Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil
à l'appui
d'un projet de loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile)

(Du 26 juin 2006)

Madame la présidente, Mesdames et Messieurs,

RESUME

La substitution des fondations régionales d'aide et de soins à domicile par une organisation cantonale pour le maintien à domicile fait partie du programme de législature 2006-2009 du Conseil d'État. L'objectif de ce projet est de poser les bases structurelles d'une institution capable de relever les défis auxquels sont confrontés le monde de la santé en général et ce secteur plus particulièrement. Il s'agit notamment de résoudre la relation antinomique qui lie l'augmentation attendue du volume de prestations ambulatoires et la limitation des ressources financières disponibles pour les pouvoirs publics.

Le deuxième volet du désenchevêtrement des tâches a transféré à l'État la totalité du financement des prestations d'aide et de soins à domicile. Cette implication financière n'a toutefois pas été accompagnée d'un transfert des responsabilités organisationnelles puisque la loi de santé prévoit toujours que les communes se groupent pour créer des centres de santé régionaux.

En plus de la volonté de clarifier cette situation, le Conseil d'État veut également séparer les rôles respectifs des partenaires, à savoir donner aux pouvoirs publics et aux fournisseurs de prestations les responsabilités qui leur reviennent. Ces derniers se verront attribuer des mandats de prestations et des moyens nécessaires à leur réalisation, alors que l'État aura pour tâche de définir les objectifs stratégiques et d'en assurer le financement.

Enfin, le Conseil d'État veut promouvoir l'aide et les soins à domicile en développant une politique de maintien à domicile. Il s'agit, en l'occurrence, d'étendre le champ d'action des centres de santé à d'autres prestations indispensables au maintien à domicile, comme la mise à disposition d'appartements protégés ou encore la livraison de repas à domicile. Cette politique favorisant le maintien à domicile des personnes atteintes dans leur santé est en cours d'élaboration. Une étude relative à la planification médico-sociale pour les personnes âgées a été notamment initiée en collaboration avec la Haute École Arc Santé du canton de Neuchâtel et la Haute école valaisanne. Cette analyse tend à mieux adapter les moyens engagés aux besoins de la population âgée ; les conclusions ne pourront pas être mises en œuvre avant 2008. Dans l'intérim, il s'agit de préparer les structures aux nouvelles missions qui leur seront confiées.

Pour atteindre cet objectif de réforme structurelle, le Conseil d'État propose la création d'un établissement cantonal pour le maintien à domicile. Le projet a été élaboré au sein d'un groupe de travail composé de représentants des fondations et associations actives dans le domaine et conduit par le Département de la santé et des affaires sociales. Le rapport et la loi sont le résultat d'un travail consensuel dans lequel les participants à ce processus se reconnaissent.

Le projet vise la réunion des sept fondations et association propriétaires et gestionnaires des Centres de santé régionaux ainsi que la structure faîtière (fédération des fondations) au sein d'une seule entité dénommée NOMAD, abréviation de "Neuchâtel organise le maintien à domicile".

NOMAD est un établissement de droit public, dirigé par un Conseil d'administration de cinq membres désignés par le Conseil d'État et d'une direction générale de trois personnes. Le personnel est sous contrat avec NOMAD mais la conduite du personnel comme le choix des collaboratrices et des collaborateurs lors des engagements est effectuée dans les antennes régionales. Les conditions de travail sont régies selon les conditions prévues par la CCT de droit public. Les prestations de maintien à domicile sont délivrées par des équipes pluridisciplinaires, localisées dans des centres régionaux. NOMAD reçoit les subventions publiques dans le cadre d'un budget global, négocié avec le Conseil d'État, mais est financé par prestations.

Les propriétaires actuels sont appelés à céder à NOMAD leurs actifs et passifs, à la valeur inscrite au bilan. Les négociations entre NOMAD et les fondations et association auront lieu dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la loi.

En cantonalisant le secteur du maintien à domicile, le Conseil d'État désire redonner une cohérence entre responsabilités financières d'une part et compétences décisionnelles d'autre part. Les communes sont déliées de toutes responsabilités financière et opérationnelle. L'État, en tant que seul contributeur financier public, reprend donc toute la question en mains. Toutefois, la problématique du maintien à domicile doit rester une activité de proximité. De plus, les sensibilités locales doivent continuer d'être prises en compte. Pour cela, le projet prévoit de conserver des centres de santé proches de la population, répartis dans les régions. Un groupe d'appui composé de professionnels de la santé et de représentants des milieux associatifs concernés apporte son expertise à l'intention de la direction générale de NOMAD.

