de soins subventionnés, considérant qu'un important pas avait déjà été franchi par l'introduction des revalorisations salariales pour environ 20 millions de francs, contenues dans les mesures d'urgence.

Le processus n'est toutefois pas terminé. En effet, si la CCT santé 21 est entrée en vigueur le 1er juillet 2004, un certain nombre de dispositions transitoires en étalent l'introduction jusqu'en 2005. L'introduction de la semaine de 40 heures n'est réalisée qu'à partir d'octobre 2004 et les travaux relatifs à la nouvelle grille de fonction et à l'échelle salariale ne seront pas terminés avant 2005 également.

5.2.2. Formation

D'autre part, l'introduction de meilleures conditions de travail ne saurait toutefois pas être suffisante pour pallier le manque de personnes s'intéressant à la formation aux professions soignantes. Cette problématique avait été également évoquée dans la motion susmentionnée. Les auteurs de la motion demandaient que l'Etat étudie les moyens permettant de garantir la présence d'un nombre suffisant d'élèves dans les écoles de soins du canton en repensant notamment les conditions d'accès à la formation. Cet aspect ne concerne d'ailleurs pas que le canton de Neuchâtel, la pénurie de personnel infirmier étant un problème national, voire international.

Un groupe de travail a donc été constitué sous l'égide du Groupement romand des services de santé publique (GRSP) et un rapport a été adressé à la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales en 2004, faisant les constats et propositions suivants:

– La pénurie concerne essentiellement les diplômes suisses. Le recrutement de personnel étranger par le biais d'agences permet, pour l'instant, de pallier le manque de personnel suisse.

– Les places de stages tendent à diminuer, ce qui réduit les possibilités de formation. Une meilleure planification des stages est à envisager et l'encadrement est à améliorer.

– L'image de la profession est positive auprès des parents et des élèves.

– Une campagne de publicité d'envergure et soutenue n'est pas réalisable en raison du manque de moyens financiers et n'a guère de sens dans un contexte de pénurie mondiale.

– La promotion de la profession passe obligatoirement par une amélioration des conditions de travail (statut, reconnaissance sociale et salariale, développement du temps partiel, création de crèches, harmonisation entre cantons).

– La formation continue doit se développer afin de fidéliser le personnel.

– Les "vocations tardives" sont à encourager par la création de bourses d'études et la mise en place de formation en cours d'emploi.

– Des cours de recyclage destinés aux professionnels reprenant une activité après une interruption de longue durée devraient être mis en place.

Une partie des points ci-dessus ont déjà été réalisés dans le canton grâce à l'élaboration et l'adoption de la CCT Santé 21. Par ailleurs, le Conseil d'Etat a décidé d'encourager, par des subventions ciblées, la réinsertion professionnelle d'infirmières ayant quitté leur activité professionnelle pour des raisons familiales. L'Association suisse des infirmiers et infirmières a été chargée de la mise en application de cette offre qui, à ce stade, a bénéficié à 24 personnes ayant suivi des cours de réinsertion. Pour le reste, le groupe de travail intercantonal, avec l'appui du GRSP, poursuivra ses travaux afin d'examiner les pistes d'actions à entreprendre en commun. Il s'agira également de favoriser les échanges d'expériences au niveau des cantons.

Dans ce sens, il sera notamment mis en place une saisie des données en matière de personnel infirmier (nombre de diplômes, pourcentage de diplômes étrangers, taux de rotation, pyramide des âges, durée moyenne d'activité, etc.), dans le cadre d'un projet national appelé "Nursing Data". Le projet en question, qui réunit les principaux partenaires au niveau national (Association des soins infirmiers, Conférence des

directeurs cantonaux des affaires sanitaires, Offices fédéraux notamment), a pour but de définir une nomenclature standard applicable à toute la Suisse pour le relevé des informations sur les soins. Grâce à ce standard, les établissements devraient être en mesure, d'ici 3 à 4 ans, de fournir les données nécessaires à la constitution d'une statistique en la matière. Ces informations leur serviront d'outil de gestion des ressources humaines et permettra aux autorités sanitaires d'observer l'évolution de la situation et, cas échéant, de prendre les mesures nécessaires pour assurer la pérennité des institutions.

Au sujet des places de stage, le Conseil de santé attire l'attention des autorités sur la difficulté des institutions, notamment des homes pour personnes âgées, d'offrir les places nécessaires. Les directions de ces institutions sont confrontées à de nombreuses complications si elles entendent répondre aux attentes. Elles relèvent notamment les éléments suivants: les collaborateurs et collaboratrices des institutions doivent se former eux-même avant de pouvoir former des élèves, il faut toujours plus de temps pour encadrer des élèves, le temps administratif consacré à la formation augmente, la durée des stages est trop courte pour permettre un retour sur investissement. En conclusion, la formation des élèves est vécue par les institutions comme une charge à laquelle il devient chaque jour plus difficile de répondre, dans le contexte actuel des réductions budgétaires.

5.2.3. Convention collective de travail pour médecins-assistants et chefs de clinique

Les conditions de travail des médecins-assistants et chefs de clinique, caractérisées par une surcharge chronique et des horaires pouvant même dépasser les 100 heures par semaine, ont fait l'objet de revendications des intéressés et d'interventions parlementaires, tant au niveau de la Confédération que des cantons. Il s'agit en premier lieu de l'initiative du conseiller national M. Suter de décembre 1998 qui demandait l'assujettissement de cette catégorie professionnelle au champ d'application de la loi sur le travail. Vu son aboutissement aux chambres fédérales, cette disposition entrera en vigueur le 1er janvier 2005. Si les revendications des professionnels étaient antérieures à l'initiative Suter, cette dernière a permis d'ouvrir un réel débat aussi au sein de différents gouvernements cantonaux.

D'autre part, dans notre canton, le député Christian Piguet avait déposé en novembre 1999 une motion demandant au Conseil d'Etat d'étudier les voies et les moyens pour pallier la surcharge de travail des médecins-assistants exerçant dans les hôpitaux neuchâtelois, en coordination avec les travaux déjà entrepris aux niveaux romand et suisse. Cette motion, acceptée par le Grand Conseil lors de sa session du 7 novembre 2000, visait notamment la réduction des heures hebdomadaires de travail afin d'assurer de meilleures conditions d'exercice à cette profession. Elle relevait aussi la nécessité de garantir la qualité optimale des soins dispensés, objectif inconciliable avec des conditions de travail particulièrement pénibles.

Au mois de septembre 2000, donc avant que le débat sur ladite motion n'ait eu lieu au Grand Conseil, les représentants des médecins-assistants et chefs de clinique du canton de Neuchâtel avaient sollicité l'intervention du DJSS, demandant instamment que des démarches visant à améliorer et harmoniser leurs conditions de travail soient mises en route, notamment en ce qui concerne la réduction des horaires hebdomadaires et la durée des gardes. La cheffe du DJSS a mandaté un groupe de travail avec pour mission d'élaborer un nouveau statut des médecins-assistants et chefs de clinique exerçant dans les hôpitaux du canton.

Conduit sous l'égide du service cantonal de la santé publique, le groupe de travail était composé de représentants de l'Etat, des médecins-chefs hospitaliers, de l'Association

neuchâteloise des établissements pour malades (ANEM) en tant qu'association faîtière des employeurs du secteur hospitalier, et des médecins-assistants et chefs de clinique. Ces travaux se sont achevés au mois de mai 2002. Le texte final, présenté sous forme d'une convention collective de travail (CCT), a été signé par les partenaires sociaux (institutions de santé et association des médecins-assistants et chefs de clinique) et ratifié par le Conseil d'Etat.

Cette convention définit le cadre général des conditions de travail que toute institution sanitaire neuchâteloise employant des médecins-assistants et chefs de clinique doit respecter. Une durée hebdomadaire de travail limitée à 50 heures ainsi que la réglementation de la présence ininterrompue sur le lieu de travail constituent les éléments de relief de la CCT. Si la convention est entrée en vigueur le 1er avril 2003, ce ne sera qu'à partir du 1er janvier 2005 qu'elle sera appliquée dans son intégralité, parallèlement à l'assujettissement de cette catégorie de personnel à la loi sur le travail. Des dispositions transitoires, concernant notamment les durées ordinaire et maximale de travail ainsi que celle des vacances annuelles, ont été prévues dans l'intervalle.

Une estimation concernant le nombre de postes d'assistants supplémentaires nécessaires pour mettre en œuvre les exigences prévues par la CCT avait conclu à une augmentation d'environ 31 postes entre 2003 et 2005. Toutefois, ce nombre est à considérer avec précaution puisque l'introduction du nouveau statut de "médecin hospitalier" devrait permettre d'en réduire le nombre, tout comme le transfert de certaines tâches administratives (via notamment la mise en place d'un centre de codage professionnel, voir à ce sujet le chapitre 6.1). Selon cette évaluation initiale, les charges brutes globales s'élèveront à 3,41 millions de francs environ au terme du processus d'entrée en vigueur de ces mesures, soit en 2005. Il va de soi que ces surcoûts doivent également être pris en charge par les assureurs, pour la part qui leur revient.

5.2.4. Contrat des médecins-cadres

Le Rapport de 1999 faisait état des premières réflexions d'un groupe de travail restreint sur la nécessité d'uniformiser les contrats de travail des médecins-cadres des institutions de santé subventionnées. Pour rappel, ce groupe, composé de trois personnes représentant le service cantonal de la santé publique, le Groupement des médecins hospitaliers (GMH) et l'ANEM, avait été mandaté par le DJSS pour étudier les contrats des médecins-cadres des hôpitaux publics et subventionnés neuchâtelois dans le but d'en harmoniser les pratiques.

Deux rapports (novembre 1999 et avril 2000) ont relevé et décrit des disparités importantes dans les conditions de travail et de rémunération de base des médecins-cadres. Bien que les grands principes de rémunération soient déjà fixés par des accords entre l'ANEM et le GMH, une multitude de particularités ont vu le jour au fil des années. En outre, le constat est fait qu'une partie des activités réalisées par les médecins au sein de l'hôpital échappe à l'administration de ce dernier car gérée directement par le médecin. Il s'agit en particulier de l'activité en cabinet médical et de celle pratiquée sur des patients assurés en régimes privé et semi-privé. L'étude des revenus hospitaliers générés par les médecins a montré des écarts très significatifs entre les différentes spécialités ou sous-spécialités médicales, sans aucun lien avec la responsabilité et le niveau hiérarchique du médecin au sein de l'institution.

Fort de ce constat et répondant à la volonté de créer des conditions-cadres harmonisées et équitables entre les médecins, des travaux de réflexion ont été entamés. Ceux-ci devraient aboutir à un nouveau système de rémunération tenant compte des principes suivants: homogénéité des conditions d'engagement, transparence des activités fournies en milieu hospitalier, équité des revenus des spécialistes ayant des responsabilités et des charges de travail comparables.

Un groupe de travail élargi, composé de représentants de l'ANEM, du GMH et du service cantonal de la santé publique, s'est réuni à de nombreuses reprises depuis novembre 2000 afin de négocier et rédiger les nouvelles conditions de travail des médecins-cadres et collaborateurs externes des hôpitaux du canton. A fin 2002, une version du nouveau contrat a été livrée à la cheffe du DJSS. Dans un premier temps, des précisions et des compléments d'information ont été nécessaires dans le but de faire avancer le processus. Puis le dossier a été gelé durant l'année 2003 pour ne pas entrer en collision avec l'introduction du nouveau tarif médical (Tarmed) le 1er janvier 2004. Il s'agissait en effet d'éviter un risque de confusion par une introduction simultanée des nouvelles conditions de rémunération et de la nouvelle nomenclature tarifaire.

Le dossier des conditions régissant l'engagement des médecins-cadres a été repris dès le début de l'année 2004. Au stade actuel, il est en voie de finalisation et devrait entrer en vigueur dans le premier semestre 2005, en coordination avec la création de l'EHM.

6. DOSSIERS DIVERS

Certains dossiers présentés ci-après, comme la mise en place du CIGES, ont été expressément mentionnés dans le Rapport 1999. D'autre, comme la création d'une commission cantonale des médicaments, n'ont pas de lien direct avec la planification mais ont des retombées non négligeables sur le fonctionnement de nos institutions de soins.

6.1. Centre d'information, de gestion et d'économie de santé – CIGES SA

Découlant de la planification sanitaire de 1999, le CIGES est l'organe de gestion centralisée destiné d'une part à gérer les activités d'encaissement des prestations des institutions de soins qui étaient auparavant dévolues à l'Etat, et d'autre part à créer un organe fédérateur chargé de coordonner certains processus administratifs et d'assurer une collaboration plus directe entre les institutions du système de santé neuchâtelois, les services de l'Etat et les assureurs notamment.

Historiquement, l'Etat gérait l'encaissement des factures adressées par les hôpitaux aux assureurs et répartissait les montants collectés entre les institutions par le biais de sa Centrale d'encaissement des hôpitaux neuchâtelois (CEHN). Souhaitant se désengager de la gestion proprement dite d'un domaine qui ne le concernait pas directement, l'Etat a confié un mandat de gestion à l'ANEM qui a mis sur pied l'office de facturation, d'encaissement et de répartition des hôpitaux (OFER-H) dans l'attente de la création du futur CIGES. En effet, comme les prérogatives de cette nouvelle entité devaient être sensiblement élargies et ne pas se limiter aux fonctionnalités de l'OFER-H, il fallait laisser le temps au projet de mûrir. L'ensemble des structures de l'OFER-H furent donc reprises par le CIGES lors de sa création en avril 2002.

Le CIGES est une société anonyme de droit public sans but lucratif et dont le siège social est à Cernier. Le capital est détenu par les institutions partenaires (hôpitaux, homes, Fédération des fondations de soins à domicile, Centre psycho-social, etc.) ainsi que par l'Etat de Neuchâtel qui conserve une part majoritaire. Le CIGES est une société de service qui s'adresse exclusivement à des clients publics ou parapublics du domaine de la santé (hôpitaux, établissements médico-sociaux, services d'aide et de soins à domicile, services spécialisés). Le but de la société est de centraliser un certain nombre d'activités administratives en vue de les harmoniser et de les rationaliser, ainsi que de permettre de gérer ce système complexe selon le principe d'économicité. Cette structure permet

également de gérer des projets au niveau cantonal. Dans le cadre de la création du futur établissement hospitalier multisite, le rôle et la place du CIGES doivent encore être redéfinis.

Le CIGES facture ses prestations au prix coûtant à ses clients. Le coût des investissements est inclus dans le prix des prestations.

Tâches - projets principaux en cours

Un des plus importants projets menés sous la responsabilité du CIGES entre 2002 et 2003 a été l'implantation de l'application informatique administrative OPALE. La mise en place de ce logiciel de facturation et de gestion du contentieux dans les hôpitaux ainsi que dans d'autres institutions socio-sanitaires permet au CIGES de gérer l'ensemble des encaissements depuis le début de l'année 2003. Ceci signifie que la gestion de l'encaissement, des rappels et des poursuites se réalise depuis une seule base de données quel que soit le régime facturé (conventionnel, AA, AI, AM, privé, ambulatoire). La gestion du contentieux des hôpitaux de soins physiques a été simplifiée grâce à l'introduction d'OPALE, puisque basée uniquement sur la comptabilité débiteur de l'institution. Le nouveau logiciel permet en outre de produire les statistiques indispensables au suivi de cette activité.

D'autre part, et sur décision du Conseil d'État en prévision de l'introduction du financement par pathologie dans les hôpitaux de soins physiques, le CIGES a été chargé de mettre sur pied un centre de codage médical. Opérationnel depuis le milieu de l'année 2004 et composé de plusieurs codificatrices formées, le centre produit de manière centralisée et professionnelle les informations sur les diagnostics et les actes opératoires pour chaque hospitalisation effectuée dans nos hôpitaux.

Notons par ailleurs que le CIGES a permis l'introduction du Tarmed pour les soins ambulatoires dans les hôpitaux; cette gestion centralisée est génératrice d'économies et de rationalité tant il est vrai que sans ce service, les hôpitaux auraient dû chacun se doter des plates-formes de traitement des données.

6.2. Projets informatiques

Dans la liste des projets en cours, citons le numéro de patient unique, la mise en place des fonctionnalités OPALE, le traitement centralisé des salaires et bien d'autres encore. Relevons que la plupart de ces dossiers sont conduits par le CIGES.

Avenir de la Fondation neuchâteloise pour l'informatique de santé (FNIS)

Lors de la création du CIGES, il était prévu initialement que les activités de la FNIS soient intégrés à cette nouvelle entité. Afin d'analyser cette solution plus en détail, le DJSS a mandaté le CIGES afin de dresser un point de situation complet du domaine de l'informatique de santé dans le canton.

La coordination des développements informatiques existe bien dans les institutions de soins du canton de Neuchâtel et résulte des décisions stratégiques de la FNIS. Il est ressorti de l'étude menée par le CIGES, que la nécessité d'une coordination informatique est largement partagée. Dans ce sens, la plate-forme de discussion et de coordination que représente la FNIS est reconnue par les partenaires. Par contre, il n'existe, à l'heure actuelle, qu'une transparence insuffisante des montants investis dans les projets puisque ceux-ci, une fois lancés, échappent au contrôle de la FNIS. Les décisions sont généralement le fait de personnes compétentes techniquement mais qui n'en assument

pas les conséquences financières. Les décisions finales sont prises à la FNIS mais les retombées (via la reconnaissance des budgets) sont assumées par les pouvoirs publics principalement et indirectement par les assureurs.

Dès lors, une restructuration paraît indispensable, en respectant toutefois les idées-forces retenues par les partenaires du système de santé eux-mêmes. La FNIS est appelée à se transformer et à s'adapter aux nouvelles conditions-cadres, notamment la création de l'EHM et l'abandon de la couverture des déficits des institutions de santé.

6.3. Homes pour personnes âgées

Pour définir sa politique de santé dans le domaine des établissements pour personnes âgées, le Conseil d'État s'appuie sur les avis du Conseil de santé respectivement de la commission de gériatrie.

Des analyses ont été commandées et réalisées, puis des options stratégiques ont été retenues. Pour en comprendre les lignes directrices qui ont guidé les réflexions et les choix, il faut tenir compte de la motion des députés radicaux du Val-de-Ruz, acceptée par le Grand Conseil en mars 2002, à savoir la demande de réexaminer le but et la mission des homes simples ainsi que de clarifier la situation entre homes publics et homes privés.

Commission permanente du Conseil de santé, la commission de gériatrie s'est vu confier un mandat portant sur les points suivants:

– étude des concepts existants de gériatrie hospitalière;
– étude des besoins en structures intermédiaires;
– étude des besoins en psychiatrie gériatrique hospitalière.

La commission de gériatrie a établi l'inventaire de la situation existante en matière de nombre de lits, respectivement de places, dans les homes simples et homes médicalisés, les unités d'accueil temporaire (UAT) ainsi que les foyers de jour et les logements. Six rapports ont été soumis à l'appréciation du Conseil de santé.

Homes médicalisés

Les homes médicalisés offrent, à l'échelon cantonal, une capacité d'hébergement couvrant actuellement les besoins de la population. Depuis de nombreuses années, le taux d'occupation des lits médicalisés de l'ensemble des homes pour personnes âgées, qu'ils soient publics ou privés, se situe à 98%. Quelques faibles écarts – en plus ou en moins – sont enregistrés par district sans que forcément il en résulte des difficultés de placement, sauf apparemment sur le Littoral neuchâtelois.

Relevons que les personnes âgées entrent de plus en plus tard dans un home, mais qu'elles ont alors des besoins en soins plus élevés qu'auparavant. Ce fait de société est réjouissant car il démontre que les personnes âgées peuvent rester plus longtemps en bonne santé et que les services d'aide et de soins à domicile leur permettent de jouir plus longtemps de leur autonomie.

Dans ces circonstances, la commission de gériatrie a proposé de retenir l'indice de planification de 64 lits pour 1000 habitants, calculé sur la population âgée de 65 ans et plus de notre canton. Toutefois, elle a signalé la nécessité pour certaines institutions de favoriser l'accueil des résidants en chambre individuelle par une réorganisation de leur établissement portant sur une amélioration sensible du confort, désirée par les personnes âgées.

Homes médicalisés psychiatriques

La commission de gériatrie a souhaité que le Conseil de santé se prononce sur une philosophie d'accueil en psychiatrie gériatrique qui peut s'exprimer sur deux axes différents:

– la création de lits spécifiques pour la psychiatrie gériatrique tant LAIS que LESPA dans notre canton pour la prise en charge de la majorité des personnes âgées concernées (système vaudois);

– l'utilisation, en règle générale, des homes non spécialisés implantés dans les différentes régions du canton, pour la prise en charge de personnes qui peuvent y être intégrées sans trop de difficulté.