Dans un contexte de raréfaction des ressources, le secteur du maintien à domicile doit donc s'attendre à faire face à une augmentation massive des besoins en raison du vieillissement de la population et de la diminution programmée de l'accueil institutionnel. De plus, les exigences des patients et des financeurs, quant à la qualité des soins et des processus, rendent l'exercice encore plus difficile. Le programme de législature du Conseil d'État parle d'un développement des soins à domicile, mais le plan financier qui l'accompagne ne prévoit que peu de ressources supplémentaires attribuées à ce secteur dans les prochaines années. NOMAD est un instrument qui permettra à notre canton de relever les défis qui l'attendent dans le domaine du maintien à domicile.

1. PREAMBULE

Le présent rapport décrit un projet de réorganisation du secteur de l'aide et des soins à domicile dans le canton de Neuchâtel.

Les patients qui sont au centre de nos réflexions sont peu présents dans ce texte. En effet, NOMAD est avant tout un projet de réforme des structures ayant pour but un meilleur fonctionnement du système. Dans un premier temps, la création de NOMAD ne changera rien au niveau des bénéficiaires d'aide et de soins à domicile. Effectivement, les collaboratrices et les collaborateurs des Centres de santé poursuivront leurs activités de proximité, soit la livraison de prestations d'aide et de soins à domicile. Ce n'est qu'après développement d'un concept de maintien à domicile que NOMAD pourra déployer toute son action.

Dans tous les cas, le patient ou le bénéficiaire des prestations de maintien à domicile est bien la cible de ce projet. L'organisation cantonale proposée a pour objectif premier de servir les besoins de chaque individu, tout en tenant compte des intérêts de la population dans son ensemble. Si le patient est au centre de la réflexion en termes d'adéquation, d'accessibilité et de qualité des prestations, les intérêts des financeurs (assurés au travers des primes d'assurance-maladie et contribuables via les prélèvements fiscaux) ne sont pas oubliés.

2. INTRODUCTION

Le secteur de la santé est en profonde transformation depuis de nombreuses années. L'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 a changé les rapports entre ses différents acteurs. Le secteur de l'aide et des soins à domicile n'a pas échappé aux réformes qui en ont découlé.

Notre système de santé s'est construit en grande partie de manière spontanée et peu ordonnée. Au travers de l'histoire, des services ont été créés pour répondre aux besoins de la population, le plus souvent sur des initiatives d'institutions privées ou de collectivités publiques locales. Ce n'est que lorsqu'il a été massivement appelé à contribuer financièrement au fonctionnement des institutions que l'Etat a été légitimé pour entreprendre des réformes structurelles.

Aujourd'hui encore, nous subissons cette absence de plan directeur général. Parmi les problèmes majeurs que rencontrent la plupart des systèmes de santé, nous trouvons le cloisonnement des prestataires de soins et le fractionnement de la prise en charge des patients. Rappelons à ce sujet que la planification sanitaire de 1999 était essentiellement axée sur l'organisation hospitalière et n'a qu'effleuré le domaine de l'aide et des soins à domicile.

Alors qu'ils occupent une position centrale dans l'organisation de notre système de santé cantonal, les services d'aide et de soins à domicile dépendent des communes. Ces dernières ont parfaitement assumé leur mandat jusqu'à aujourd'hui, et les fondations qu'elles ont créées ont répondu aux besoins de la population durant de nombreuses années. Le système est toutefois dans une phase de transition, au seuil d'une ère nouvelle. Des nouvelles tâches doivent pouvoir être assumées et les processus décisionnels doivent être accélérés.

En automne 2004, le Conseil d'État a proposé au Grand Conseil le deuxième volet du désenchevêtrement des tâches entre l'État et les communes. Il était notamment question de cantonaliser le secteur de l'aide et des soins à domicile. Le Grand Conseil a décidé d'en transférer la responsabilité financière à l'État dès le 1er janvier 2005 (exercice 2004 des centres de santé en raison de l'année de décalage).

Si le financement des prestations d'aide et de soins à domicile est aujourd'hui de la compétence exclusive de l'État, la question de l'organisation du secteur doit encore être réglée. C'est l'objet du présent rapport.