La commission de gériatrie s'est positionnée favorablement sur la seconde proposition. En effet, la capacité pour un home de prendre en charge certains résidants avec quelques troubles psychiatriques représente un élément de qualité. Les institutions neuchâteloises peuvent assumer l'évolution des troubles de certains résidants, à condition qu'elles bénéficient d'une aide sous la forme de supervision et de soutien de la part de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, et que le transfert momentané de certains pensionnaires en milieu hospitalier ou de réadaptation psychiatrique soit possible. Cette politique permet de garder des institutions "ouvertes" alors que les établissements de psychiatrie gériatrique observables dans d'autres cantons sont souvent "fermés".

La commission de gériatrie a donc estimé nécessaire la création d'un établissement médicalisé de psychiatrie gériatrique dans le haut du canton. Toutefois, il a été jugé bon de laisser cet objectif en suspens en attendant de voir dans quelle mesure, l'antenne de psychiatrie gériatrique qui prendra place à l'Hôpital du Locle couvrira une partie de des besoins. D'autre part, il s'agit également d'évaluer dans quelle mesure les homes médicalisés peuvent adapter leurs infrastructures et leurs organisations de manière à accueillir des résidents âgés, lourdement atteints dans leur santé psychique. Cette option aurait l'avantage d'éviter la construction de nouvelles structures.

Homes simples

Compte tenu de la situation particulière pour ce type d'établissement, la commission de gériatrie a proposé de retenir provisoirement l'indice de planification de 17 lits pour 1000 habitants sur la population âgée de 65 ans et plus.

En effet, la charge en soins infirmiers s'alourdissant continuellement au gré des ans a conduit certaines institutions à profiter de la nécessité de la rénovation de leur bâtiment pour l'adapter à une médicalisation. C'est ainsi que les institutions ci-dessous ont procédé à des transformations de bâtiments permettant l'accueil de résidants dans un cadre médicalisé:

– Home La Colombe à Colombier;
– Home La Fontanette à St-Aubin;
– Home Les Lilas à Chézard-St-Martin;
– Home Les Marronniers à La Côte-aux-Fées;
– Home Le Petit-Chézard à Chézard-St-Martin.

En revanche, les petites structures ci-après ont définitivement fermé leurs portes:

– Home Gai-Soleil à Neuchâtel;

– Home Les Joyeuses à Bevaix;
– Home Le Pontet à Colombier.

Restent donc en activité 17 homes simples dont 7 homes LESPA et 10 homes privés.

On le voit, la fermeture de quelques structures a concerné essentiellement des institutions dont l'adaptation des bâtiments à une médicalisation était difficile, voire impossible à réaliser. Au contraire, les établissements dont les bâtiments permettaient une telle adaptation n'ont pas hésité à entreprendre les travaux nécessaires afin de passer dans la catégorie des homes médicalisés, répondant ainsi aux nouveaux besoins.

Home médicalisé d'accueil temporaire (UAT) sur le Littoral neuchâtelois

Les UAT s'adressent à des personnes âgées qui conservent leur logement et qui, pour diverses raisons, ne peuvent y retourner immédiatement (au sortir de l'hôpital par exemple). Elles permettent également le placement momentané de ces personnes durant les périodes de vacances de leur parenté, ce qui contribue fortement à leur maintien à domicile. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) l'a bien compris puisqu'il subventionne, dans le cadre de l'article 101bis de la loi sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS), ce type de séjour temporaire dans les homes médicalisés LESPA. L'indice de planification retenu est de 2 lits pour 1000 habitants sur la population âgée de 65 ans et plus.

La commission de gériatrie a proposé la création d'un établissement de ce type sur le Littoral neuchâtelois, afin de faire le pendant par rapport aux besoins couverts dans les Montagnes neuchâteloises par le home médicalisé d'accueil temporaire Le Temps Présent à La Chaux-de-Fonds. Le site d'implantation proposé de la future institution devrait idéalement se situer sur le terrain de Monruz – propriété de la ville de Neuchâtel – anciennement occupé par la patinoire. Ce site est effectivement très adapté car ce quartier, guère éloigné du centre-ville, à proximité des transports publics, est particulièrement favorable comme lieu de résidence pour des personnes âgées (terrain environnant à plat, possibilités de promenades, vue sur le lac, centre commercial, boulangerie, pharmacie, boucherie et un restaurant tout proche). Par ailleurs, la Fondation du Home de l'Ermitage et des Rochettes, qui envisage d'abandonner l'exploitation de son actuel Home des Rochettes, sis à la rue Louis-Favre 1 à Neuchâtel, au vu des coûts excessifs que nécessiterait sa mise à niveau, pourrait ainsi reporter son effort financier sur la nouvelle institution.

Sur proposition du Conseil de santé, le Conseil d'État a accepté le projet et s'est adressé au Conseil communal de la ville de Neuchâtel respectivement au Conseil de fondation du Home de l'Ermitage et des Rochettes à Neuchâtel pour le réaliser. Les contacts en cours avec les autorités communales et le Conseil de la fondation précitée, ainsi qu'avec d'autres financeurs potentiels pour la mise en valeur du site de Monruz, sont actuellement positifs et permettent d'entrevoir la construction puis l'exploitation de ce home médicalisé d'accueil temporaire avec foyer de jour dans un proche avenir.

Foyers de jour

La mission d'un foyer de jour est l'accueil de personnes âgées durant la journée, une ou plusieurs fois dans la semaine. Il s'adresse à toute personne âgée ne présentant pas de troubles psychiques et du comportement importants, notamment l'errance. Le rôle d'un foyer de jour est de permettre de prendre en charge des personnes âgées durant la journée seulement, afin de rompre l'isolement dont elles peuvent être victimes ou de soulager les familles qui s'occupent d'elles.

Par expérience, il s'avère que les foyers de jour, pour être fonctionnels et économiquement supportables, doivent être intégrés dans des homes médicalisés. Toutefois, il ne suffit pas uniquement de prévoir des locaux spécifiques et d'utiliser par ailleurs les prestations du personnel en place dans une institution pour créer et faire fonctionner un foyer de jour. S'il est important qu'une telle structure bénéficie des infrastructures et du service hôtelier de l'institution principale et favorise ainsi un échange entre hôtes d'un jour et résidants à demeure, on s'aperçoit qu'elle doit avoir aussi sa propre identité et fonctionner avec son personnel d'animation pour offrir des activités particulières différentes. Pour cette raison, le Conseil de santé a retenu les propositions de la commission de gériatrie de manière à favoriser l'intégration d'un foyer de jour dans des institutions médicalisées, mais offrant des activités et des espaces bien distincts du home. C'est ce type de réflexion qui a présidé à la création envisagée d'un home d'accueil temporaire avec foyer de jour sur le Littoral neuchâtelois, dont la nécessité est clairement démontrée dans le bas du canton.

Concept de gériatrie hospitalière

La commission de gériatrie a proposé la création d'un centre de compétences, notamment gériatrique, dans les Montagnes neuchâteloises. Celui-ci ne nécessiterait que des moyens légers puisqu'il s'appuierait sur l'infrastructure des Hôpitaux de La Chaux-de-Fonds et de Perreux.

Sous une forme presque similaire, les propositions de la commission de gériatrie ont été retenues par le Conseil de santé, dont l'aboutissement consiste dans les travaux en cours à l'Hôpital du Locle et la redéfinition de sa mission.

Logements

En matière de construction de logements spécialement réservés aux personnes âgées, l'indice de planification retenu est de 25 lits pour 1000 habitants sur la population âgée de 65 ans et plus. Inégalement répartis sur l'ensemble du territoire cantonal, les besoins en logements adaptés aux handicaps de la vieillesse sont cependant couverts. Toutefois, si les immeubles réservés aux personnes âgées sont satisfaisants sur le plan quantitatif, l'aspect qualitatif peut être considérablement amélioré. Dès lors, le Conseil de santé a soutenu la proposition d'étudier la possibilité de fournir aux locataires âgés, par l'intermédiaire d'un home médicalisé de la région, des services et des prestations internes et externes aux bâtiments correspondant à leurs besoins spécifiques en matière de prestations de repas, de ménage, de soins, voire d'animation.

Motion des députés radicaux du Val-de-Ruz

La motion s'interroge sur l'avenir des homes simples, menacé selon une étude datant de 1992-1993. L'expérience nous montre que les perspectives indiquées dans l'étude en question se sont confirmées d'année en année et que les personnes nécessitant un hébergement en home simple sont de moins en moins nombreuses. Cela tient principalement à l'amélioration des conditions de maintien à domicile et aux progrès réalisés par les techniques médicales. Les constats mis en évidence par la méthode PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) montrent effectivement un lent mais constant alourdissement de la charge en soins infirmiers des résidants de nos institutions pour personnes âgées. Actuellement, les personnes âgées sont hébergées de plus en plus tardivement dans leur cursus de vie.

D'autre part, nous observons que la plupart des personnes qui ne nécessitent que peu de soins aux premiers temps de leur séjour en établissement médico-social, voient souvent

leur état de santé se dégrader. Chaque hébergement est donc progressivement médicalisé et il n'est pas envisageable de transférer les personnes d'un établissement à l'autre au fur et à mesure de leur besoin en soins, générant ainsi un nouveau déracinement pour le résident ou la résidente déjà fragilisé-e dans sa santé. La structure d'accueil doit donc être en mesure d'offrir les prestations nécessaires, également sur le plan médical.

En résumé, le besoin en lits "simples" diminue constamment. Pour répondre au besoin de la population neuchâteloise, il s'agit d'offrir un nombre suffisant de lits "simples" dans des structures médicalisées. Enfin, le projet d'ouverture d'un home médicalisé d'accueil temporaire sur le Littoral avec un foyer de jour comble un vide dans l'organisation de notre système sanitaire. Cela contribue également au maintien à domicile des patients et, en cela, diminue le nombre d'hébergement en home simple.

Au niveau institutionnel, la fermeture de trois homes simples est essentiellement due à une impossibilité d'adapter leurs bâtiments à une nouvelle mission. En revanche, les institutions dont les bâtiments permettaient une telle adaptation l'ont entreprise, suivant par là l'évolution des besoins en matière de prise en charge et de soins des personnes âgées.

Le tableau suivant donne l'évolution du nombre de lits dans les différents types d'institutions:

	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
Lits dans les homes médicalisés	1800	1781	1814	1830	1880
Lits dans les homes non médicalisés	458	405	379	332	300
Total	**2258**	**2186**	**2193**	**2162**	**2180**
Pourcentages de lits dans les homes non médicalisés	20%	19%	17%	15%	14%

Nous constatons une légère baisse du nombre de lits dans les homes, accompagnée d'un transfert de lits du secteur non médicalisé au secteur médicalisé. Il faut souligner que notre canton possède une capacité en lits et une organisation du secteur des établissements médico-sociaux adaptés aux besoins. Nous n'avons pas dû, à l'image d'autres cantons, construire en urgence de nouveaux bâtiments. D'autre part, à l'avenir nous devrions pouvoir contenir l'augmentation du besoin en soins de la population âgée sans augmentation du nombre de lits dans les homes, grâce au potentiel d'évolution des services d'aide et de soins à domicile. En effet, ce dernier secteur est largement sous-doté en comparaisons intercantonales.

D'autre part, le Conseil d'État était invité à clarifier la situation entre homes publics (LESPA) et homes privés. A l'origine, les homes publics recevaient des subventions aux coûts de fonctionnement et d'investissement alors que les homes privés n'avaient droit à aucune aide des pouvoirs publics. Cette conception, en accordant une aide à l'institution plutôt qu'à la personne, avait le désavantage d'aider les pensionnaires des homes publics indépendamment de leur situation financière, alors que les autres étaient clairement défavorisés. Le Conseil d'État a voulu mettre les homes sur un pied d'égalité, sans tenir compte de leur statut juridique, et axer sa politique sur des aides à la personne. Dans la situation actuelle, les pensionnaires peuvent avoir accès aux prix de pension réduits dans tous les établissements en fonction de leur situation financière personnelle et indépendamment du statut juridique de l'institution. Les homes publics n'ont plus la possibilité d'obtenir une subvention aux investissements; par contre, ils peuvent toujours bénéficier d'une subvention aux coûts d'exploitation. Cela se justifie par des prestations d'intérêts publics qu'ils sont appelés à fournir, notamment sur le plan de la formation et de l'intervention pluridisciplinaire. La couverture du déficit ne représente aujourd'hui que 2% des coûts de fonctionnement de l'ensemble des homes LESPA.

Enfin, les auteurs de la motion ont demandé de revoir l'aspect normatif des dispositions législatives ou ordonnances d'exécution dans le domaine. Le Conseil d'État s'est penché sur la question et, fort du préavis positif du Conseil de Santé, a mis en vigueur en août 2002, après consultation des milieux concernés, un règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI) ainsi que le règlement d'exécution de la loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées (RELESPA).

6.4 Révision de la loi de santé

Entrée en vigueur le 1er janvier 1996, la loi de santé ne correspondait plus aux réalités actuelles sur plusieurs objets liés à de nouvelles dispositions fédérales - accords bilatéraux - médicaments et dispositifs médicaux - interruption légale de la grossesse - ou à une évolution de la société - consentement libre et éclairé - protection des patients hospitalisés en milieu psychiatrique.

Cette situation a conduit le DJSS avec les responsables du service cantonal de la santé publique à soumettre au Conseil d'Etat puis au Grand Conseil un projet de révision, lequel a été adopté en séance du 24 février 2004 et est entré en vigueur le 1er mai 2004. Cette révision touche les points principaux suivants:

Mesures de contrainte. Les mesures de contrainte comme les traitements forcés sont une réalité, principalement en psychiatrie mais aussi dans les homes pour personnes âgées. Il devenait urgent d'ancrer dans une loi une disposition permettant de réglementer ces pratiques et de définir très strictement dans quelles conditions le recours à ce type de mesures est admissible.

Droit d'être informé. Cette disposition traite du patient incapable de discernement et introduit la notion, outre de représentant légal, du représentant thérapeutique, soit la personne désignée par le patient dans des directives anticipées pour le représenter et opérer des choix à sa place. Cette personne a donc droit à l'information que le médecin aurait donnée au patient capable de discernement.

Consentement libre et éclairé. Lorsque le patient est capable de discernement, sa volonté doit être suivie, dès lors qu'elle apparaît libre et éclairée. Le consentement éclairé est une exigence que la jurisprudence a déduit des règles générales sur le droit de la personnalité ainsi que sur le droit constitutionnel à la liberté personnelle.

Directives anticipées. Il arrive que le patient désigne lui-même une personne chargée de prendre les décisions médicales nécessaires au cas où il en serait empêché. Il s'agit d'un représentant thérapeutique qui a la compétence d'accepter ou de refuser un acte médical. Il peut s'agir du conjoint, d'un proche parent ou d'un ami.

Interruption de grossesse non punissable. L'entrée en vigueur de la nouvelle teneur de l'article 119 du code pénal suisse a nécessité la modification d'un article de la loi. La nouvelle procédure simplifiée ne nécessite en effet plus la désignation d'un médecin spécialiste avant de procéder à l'interruption de grossesse.

6.5. Commission "cantonale" des médicaments

La commission "cantonale" des médicaments a été créée en novembre 2000 sur initiative des professionnels et des directions des hôpitaux du canton. Elle est composée de médecins, de pharmaciens et d'un directeur, employés par les hôpitaux de soins physiques, parties à la convention. Il s'agit plus particulièrement de la convention dite des pharmacies associées des hôpitaux Cadolles-Pourtalès, de La Chaux-de-Fonds, de La Providence, du Locle, du Val-de-Travers, du Val-de-Ruz et de La Béroche.

Une des missions principales de cette commission est la réalisation d'une liste "cantonale" des médicaments. A terme, l'objectif de la liste est d'harmoniser le plus possible le choix des médicaments utilisés dans les hôpitaux du canton, tout en respectant au mieux les spécificités et les besoins particuliers de chaque établissement.

Les buts de cette harmonisation sont:

– de conduire à des pratiques thérapeutiques semblables (best practice);

– de permettre à tous les professionnels de la santé de connaître les produits disponibles dans les hôpitaux;

– de contribuer à améliorer et faciliter les conditions de transfert des patients entre hôpitaux;

– d'améliorer les conditions financières d'acquisition de mêmes médicaments pour l'ensemble des hôpitaux par la conclusion de marchés à l'échelle cantonale.

Dès sa création, la commission s'est penchée sur la rédaction du bréviaire des médicaments, à savoir un mini-compendium de poche, outil de travail généralement apprécié par le corps médical. En effet, le lecteur dispose à la fois de la liste des médicaments utilisés dans son établissement, de leur disponibilité dans la pharmacie de l'hôpital ainsi que d'une information pharmacologique succincte. En outre, il peut y trouver le prix public de tous les produits du marché suisse, y compris ceux de la liste. La commission cantonale, avec l'appui des commissions des médicaments de chaque institution hospitalière, s'engage à poursuivre ses efforts en vue d'harmoniser au mieux la gamme des produits utilisés dans notre canton pour atteindre les objectifs susmentionnés.

Un soin particulier a été apporté à faire connaître les équivalences des médicaments de marque avec leurs génériques, ceci dans le souci d'offrir des médicaments à meilleurs prix, notamment pour la poursuite des traitements une fois le patient hors de l'institution.

6.6. Services d'aide et de soins à domicile

Les services d'aide et de soins à domicile représentent une pièce importante de l'organisation sanitaire cantonale. A ce titre, ils méritent une attention particulière dans ce rapport, ce d'autant plus qu'une motion a été acceptée par le Grand Conseil demandant au Conseil d'État d'étudier l'extension des prestations des services concernés (motion Guillaume-Gentil-Henry).

Travaux menés par la commission d'aide et de soins à domicile

La commission a siégé à plusieurs reprises jusqu'en 2002. Les travaux ont été menés autour de trois études dont voici les points saillants. La première étude réalisée par le bureau de recherche en sciences sociales ReSo avait pour objectif de repérer les attentes de client-e-s potentiel-le-s des services d'aide et de soins à domicile (SAD) ainsi que celles de professionnels, en vue de pouvoir proposer une offre de qualité qui leur soit adaptée. Des recommandations peuvent être tirées à partir des conclusions de ce rapport:

– Une meilleure connaissance des besoins des différentes personnes susceptibles de faire appel aux SAD - ou y recourant actuellement – devrait permettre, à terme, d’ajuster les prestations aux besoins exprimés, de mieux définir l’offre et la clientèle à approcher.

– Usagers potentiels et type d'intervention:

• Personnes âgées	Intensification de la dimension relationnelle; aide au ménage individualisée; élargissement des horaires.
• Mères de famille	Aide domestique liée ou non à la maladie; prestations éducatives; prise en compte des besoins familiaux.
• Malades physiques	Prestations éducatives; élargissement des horaires.
• Malades psychiques	Prestations socio-éducatives; gestion rapide de l'urgence (permanence téléphonique en cas de crise d'angoisse); attitude professionnelle, souple et tolérante.
• Toxicomanes/alcooliques	Prestations socio-éducatives; attitude professionnelle, souple et tolérante.
• Entourage de personnes non-autonomes	Soutien; décharge ponctuelle.

– Renforcement de la souplesse d'intervention de la part des SAD et meilleure prise en compte des besoins individuels et des petites tâches du quotidien (soutenir, encadrer, conseiller, aider le client pour les questions administratives ou pour les activités journalières comme l'alimentation, la couture, l'hygiène, etc.).

– Revoir les normes et les délimitations des interventions, qui sont actuellement basées sur la maladie ou sur l'âge des usagers potentiels et inappropriées pour d'autres bénéficiaires éventuels dont les besoins découlant de la vie quotidienne diffèrent sensiblement. Les prestations des SAD ne devraient pas se limiter à la personne malade, mais être élargies à son entourage.

– Élargissement des horaires d'intervention le soir et gestion des urgences surtout pour les cas relevant du domaine de la psychiatrie et de la dépendance.

– Amélioration et diffusion de l'information relative aux prestations des SAD.

– Élargissement des prestations en matière de transports.

– Amélioration de la formation des professionnels afin de répondre adéquatement aux besoins des malades psychiques, des patients dépendants (drogue et alcool) et des personnes étrangères (prise en compte de la dimension culturelle).