La réorganisation des institutions d'aide et de soins à domicile vise plusieurs objectifs. Il s'agit notamment d'étendre son champ d'activité à la problématique plus globale du maintien à domicile. D'autre part, il existe une volonté de donner au système une cohérence stratégique et organisationnelle au niveau cantonal tout en conservant des centres de santé implantés à proximité de la population. Une harmonisation des prestations de maintien à domicile sur l'ensemble du territoire cantonal doit être visée.

La réorganisation des centres de santé doit générer des économies globales grâce à la diminution de l'institutionnalisation des patients. La réforme vise donc une optimisation de l'utilisation des deniers publics chez les organismes actifs dans le maintien à domicile qui devront faire face à une augmentation attendue de la demande. Il ne faut donc pas s'attendre à une réduction des dépenses publiques dans le secteur du maintien à domicile. Au contraire , ce dernier est appelé à se développer pour plusieurs raisons. D'une part, le vieillissement de la population entraînera une augmentation des besoins en soins. D'autre part de plus en plus de patients atteints de pathologies psychiatriques sont traités de manière ambulatoire et doivent ainsi être suivis à domicile. De plus, les pressions financières sur les hôpitaux et la réduction des durées de séjour dans ces derniers ont pour conséquence un transfert des patients vers les services d'aide et de soins à domicile.

Notre volonté est donc d'organiser, au niveau cantonal, le domaine du maintien à domicile et d'inscrire cette action dans le cadre d'un concept. Les éléments qui plaident en faveur d'une réorganisation en profondeur des services d'aide et de soins à domicile et les principes qui permettront une gestion plus performante du système sont explicités ci-après.

3. RAPPEL HISTORIQUE

En matière d'aide et de soins à domicile, jusqu'au début des années 1980, les soins infirmiers à domicile relevaient essentiellement du domaine privé (oeuvres de la sœur ou de l'infirmière visitante) et les services constitués ne couvraient pas la totalité des localités ou régions de notre canton. A l'inverse, les services d'aide familiale couvraient déjà tout le canton.

En 1975, le rapport sur la politique hospitalière relevait déjà que le problème des soins à domicile prenait une importance particulière dans le cadre général de l'organisation hospitalière. Les buts devant être atteints par un service de soins à domicile étaient les suivants: permettre la diminution des durées des hospitalisations, voire éviter ces dernières, maintenir le malade dans son cadre familial, permettre une réintégration plus rapide du patient dans son foyer.

C'est en 1981 que l'initiative "Pour une meilleure santé publique" a été lancée. Acceptée par le peuple neuchâtelois le 28 novembre 1982, elle s'est traduite par le développement ou la création d’associations de soins infirmiers d’une part et de services d’aide familiale d’autre part, répartis dans les différentes régions du canton.

Le cadre législatif de ce secteur a été défini par la loi de santé (LS) du 6 février 1995. Pour répondre aux critères du chapitre 7 "Institutions" de cette loi, les services de soins infirmiers et d’aide familiale se sont regroupés en fondation ou en association régionale,

le financement étant régi selon la loi sur l'aide aux institutions de santé (LAIS) du 25 mars 1996.

La mise en place des centres de santé a été mentionnée à l'article 88 LS et ce sont les communes qui ont été appelées à se grouper pour les créer avec des services publics ou privés.

Depuis 1981, le canton de Neuchâtel a été précurseur dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire. En effet, en 1991, la LAMO (loi cantonale sur l'assurance maladie obligatoire), a étendu à charge des assureurs le champ à l'aide et aux soins à domicile, ceci avec un soutien financier important de l'État.

Un autre élément a modifié le paysage sanitaire neuchâtelois. Sur la base d'une évaluation sévère de notre système sanitaire et selon les nouvelles exigences de la LAMal en matière de planification sanitaire, le Conseil d'État a défini en 1997 les objectifs de sa politique de santé : restructuration et réorientation des missions des établissements hospitaliers. Ces mesures s'inscrivaient dans un concept de système sanitaire en réseau, autrement dit, un système comprenant non seulement des collaborations interhospitalières structurées mais également la coopération effective des partenaires intra et extrahospitaliers, en particulier l'articulation entre hospitalisation, hébergement médicalisé et aide et soins à domicile.

La politique sanitaire cantonale a suscité l'expansion du secteur du maintien à domicile. Ce phénomène ne s'est pas limité à nos frontières mais a également été ressenti au niveau fédéral.

L'entrée en vigueur au 1er janvier 1996 de la nouvelle Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) a eu une incidence sur les services d'aide et de soins à domicile. Elle en a défini les rôles et les prestations. Par contre, son application a induit des tâches administratives supplémentaires qui alourdissent le fonctionnement de ces mêmes services.