– La collaboration avec les services privés dans un esprit de partenariat et l'intensification des échanges avec les hôpitaux et d'autres acteurs sociaux pourraient s'avérer constructif et fructueux pour le dispositif cantonal des SAD. De plus, cela permettrait de résoudre certains des problèmes évoqués plus haut

La deuxième étude, confiée à Monsieur Jean-Noël Du Pasquier, relève d'une demande de l'Etat qui a souhaité fournir un appui à la Fédération neuchâteloise des fondations d'aide et de soins à domicile afin de mieux saisir l'évolution de l'activité des services à domicile dans le canton de Neuchâtel de 1996 à 1999. Bien que les résultats de l'étude soient décevants et que la question initialement posée *"Y a-t-il eu stagnation ou diminution de l'activité des SAD et pourquoi?"* reste sans réponse probante (et pour cause, les données mises à disposition n'étaient tout simplement pas adéquates), l'auteur du rapport et les membres de la commission ont identifié un certain nombre de pistes de réflexion:

– Le système de gestion des SAD devrait être revu dans le but de calibrer correctement l'offre aux besoins réels de la population. Cette démarche ne se réduit pas à la

dimension neuchâteloise, mais s'étend à l'ensemble de la Suisse et exige un changement d'attitude de la part des instances fédérales (OFAS) et des caisses-maladie.

– Évaluer la place occupée par les SAD au sein du réseau sanitaire cantonal selon les missions qui lui sont propres, à savoir l'allégement de la charge des homes et des hôpitaux. Les SAD devraient normalement être passablement sollicités par ces deux types d'institutions, mais les données analysées par l'étude démontrent plutôt une défaillance de la prise en charge de cette clientèle. Il faudrait dès lors que les systèmes d'information de tous les acteurs du réseau de santé, médecins privés, hôpitaux, homes et SAD, puissent dialoguer entre eux.

Le troisième document disponible est le résultat d'une enquête réalisée par un membre de la commission SAD, Monsieur Jean-Paul Studer. Menée auprès des omnipraticiens du canton – qui sont les prescripteurs le plus importants de l'intervention de soins à domicile -, cette enquête avait pour objectif de faire le point sur l'utilisation des SAD à leur initiative, d'analyser leurs contacts avec ces services et d'évaluer leur degré de satisfaction par rapport aux prestations offertes.

Les pistes d'améliorations suivantes ont été relevées dans le but de combler des lacunes et de garantir des prestations optimales aux bénéficiaires:

– manque de formation continue des professionnels pour les situations spécifiques;
– absence de guidelines pour les soins spécifiques (ex. traitement des escarres);
– manque de collaboration avec d'autres structures;
– collaboration déficitaire entre les infirmières et les aides familiales.

Ces trois études ne représentent pas seulement une base de réflexion indispensable pour le travail de la commission mais elles sont appelées à susciter également l'intérêt des acteurs neuchâtelois de l'aide et des soins à domicile.

Travaux menés par la Fédération neuchâteloise des fondations d'aide et de soins à domicile

L'essentiel des travaux a porté sur un concept de restructuration organisationnelle autour de deux idées fortes, soit la création d'équipes pluridisciplinaires à l'intérieur des centres de santé et la mise en place d'une unité administrative centralisée. Cette dernière est aujourd'hui fonctionnelle et la plupart des centres de santé auront délégué leur comptabilité et la gestion de leurs salaires cette année encore à cet organisme, comme cela leur a été demandé par le département.

La complexification des tâches dans le cadre du maintien à domicile conduit inévitablement à une approche pluridisciplinaire des patients traités, qui présentent des pathologies de plus en plus "lourdes". Le modèle proposé par SAD 21 doit permettre aux centres de santé de préparer cette évolution en ayant à disposition un modèle de référence. L'autre aspect important du mandat, développé dans une perspective de renforcement des prestations au domicile des patients, a été l'élaboration d'un document de référence: la liste des prestations médico-sociales des Centres régionaux de santé.

Ce document a été avalisé par le département mais les tests prévus, liés notamment à l'extension des horaires, n'ont malheureusement pas pu avoir lieu comme prévu. L'objectif en terme de prestations est néanmoins défini et les Centres régionaux de santé sont appelés à fournir ces prestations moyennant le concours de partenaires externes et de conventions de collaborations.

La liste des prestations médico-sociales des Centres régionaux de santé est la suivante:

– permanence téléphonique les jours ouvrables: 7h30-12h, 14h-18h, du lundi au vendredi, possibilité de contact en dehors des heures d'ouverture;

– interventions 7 jours sur 7 pour les soins de 6h à 22h, avec examens pour les demandes spéciales et l'élaboration des repas ou aide à la prise des repas;

– interventions pour l'aide au ménage du lundi au vendredi de 7h30 à 12h00 et de 14h00à 18h00;

– délai de l'intervention dans les 24 heures qui suivent la demande;

– services et prestations offerts:

  - assurer des prestations de soins, de soutien, de réadaptation, d'intégration sociale et d'éducation à la santé;

  - maintenir et renforcer l'autonomie et l'indépendance du client en valorisant sa responsabilité individuelle ainsi que celle de son entourage dans le but d'une participation active.

– Les Centres régionaux de santé proposent:

  - des prestations liées aux activités de la vie quotidienne, telles que les soins de base et la tenue du ménage;

  - des prestations de soins infirmiers, thérapeutiques et médico-techniques dans une démarche de réhabilitation et de prévention;

  - des prestations d'ordre social et économique en relation avec la situation du client.

Par ailleurs, ils collaborent activement avec tous les services partenaires du maintien à domicile qui soutiennent et déchargent le réseau principal.

Le document est ensuite complété par une liste exhaustive des diverses prestations devant idéalement être fournies dans le cadre d'un centre régional de santé et qui sont les suivantes: évaluation de la demande, coordination des intervenants, orientation dans le réseau sanitaire, conseils, examens et soins, soins de base, aide au ménage, aide à la famille, présence de jour, soutien et accompagnement, veilles, prestations sociales, ergothérapie, repas à domicile, télé vigilance, moyens auxiliaires.

Motion Marianne Guillaume-Gentil-Henry 96.138, **"Elargissement des prestations d'aide et de soins à domicile dans le cadre des centres de santé"**

Dans son programme de législature 2002-2005 le Conseil d'Etat dit, dans un chapitre intitulé "Prise en charge des personnes âgées", que:

> *…l'action des services d'aide et de soins à domicile doit être renforcée et assouplie. Plusieurs études récentes de la commission aide et soins à domicile du Conseil de santé confirment que la couverture en aide et en soins dans notre canton souffre d'un manque d'intensité et d'un défaut de flexibilité. La Fédération des fondations d'aide et de soins à domicile a lancé d'importants travaux de restructuration de l'action des services, considérant que l'aide et les soins doivent être mieux intégrés*

dans des équipes mixtes. Par ailleurs, les moyens globalement mis à disposition devront certainement être renforcés….

Cette déclaration du Conseil d'Etat, analysée conjointement avec les points précédents de ce chapitre, et notamment avec la liste des prestations élaborée par la Fédération, indique que non seulement l'extension des horaires en soirée est nécessaire mais que c'est toute l'action des prestataires actifs dans le maintien à domicile qui doit être adaptée en fonction des nouvelles réalités.

Il ne fait donc plus de doute que la question posée par la motion est pertinente et qu'il doit y être répondu positivement. La motion demande que le Conseil d'Etat étudie la possibilité d'une adaptation des horaires en soirée. Vu ce qui précède, il convient de considérer l'objectif comme réalisé. Il s'agit maintenant d'inciter les centres régionaux de santé à élargir leurs prestations de manière harmonisée, conformément à la liste des "Prestations médico-sociales des Centres régionaux de santé".

La mise en application effective de ces mesures se heurte à un problème de structure de notre organisation de santé. En effet, la réponse à la motion implique une augmentation de l'offre de soins et, par là même, des ressources nécessaires en personnel dans les Centres de santé. Or les fondations et associations propriétaires des centres sont d'essence communale et peu enclines à augmenter volontairement leur contribution financière au système. Les tests relatifs à l'extension des horaires par exemple, ont fait ressortir le peu d'empressement, voire l'opposition caractérisée de certains centres face à la demande du DJSS d'augmenter leur offre de prestations. Le but pour de nombreuses communes est davantage tourné vers la seule limitation des dépenses de leur centre de santé, même si cela a pour conséquence le maintien en institution de personnes qui pourraient retourner à domicile.

La reprise de l'intégralité du financement de l'aide et des soins à domicile par l'État selon les règles définies par le deuxième volet du désenchevêtrement des tâches entre l'État et les communes règle la question du financement et des centres de décision. Il s'agit maintenant de mettre en place une structure cantonale harmonisée en s'appuyant sur les forces en présence. Le DJSS s'attachera dans les prochains mois à ce que tous les centres régionaux de santé adaptent leur offre de prestations conformément à la liste susmentionnée.

Rappelons en outre que le développement des soins à domicile doit permettre d'éviter un placement précoce des personnes âgées en institution, améliorant par là grandement leur qualité de vie. De plus, le maintien à domicile coûte moins cher qu'un séjour en institution et évite de devoir équiper le canton d'infrastructures supplémentaires. L'amélioration intervenue ces dernières années a déjà permis une légère diminution du nombre de lits dans les homes.

Travaux principaux en cours

Conformément au principe énoncé à l'article 11 alinéa 2 de la loi sur les subventions et dans l'optique de parvenir à un financement efficient des centres régionaux de santé, il a été décidé d'abandonner le mécanisme de couverture des déficits pour mettre en place un financement à la prestation, justement sur la base de la liste citée plus haut qui peut servir de cadre pour des mandats de prestations. Les travaux débuteront dans le courant de 2004 et l'objectif est que le nouveau système soit opérationnel dès l'exercice comptable 2006.

En date du 29 janvier 2004, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a suggéré aux cantons de recommander l'introduction de l'outil RAI domicile. La CDS suit en cela la position de l'Association suisse des services d'aide et de

soins à domicile qui prévoit une introduction de l'outil au 1er janvier 2006 au plus tard dans tous les services du pays. RAI domicile est un outil d'évaluation uniformisé des besoins des clients, qui répond notamment aux exigences en matière d'évaluation de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). L'outil choisi provient des Etats-Unis et durant ces deux dernières années a fait l'objet d'une adaptation aux réalités suisses; il a été soumis au test de la pratique dans le cadre d'une phase-pilote, à laquelle a pris part le Centre de santé de Neuchâtel.

6.7. Impact des mesures adoptées au niveau fédéral

6.7.1. Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire

En date du 3 juillet 2002, le Conseil fédéral a adopté l'ordonnance précitée afin de tenter de réduire les coûts de la santé. En accord avec les autres cantons romands, notre canton a décidé, par son arrêté d'application du 18 décembre 2002, entré en vigueur le 1er janvier 2003, de limiter la portée de l'ordonnance fédérale aux seuls médecins.

Rappelons que, jusqu'à la date du 3 juillet 2002, tout médecin qui obtenait un droit de pratiquer dans le canton avait de facto le droit de facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Ce n'est plus le cas maintenant et tout nouveau médecin doit être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, octroyée par le DJSS pour être reconnu en tant que tel par santésuisse. Ces nouvelles dispositions fédérales donnent au canton un devoir de planification dans le domaine ambulatoire. Dans un premier temps, il a fallu déterminer l'offre en la matière dans le canton. Une enquête a été menée auprès de tous les médecins au bénéfice d'un droit de pratique afin de déterminer leur taux d'activité réel. Rappelons en effet, qu'en raison de la féminisation toujours plus importante de la profession, nombre de praticiennes n'exercent pas à plein temps. Jusqu'ici, l'application de l'ordonnance fédérale n'a pas posé de très grands problèmes. Ces nouvelles dispositions ont par contre permis de faire pression sur certains spécialistes afin qu'ils s'installent dans des régions moins attrayantes que les autres, souffrant d'une pénurie de médecins. Depuis la mise en vigueur de l'ordonnance, et jusqu'à fin 2003, un nombre restreint de médecins a reçu une autorisation de pratiquer dans un cabinet privé à charge de l'assurance obligatoire des soins. Il s'agit de deux psychiatres-psychothérapeutes, d'un ophtalmologue, d'un chirurgien spécialisé en chirurgie plastique et reconstructive et d'un médecin généraliste.

L'entrée en vigueur de cette disposition a mis en lumière le peu d'information dont disposent les cantons en matière de pratique en cabinet privé. Il est devenu dès lors évident qu'une étude sur la démographie médicale devrait être mise en place au plan fédéral afin de palier rapidement à cette lacune. La validité de l'ordonnance fédérale a d'ailleurs été limitée au 3 juillet 2005 en attendant la mise en place d'un autre système que les récents messages du Conseil fédéral sur la révision de la LAMal identifient par la suppression de l'obligation pour les assureurs de rembourser tous les médecins. L'ordonnance du 3 juillet 2002 empêche de jeunes médecins au bénéfice d'une formation récente de s'installer, ce qui aura pour conséquence de diminuer, à terme, la qualité des soins dispensés dans notre pays.

6.7.2. Loi sur les produits thérapeutiques (LPTh) et ordonnances

La loi fédérale sur les médicaments et dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques - LPTh) est entrée en vigueur le 1er janvier 2002. L'office intercantonal des médicaments (OICM) et une partie de l'Office fédéral de la santé publique ont fusionné pour créer l'Institut suisse des produits thérapeutiques – swissmedic. Les cantons

participent au capital de dotation de swissmedic et ont pu désigner 3 des 7 membres du Conseil de l'Institut, organe dirigeant de swissmedic.

Mis à part la dotation de départ, les cantons ne participent pas financièrement à swissmedic. Ils gardent en revanche la charge des inspectorats régionaux et les postes cantonaux ad hoc. Contrairement aux propos tenus dans le message du Conseil fédéral au Parlement concernant la LPTh, et au vu des développements actuels, les cantons seront vraisemblablement amenés à augmenter leur dotation en personnel qualifié pour remplir les tâches assignées par la législation fédérale dans le contrôle du marché.

Les ordonnances d'application de la LPTh ne sont pas encore toutes élaborées à ce jour. Néanmoins, on constate un net renforcement des tâches de contrôle dans le domaine d'exécution des cantons. Par exemple, on notera l'élargissement des canaux de distribution des médicaments (vente par correspondance, médecins alternatifs), le renforcement de la sécurisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux dans les institutions de santé, le contrôle renforcé de l'utilisation des médicaments vétérinaires, le contrôle des sites de remise des dispositifs médicaux, le contrôle des hôpitaux conservant des produits sanguins labiles, etc.

Il est encore trop tôt pour évaluer les implications financières pour le canton de l'entrée en vigueur de la LPTh dans le domaine du contrôle des produits thérapeutiques. On peut toutefois signaler que la contribution annuelle à l'OICM (116.000 francs) a été supprimée.

Par ailleurs, l'entrée en vigueur de cette loi sanitaire a eu d'emblée des conséquences financières inattendues sur le coût d'acquisition des médicaments par les hôpitaux.

En effet, en vertu de l'article 33 LPTh, les rabais consentis aux hôpitaux par l'industrie pharmaceutique sur le prix des médicaments doivent être justifiés économiquement et correspondre à ce qui est usuel dans la branche. Les entreprises ont revu leurs conditions de vente, ce qui a conduit à une hausse de 10% en moyenne du prix des médicaments vendus aux hôpitaux dans notre pays.

Le surcoût évalué sur la base du marché hospitalier cantonal est de l'ordre de 800.000 à 900.000 francs par année pour Neuchâtel.

Ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim)

Depuis le 1er janvier 2002, l'ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim) est l'une des ordonnances d'application de la LPTh. De nouvelles dispositions contraignantes ont été introduites par rapport à l'ancien texte de 1996. On citera notamment la matériovigilance, l'obligation de procéder à une maintenance régulière et documentée des appareils ou instruments médicaux et les nouvelles normes en matière de stérilisation du matériel médical.

Ces nouvelles exigences en matière de qualité et de sécurité impliquent d'importants investissements dans nos hôpitaux (infrastructure et qualification du personnel).
Chaque hôpital doit établir un plan de maintenance de ses appareils et instruments tombant dans le domaine d'application de l'ODim.

Il a été nécessaire de prendre des mesures pour améliorer la qualité des services de stérilisation. En plus des investissements d'infrastructure réalisés dans plusieurs hôpitaux en matière de stérilisation, un consultant externe a été mandaté pour soutenir les responsables de stérilisation dans l'élaboration de leurs systèmes d'assurance de la qualité. Cet effort sera poursuivi en 2004.

Ordonnance sur la prévention de la maladie de Creutzfeldt-Jakob lors des interventions médico-chirurgicales (OMCJ)

Cette ordonnance, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, complète de manière très spécifique les exigences de l'ODim en matière de décontamination et de stérilisation du matériel chirurgical réutilisable.

En raison des propriétés de l'agent responsable de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, le prion, et de son caractère infectieux particulier, il s'est avéré nécessaire de prendre des mesures immédiates pour améliorer la sécurité des instruments chirurgicaux réutilisables. En effet, les méthodes habituelles de nettoyage et de stérilisation ne suffisent pas pour éliminer les prions des instruments chirurgicaux. C'est pourquoi, le Conseil fédéral a élaboré une ordonnance particulière précisant les méthodes à appliquer pour la décontamination, le nettoyage et la stérilisation des instruments. Il devient obligatoire d'avoir recours à des méthodes validées de décontamination et de nettoyage avec des produits ne fixant pas les protéines.

Le prion étant constitué principalement de protéines, il peut conserver son caractère infectieux même après un traitement à la chaleur s'il reste "collé" sur les instruments. L'ordonnance fixe l'obligation d'élever la température et le temps de stérilisation à 134 °C pendant 18 minutes (précédemment, 121°C pendant 10 min ou 134 °C pendant 3 minutes). Toutes ces méthodes doivent être validées et les appareils qualifiés.

Les unités de stérilisation doivent modifier les programmes des autoclaves et, cas échéant, s'il ne devait pas être possible de procéder à cette opération, changer d'appareil. En outre, des procédures écrites pour la décontamination, le nettoyage, et pour le traitement à la chaleur (stérilisation) doivent être rédigées (en principe, l'ODim exige la même chose). Par ailleurs, aujourd'hui, pour la décontamination et le lavage, les spécialistes recommandent vivement d'utiliser des appareils automatiques et programmables. Ces appareils seront bientôt considérés comme un standard minimum.
Des rapports périodiques de qualification et validation doivent être établis (travaux conséquents) et soumis au service cantonal de la santé publique. On doit compter aussi sur la nécessité de remplacer plus fréquemment du matériel chirurgical qui supporte mal les traitements répétés à 134°C pendant 18 minutes. Par exemple, les instruments avec optique (fibroscopes) auront une durée de vie écourtée. La nouveauté en matière de contrôle par rapport à l'ODim est le fait que les cantons doivent veiller à l'application de ces procédures et contrôler les protocoles de qualification et validation, ceci chaque année. Des inspections des unités de stérilisation des hôpitaux seront entreprises.

Bien évidemment, l'ensemble de ces mesures entraîne ipso facto une augmentation des charges hospitalières.

6.7.3. Loi fédérale urgente sur le financement hospitalier (Lfu)

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, l'assurance obligatoire des soins est tenue de prendre en charge jusqu'à 50% au maximum des frais d'exploitation de la division commune des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Les charges d'exploitation restantes étant couvertes par ces derniers.

Dans un arrêt rendu le 30 novembre 2001, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) contraignait les cantons à verser également une contribution financière aux prestations intracantonales couvertes par l'assurance obligatoire et fournies dans les divisions privée et semi-privée d'un hôpital subventionné. Le TFA avait ainsi tranché le désaccord existant depuis 1996 entre les assureurs-maladie complémentaires et les cantons sur l'interprétation de la LAMal quant au financement des traitements hospitaliers dans les divisions privée et semi-privée. Les assureurs-maladie exerçant dans le cadre de

l'assurance obligatoire des soins ont également dû prendre en charge une partie des dépenses jusqu'ici assumées par les assurances complémentaires, ce qui s'est traduit par des augmentations des primes.

Par le biais d'une loi fédérale urgente (Lfu), entrée en vigueur rétroactivement au 1er janvier 2002, et d'une durée limitée jusqu'à fin 2004, les chambres fédérales avaient décidé d'une application échelonnée de cet arrêté pour assurer une transition harmonieuse vers la révision de la LAMal en cours de discussion, qui prévoyait notamment un changement du mode de financement des hôpitaux. Le 1,2 milliard de francs que les cantons ont été appelés à débourser pour les années 2002-2004 pour les traitements correspondants se sont repartis ainsi:

	2002	**2003**	**2004**
	En millions de francs		
Total cantons	300	400	500
Canton de Neuchâtel	7,2	9,6	12

La Lfu avait été complétée par un accord extrajudiciaire passé entre la CDS et santésuisse. Dans le cadre de cet accord du 30 juin 2002, les cantons avaient versé aux caisses-maladie complémentaires un montant forfaitaire de 250 millions de francs pour l'année 2001 pour les traitements hospitaliers correspondants (part du canton de 4,38 millions de francs). En octobre 2002, la caisse-maladie Assura, qui n'a pas signé cet accord, a engagé un référendum contre la Lfu. Ce dernier a été refusé par le peuple le 9 février 2003.