4. DEMARCHE

Suite à la décision du Grand Conseil relative au désenchevêtrement des tâches, un groupe de travail, placé sous la direction du service cantonal de la santé publique, a été chargé de mener la réflexion à ce sujet. La liste des membres est donnée en annexe C.

Outre les représentants de l'État (santé publique et service juridique), le groupe de travail réunissait les présidents des fondations et association d'aide et de soins à domicile, les directrices des centres de santé, le directeur du service cantonal de stomathérapie et la directrice de la fédération neuchâteloise des fondations d'aide et de soins à domicile.

Durant leur mandat, les membres du groupe de travail se sont appuyés sur des avis externes et se sont rendus dans des centres de santé d'autres cantons afin de tirer meilleur profit des expériences réalisées chez nos voisins.

Un rapport préliminaire a été mis en consultation en février 2006 auprès des communes, des centres de santé, des organismes partenaires, des associations professionnelles, des institutions de santé et des partis politiques. Le rapport a reçu un accueil globalement positif de la part des partenaires. Néanmoins un certain nombre de remarques et de propositions ont été formulées.

Les réponses des organismes consultés ont été analysées de manière approfondie par le service cantonal de la santé publique et les propositions ont été soumises au chef du Département de la santé et des affaires sociales (DSAS). Des éléments ont été précisés dans le texte, certaines propositions ont été retenues et le rapport a été adapté en conséquence. Le chef du DSAS n'a pas jugé nécessaire de réunir à nouveau le groupe de travail avant de soumettre le texte au Conseil d'Etat.
Le rapport et la loi ont été soumis au Conseil de santé en date du 16 juin. Les membres présents ont largement soutenu le projet et ont donné un préavis positif à l'unanimité.

5. CONTEXTE

La réorganisation du secteur de l'aide et des soins à domicile s'inscrit dans la démarche de planification sanitaire. Les centres de santé représentent une pièce essentielle de l'organisation sanitaire cantonale et méritent à ce titre une attention particulière de la part des pouvoirs publics.

Par son action d'organisation et de surveillance des institutions de soins, l'État est le principal acteur du système de santé cantonal. Dans le domaine des hôpitaux et des établissements pour personnes âgées, il intervient comme seul partenaire représentant les pouvoirs publics, alors que cette logique n'est pas respectée dans le secteur de l'aide et des soins à domicile. En effet, la loi de santé prévoit que les communes se groupent pour créer des centres de santé régionaux avec pour mission d'assurer au moins les prestations nécessaires en matière d'aide, de soins à domicile et d'action sociale, ainsi que, selon les besoins, les prestations en matière de planning familial, de protection de la grossesse et de puériculture.

Les communes ont donc créé huit centres de santé (qui dépendent de six fondations et d'une association), soit une structure au moins dans chacun des districts. De plus, une organisation faîtière a été mise en place. En effet, les fondations et association se sont réunies au sein d'une Fédération des fondations d'aide et de soins à domicile, qui a pour tâche notamment de coordonner leurs stratégies opérationnelles.

Si la compétence de planification est détenue par le Conseil d'État dans le secteur de la santé en général, dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, ce sont encore aujourd'hui les communes qui ont la responsabilité de traduire les stratégies en actes opérationnels. A ce titre, elles peuvent être appelées à devoir couvrir des éventuels découverts financiers des fondations qui ne seraient pas reconnus par l'État.

Depuis quelques années, plusieurs réflexions relatives à l'organisation de ce secteur ont été menées. La commission d'aide et de soins à domicile a notamment planché sur la question des attentes des client-e-s potentiel-le-s des SAD (étude effectuée par le mandataire ReSo, bureau de Recherches sociologiques). Elle a également pris en compte les points de vue des professionnels de santé pour définir certaines orientations. De son côté, la Fédération neuchâteloise des fondations d'aide et de soins à domicile a mené des travaux sur un concept de restructuration organisationnelle des centres de santé. Le projet, nommé SAD 21, s'articule autour de deux idées fortes: la création d'équipes pluridisciplinaires et la mise en place d'une unité administrative centralisée. Ces deux volets ont été introduits de manière différenciée dans certains centres de santé ces dernières années.