Les conséquences de la Lfu sont donc financières. Celle-ci accroît progressivement la part de financement des cantons aux traitements hospitaliers des assurés en division privée et semi-privée. Les cantons participent ainsi au financement à raison de 60% des tarifs dus par les assureurs pour les résidents du canton pour la division commune de l'hôpital concerné en 2002, de 80% de ces mêmes tarifs en 2003 et de 100% en 2004. L'adoption de cette loi fédérale urgente et la signature de l'accord extrajudiciaire ont eu, ont et auront des conséquences financières pour tous les cantons.

La 2e révision de la LAMal qui devait apporter une solution définitive à la problématique du financement hospitalier a échoué en décembre 2003, mais des nouveaux projets concernant la réforme de l'assurance-maladie ont déjà été présentés aux cantons et aux autres partenaires. Dans l'attente d'une nouvelle réglementation, il s'agira prioritairement de prolonger la durée de la Lfu qui arrive à échéance le 31 décembre 2004. Le risque de voir s'étendre l'obligation des cantons à participer également aux hospitalisations dans des cliniques privées à but lucratif est réel et fera, le cas échéant, encore une fois grimper la facture à charge des collectivités publiques.

6.7.4. Tarmed (nouveau tarif médical)

Depuis plus de 20 ans, deux projets étaient menés en parallèle pour la réunion de deux systèmes de tarification, soit le catalogue des prestations hospitalières (CPH) pour les soins ambulatoires en milieu hospitalier public et le tarif médical en vigueur pour les cabinets privés:

– celui de la FMH (projet Grat) qui fondait le tout en un catalogue dont l'idée de base était de mesurer la charge de chaque activité;

– celui du groupe de travail hospitalier (projet Infra) qui valorisait les prestations des infrastructures hospitalières.

En tant que nouvelle structure des tarifs médicaux unifiée et valable pour toute la Suisse, Tarmed est la réunion de ces 2 projets. Il prévoit environ 4500 positions tarifaires correspondant aux prestations médicales ambulatoires.

Le principe fondamental de cette nouvelle nomenclature tarifaire est de séparer les prestations médicales intellectuelles et techniques afin de revaloriser les premières. Vu l'impact financier que ce changement de paradigme pouvait signifier, les assureurs-maladie ont exigé l'introduction dans les conventions-cadre d'une clause garantissant la neutralité des coûts de l'opération. Afin de réaliser cet objectif de neutralité des coûts, il a été convenu de fixer deux tarifs différenciés par canton, soit une communauté tarifaire pour cabinets privés et une pour le secteur hospitalier. En effet, il était raisonnable de réunir des prestataires de soins qui suivent un raisonnement économique similaire (frais de fonctionnement de même nature).

Au final, la détermination de la valeur initiale du point Tarmed garantissant cette neutralité suit donc deux logiques:

– découpage des tarifs selon les frontières cantonales (le coût de la vie peut alors être pris en considération);

– séparation des cabinets des médecins installés et des services ambulatoires des hôpitaux (évitant ainsi les incitations perverses puisque, dans le cas contraire, le choix du lieu de traitement pourrait être fonction du tarif plutôt que de critères médico-économiques).

Les conventions-cadre Tarmed entre santésuisse et H+ (association faîtière des hôpitaux publics et privés de Suisse) d'une part et santésuisse et la FMH d'autre part, ont été approuvées par le Conseil fédéral le 30 septembre 2002.

Le CIGES s'est vu confier la tâche d'introduire la nouvelle nomenclature tarifaire au 1er janvier 2004 dans l'ensemble des hôpitaux et des instituts para-cliniques publics ou subventionnés du canton. Sur le plan technique, un nouveau logiciel informatique (OPALE) a tout d'abord dû être implanté dans les institutions de santé afin d'unifier les systèmes et permettre de répondre aux contraintes liées à l'introduction du Tarmed. Par ailleurs, de gros efforts ont été déployés pour valider le relevé des prestations effectuées dans le canton puis l'analyse, la rédaction et la vérification des fiches de prestation et chaînages d'activités, en collaboration avec le corps médical.

7. CLASSEMENT DES INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES

7.1. Postulat du groupe libéral-PPN 95.118

Le 28 mars 1995, suite au rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant une nouvelle étape de planification hospitalière, du 15 février 1995, le groupe libéral-PPN a déposé le postulat 95.118 libellé "Liberté d'établissement pour le personnel employé dans l'ensemble des hôpitaux publics dans le canton".

95.118
28 mars 1995
Postulat du groupe libéral-PPN
Liberté d'établissement pour le personnel employé dans l'ensemble des hôpitaux publics dans le canton

Suite à son rapport, nous demandons au Conseil d'Etat d'étudier les dispositions légales permettant d'assurer la liberté d'établissement des travailleurs dans ce secteur.

Les répercussions socio-économiques traitées dans le paragraphe qui leur est consacré montre de toute évidence qu'il est nécessaire d'envisager une déréglementation des conditions communales d'engagement du personnel. Si certaines communes ont déjà adopté ce mode de faire, d'autres, par contre se refusent à toute ouverture dans le sens que nous souhaitons par ce postulat.

La liberté d'établissement mérite que nous trouvions rapidement une solution qui irait vers plus de transparence et d'équité intercommunale.

Signataires: J.G. Béguin, J. Matile, J.-C. Guyot, I. Opan-Du Pasquier, M.-T. Ruedin, L. Rollier, C. Bernoulli, L. Chollet, J.-P. Bucher et Ch. Häsler, J. Grédy, A. Grandjean, J.-M. Haefliger, G. Attinger, J.-A. Choffet, V. Barrelet, P.-A. Brand, C. Ribaux, C. Vermot.

Ce postulat a été amendé et accepté par le Grand Conseil le 28 mars 1995.

Proposition

La mise en réseau des établissements hospitaliers, l'entrée en vigueur de la convention collective de travail CCT Santé 21 le 1er juillet 2004 ainsi que la réalisation de la péréquation financière constituent à notre avis les éléments de réponse suffisants à l'interrogation du groupe libéral-PPN permettant ainsi de classer le postulat 95.118. Aujourd'hui, il n'est en effet plus admissible de contraindre le personnel de la santé à choisir son domicile dans une commune particulière, si ce n'est éventuellement pour des raisons de proximité et de disponibilité dans quelques fonctions particulières.

7.2. Motion Marianne Guillaume-Gentil-Henry 96.138

Cette motion, primitivement déposée par Mme Chantal Ruedin-Fauché, le 1er octobre 1996, et reprise par Mme Marianne Guillaume-Gentil-Henry, a été amendée et acceptée par le Grand Conseil en date du 23 juin 1998.

96.138
1er octobre 1996
Motion Marianne Guillaume-Gentil-Henry
Élargissement des prestations d'aide et de soins à domicile dans le cadre des centres de santé

Nous demandons au Conseil d'Etat d'étudier les possibilités d'adapter les horaires d'aide et de soins à domicile en soirée (par exemple jusqu'à 22 heures), de manière à répondre aux besoins et aux demandes de la population.

Cosignataires: J. Philippin, M. Guillaume-Gentil-Henry, G. Bochsler-Thiébaud, B. Soguel, P. Willen, M.-A. Crelier-Lecoultre et M. Voelin.

Proposition

Comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré aux services d'aide et de soins à domicile, le Conseil d'État a marqué sa volonté, dans son programme de législature, d'aller dans le sens des auteurs de la motion.

La motion demandait au Conseil d'État d'étudier les possibilités d'extension des horaires, ce qui a été fait. Les différents travaux indiquent que non seulement l'extension des horaires en soirée est nécessaire mais que c'est toute l'action des prestataires actifs dans le maintien à domicile qui doit être adaptée en fonction des nouvelles réalités. Ces actions pourront être mises en place plus systématiquement et sur tout le territoire cantonal en parallèle avec l'organisation cantonale des services d'aide et de soins à domicile.

Au vu de ce qui précède et des arguments exposés dans le rapport, nous vous proposons de classer la motion 96.138 de Mme Guillaume-Gentil.

7.3. Motion Christian Piguet 99.166

La motion de M. Christian Piguet, déposée le 17 novembre 1999, a été amendée et acceptée par le Grand Conseil en date du 7 novembre 2000.

> **99.166**
> 17 novembre 1999
> **Motion Christian Piguet**
> **Semaine de 50 heures ou de 60 heures?**
>
> *Nous voulons parler des semaines de travail des médecins-assistants.*
>
> *Ils travaillent parfois même davantage que 60 heures par semaine, et les raisons invoquées sont du genre: ils ne sont pas soumis à la loi sur le travail, les hôpitaux ne tourneraient plus s'ils travaillaient moins, tous les médecins y ont passé, bref des raisons qui n'en sont pas, vestiges de traditions où l'exploitation des hommes servait à montrer qui était le plus fort.*
>
> *De tels horaires posent des problèmes évidents de fatigue, de stress, qui ont sans doute déjà provoqué des accidents.*
>
> *Mais c'est bien sur le plan éthique que cela est inacceptable: comment des hôpitaux publics peuvent-ils tolérer cela, alors que:*
>
> – *l'inégalité est flagrante avec les autres employés de l'Etat;*
> – *on sait que 40 à 45 heures de travail par semaine sont une limite dans des métiers à responsabilité comme ceux des médecins;*
> – *en période de chômage, les meilleures mesures consistent à introduire des temps partiels (reconnus pour réduire le stress) pour pouvoir engager davantage de personnes.*
>
> *Nous demandons donc au Conseil d'Etat d'étudier les voies et moyens pour trouver des solutions à ce problème, en coordination avec les travaux entrepris sur le plan romand et suisse, et en accord avec les principes émis par la planification, à savoir une nouvelle répartition des missions, respectivement des forces de travail, en particulier celles des médecins-assistants.*
>
> *Cosignataires: F. John, P.-A. Thiébaud, L. Debrot, E. Augsburger, D. de la Reussille, F. Portner, A.-V. Ducommun, A. Bringolf, L. Boegli et C. Gehringer.*

Proposition

Comme exposé au chapitre 5.2.2, la convention collective de travail pour médecins-assistants et chefs de clinique est entrée en vigueur le 1er avril 2003. Nous considérons donc que ces dispositions apportent les éléments de réponse demandés par la motion Piguet 99.166, pouvant ainsi être classée.

7.4. Motion interpartis 00.158

La motion interpartis, déposée le 3 octobre 2000, dont l'urgence a été acceptée, a été amendée et acceptée par le Grand Conseil en date du 4 octobre 2000.

00.158
3 octobre 2000
Motion interpartis
Causes et conséquences de la pénurie de personnel soignant dans les *hôpitaux neuchâtelois*

1. Conditions de travail pour le personnel soignant des hôpitaux

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

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

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

2. Recrutement des écoles d'infirmières

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

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

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

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

L'urgence est demandée.

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

Proposition

Nous considérons que la mise en vigueur des CCT santé 21, l'application des mesures salariales d'urgence et les travaux en cours au niveau intercantonal dans le cadre du GRSP, apportent une réponse aux deux aspects soulevés par la motion. Nous vous demandons dès lors de bien vouloir classer la motion interpartis 00.158.

7.5. Motion des députés radicaux du Val-de-Ruz, MM. Roland Debély, Jean-Bernard Wälti et Philippe Wälti 01.108

Le 19 mars 2002, une motion amendée, déposée par les députés radicaux du Val-de-Ruz était acceptée par le Grand Conseil.

> **01.108**
> 19 mars 2002
> **Motion des députés radicaux du Val-de Ruz, MM. Roland Debély, Jean-Bernard Wälti et Philippe Wälti**
> **Homes simples pour personnes âgées: quel avenir?**
>
> *Un groupe de travail "Avenir des homes simples" émanant de la commission LESPA a mené une enquête en 1992-1993 qui arrivait à la conclusion que l'existence des homes simples était à terme menacée.*
>
> *Le projet de planification hospitalière actuellement en voie de réalisation, le vieillissement de la population et l'évolution des coûts de la santé nous amènent à nous interroger sur les conclusions de l'étude de 1993. Cette option est-elle encore correcte et en adéquation avec la situation actuelle et future du réseau des soins dans notre canton?*
>
> *Nous invitons le Conseil d'Etat à réexaminer le but et la mission des homes simples en tenant compte des facteurs de sociabilité, de qualité de vie, de proximité et d'économies de coûts. Nous l'invitons également à clarifier la situation entre homes publics – ou les établissements dans lesquels l'Etat est engagé, comme la Fondation des établissements cantonaux pour personnes âgées (FECPA) – et les homes privés, ainsi que l'aspect normatif des dispositions législatives ou ordonnances d'exécution.*
>
> *Cosignataires: C. Blandenier, B. Zumsteg, J. Tschanz, P. Sandoz, F. Löffel, A. Gerber, M. Schafroth, W. Geiser et D. Challandes.*

Le Conseil d'État suit attentivement l'évolution de la situation dans le domaine du maintien à domicile comme celui de l'hébergement des personnes âgées. Dès lors, vu le traitement apporté à la demande des auteurs de la motion figurant au chapitre 6.5, nous vous prions de bien vouloir classer la motion 01.108 des députés radicaux du Val-de-Ruz.

8. CONCLUSIONS

Les options du Rapport de 1999 ont été largement suivies et la mise en œuvre de la planification sanitaire déploie ses effets conformément aux volontés exprimées alors. Rappelons que les éléments forts de la nouvelle organisation du paysage sanitaire cantonal étaient axés sur la mise en réseau et surtout la complémentarité des institutions de soins et plus largement des prestataires de soins. Les centres principaux se sont vu attribuer les missions aiguës alors que les hôpitaux régionaux devaient se spécialiser vers les suites de traitement voire la réadaptation.

La dernière étape de ce processus pourra être réalisée lors de la mise en exploitation du NHP, c'est-à-dire dans le courant de l'année 2005, conformément au calendrier fixé. Dès lors, les services de maternité et de chirurgie de l'Hôpital de Landeyeux seront à leur tour fermés et l'institution pourra effectuer sa mue en centre cantonal de réadaptation.

Au niveau financier, la planification sanitaire a permis de dégager des économies structurelles, ceci notamment grâce à la fermeture des services aigus dans les hôpitaux du Locle et de La Béroche, mais également par la répartition des types de prises en charge (lits A – lits B). La centralisation des activités administratives au CIGES a également été réalisée dans le but de générer des économies d'échelle. Ces économies ont permis de financer l'amélioration des conditions de travail du personnel concerné, conformément aux exigences de la motion interpartis d'octobre 2000.

Le Conseil d'État désire enfin souligner que les différents travaux ont pu être menés à bien grâce à la collaboration des différents partenaires. Nous tenons à les remercier pour les efforts consentis et pour leur engagement dans ce processus de longue haleine. En effet, dès le début de ces grandes réformes, le DJSS a opté pour un processus participatif, permettant aux acteurs de contribuer à leur mise en œuvre et de voir ainsi leurs préoccupations importantes intégrées dans le nouveau paysage sanitaire. Nous sommes persuadés qu'un projet partagé entre les partenaires a toutes les chances d'être conduit à son terme dans un climat pacifié.

Aujourd'hui, la mise en œuvre de la planification sanitaire n'est pas terminée et le Conseil d'État entend poursuivre le processus selon la ligne choisie. Toutefois, dans un paysage sanitaire en constante mutation, il est essentiel de tenir compte de l'actualité, notamment au niveau fédéral, et de s'orienter en fonction des expériences accumulées. C'est dans cet esprit que le Conseil d'État a décidé d'une part d'introduire un nouveau système de financement par prestation et d'autre part de mettre sur pied l'Établissement hospitalier multisite.

Le Conseil de santé s'est penché sur le rapport en date du 26 août 2004. Les remarques des membres ont été intégrées au rapport et les points encore obscurs ont été précisés. Les membres du Conseil de santé ont accepté que le rapport de planification soit soumis au Conseil d'État.

La loi de santé prévoit que le Conseil d'État présente tous les quatre ans un rapport d'information sur la planification sanitaire. C'est dans cet esprit que nous vous invitons à prendre acte du présent rapport et à classer les postulats et motions suivantes:

– postulat du groupe libéral-PPN 95.118, "Liberté d'établissement pour le personnel employé dans l'ensemble des hôpitaux publics dans le canton";

– motion Marianne Guillaume-Gentil-Henry 96.138, "Elargissement des prestations d'aide et de soins à domicile dans le cadre des centres de santé";

– motion Christian Piguet 99.166, "Semaine de 50 heures ou de 60 heures?";

– motion interpartis 00.158, "Causes et conséquences de la pénurie de personnel soignant dans les hôpitaux neuchâtelois";

– motion des députés radiaux du Val-de-Ruz, MM. Roland Debély, Jean-Bernard Wälti et Philippe Wälti 01.108, "Homes simples pour personnes âgées: quel avenir?".

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

Neuchâtel, le 8 septembre 2004

Au nom du Conseil d'Etat:

La présidente, S. PERRINJAQUET

Le chancelier, J.-M. REBER

TABLE DES MATIERES

		Pages
RESUME		1
1.	**INTRODUCTION**	3
2.	**INSTITUTIONS DE SOINS PHYSIQUES**	4
2.1.	Rappel des objectifs de la planification sanitaire de 1999	4
2.2.	Travaux réalisés	6
2.2.1.	Hôpital du Locle	6
2.2.2.	Hôpital de La Chaux-de-Fonds	7
2.2.3.	Hôpitaux Cadolles-Pourtalès	8
2.2.4.	Hôpital de La Providence	10
2.2.5.	Collaborations entre les Hôpitaux Cadolles-Pourtalès et La Providence	10
2.2.6.	Hôpital de La Béroche	11
2.2.7.	Hôpital du Val-de-Ruz (Landeyeux)	12
2.2.8.	Hôpital du Val-de-Travers (Couvet)	13
2.2.9.	Centre de soins palliatifs La Chrysalide	13
2.2.10.	Associations de gestion	13
2.3.	Nouvelles orientations	14
2.3.1.	Établissement hospitalier multisite	14
2.3.2.	Répartition des missions (rapport Eggli)	14
2.3.3.	Départements médicaux cantonaux	16
3.	**INSTITUTIONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES**	17
3.1.	Rappel des objectifs de la planification sanitaire de 1999	17
3.2.	Travaux réalisés	18
3.2.1.	Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux	18
3.2.2.	Maison de santé de Préfargier	19
3.2.3.	Clinique de La Rochelle	19
3.2.4.	Répartition des missions entre Perreux et Préfargier	19
3.2.5.	Association de gestion entre Perreux et Préfargier	20
3.2.6.	Antenne de psychogériatrie au Locle	21
3.3.	Bilan intermédiaire	21
3.4.	Nouvelles orientations	22
4.	**PERSPECTIVES FINANCIÈRES**	22
4.1.	Incidences et perspectives financières des travaux de planification	22
4.2.	Couverture des charges des hôpitaux et participation des assureurs-maladie	24
4.3.	Hospitalisations hors canton	26
4.4.	Nouvelles orientations en matière de financement hospitalier	27
5.	**PERSONNEL DE SANTÉ**	27
5.1.	Impact de la planification sanitaire sur le personnel	27
5.1.1.	Réaffectation du personnel touché par les mesures de restructuration	27
5.1.2.	Convention emplois santé 21	28
5.1.3.	Impact social et financier des fermetures des services hospitaliers	29
5.1.4.	Considérations générales	29
5.2.	Conditions de travail	30
5.2.1.	Convention collective de travail Santé 21	30
5.2.2.	Formation	32
5.2.3.	Convention collective de travail pour médecins-assistants et chefs de clinique	33

5.2.4. Contrat des médecins-cadres 34

6. DOSSIERS DIVERS 35
6.1. Centre d'information, de gestion et d'économie de santé – CIGES S.A ... 35
6.2. Projets informatiques 36
6.3. Homes pour personnes âgées 37
6.4. Révision de la loi de santé 42
6.5. Commission "cantonale" des médicaments 42
6.6. Services d'aide et de soins à domicile 43
6.7. Impact des mesures adoptées au niveau fédéral 48
6.7.1. Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire 48
6.7.2. Loi sur les produits thérapeutiques (LPTh) et ordonnances 48
6.7.3. Loi fédérale urgente sur le financement hospitalier (Lfu) 50
6.7.4. Tarmed (nouveau tarif médical) 51

7. CLASSEMENT DES INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES 52
7.1. Postulat du groupe Libéral-PPN 95.118 52
7.2. Motion Marianne Guillaume-Gentil-Henry96.138 53
7.3. Motion Christian Piguet 99.166 54
7.4. Motion Interpartis 00.158 55
7.5. Motion des députés radicaux du Val-de-Ruz, MM. Roland Debély, Jean-Bernard Wälti et Philippe Wälti 01.108 56

8. CONCLUSIONS 56