Ces réflexions et ces ajustements sont essentiels, mais néanmoins pas suffisants. Les conditions-cadres relatives aux objectifs, au fonctionnement et au financement des centres de santé sont en pleine mutation et, aujourd'hui déjà, les services d'aide et de soins à domicile ne parviennent plus à s'adapter aussi rapidement que souhaité. Tout

d'abord, le deuxième volet du désenchevêtrement des tâches entre l'État et les communes a clairement donné l'entier du financement de ce secteur à l'État. D'autre part, les grands axes de la politique fédérale influent largement sur l'activité des SAD; citons notamment la modification prévue dans le financement des soins de longue durée au travers de la révision de la LAMal et la nouvelle péréquation financière fédérale qui influe sur l'attribution des subventions fédérales dans le cadre de la Loi sur l'AVS (LAVS). C'est d'ailleurs dans cette idée que le Conseil d'État a décidé de changer le mode de financement dans le domaine de la santé en privilégiant le financement par prestation plutôt que la couverture du déficit. Si le financement par prestation ne fait pas, à proprement parler, partie du projet d'organisation cantonale pour le maintien à domicile, il y est toutefois intimement lié s'agissant notamment du calendrier de mise en oeuvre. En effet, il n'est pas envisageable que les propriétaires actuels des centres de santé conduisent en parallèle deux réformes aussi importantes que la mutation structurelle et la modification du mode de financement.

Enfin, et c'est peut-être l'argument le plus important, la finalité des centres de santé doit être repensée. L'accent doit aujourd'hui être mis sur le maintien à domicile en alternative à l'hébergement. A l'avenir, les centres de santé seront chargés de la réalisation de la politique de maintien à domicile au sens large et non plus de la seule fourniture des prestations de l'aide et des soins à domicile.

Ce nouveau rôle des centres de santé, orienté sur le maintien à domicile, est central pour notre système de santé et pour la population neuchâteloise. De manière identique au processus de planification sanitaire, un concept de maintien à domicile doit être défini par le Conseil d'État en partenariat avec les professionnels des soins et soumis à l'appréciation du Grand Conseil. C'est dans ce cadre défini par les autorités cantonales que le secteur pourra conduire son action.

La définition d'un concept de maintien à domicile pour notre canton est en cours d'élaboration. Un premier mandat relatif à une planification médico-sociale pour les personnes âgées a été donné à la Haute École Arc Santé du canton de Neuchâtel qui collabore avec la Haute école valaisanne. La démarche, conduite en coordination avec les autres cantons romands, a pour but, d'une part de recenser les besoins réels de la population âgée en évaluant le nombre de personnes par profils de dépendances et, d'autre part, de définir les prises en charge et les prestations les plus adaptées à ces différents profils de dépendance. Cette analyse doit se faire en collaboration étroite avec les professionnels de la santé et les patients eux-mêmes ou leurs représentants.

Néanmoins, cette démarche prendra du temps, alors que les centres de santé ne sont aujourd'hui déjà plus en mesure d'assumer les missions qui leur sont confiées. En effet, les pressions budgétaires exercées sur les structures résidentielles ont pour conséquence un transfert des patients vers les SAD qui doivent faire face à des cas de plus en plus nombreux et de plus en plus lourds. Notre système a atteint ses limites et les centres de santé, dans leur structure actuelle, ne sont plus adaptés aux défis qu'ils doivent relever.

6. LIMITES DU SYSTEME ACTUEL

La principale faiblesse de notre système de santé réside dans le fractionnement de la prise en charge des personnes atteintes dans leur santé. Chaque institution qui fournit des prestations limite son intervention à son domaine de compétence et aucune ne suit le patient dans son cheminement au travers du réseau. Il en résulte des inadéquations de prise en charge et le principe "le bon patient au bon endroit " n'est pas suffisamment réalisé.

Les centres de santé subissent plus que toute autre institution les effets de cette faiblesse du réseau. En tant que plaque tournante située au cœur du système de santé entre les médecins praticiens, les hôpitaux et les établissements pour personnes âgées, ils sont particulièrement dépendants du fonctionnement de leurs partenaires.

La coopération inter-institutionnelle, déjà rendue difficile par les intérêts sectoriels divergents, est encore freinée par des mécanismes de financement variables entre les différents acteurs et les pressions agissant sur les prestataires (planification sanitaire, réductions budgétaires, etc.).

D'autre part, les relations entre l'État, les communes et les centres de santé sont complexes, les rôles et les responsabilités sont mal définis. L'État a la maîtrise complète des institutions stationnaires mais pas des structures d'aide et de soins à domicile. De plus, depuis le deuxième désenchevêtrement des tâches, les communes ne participent plus au financement de ce secteur mais ont conservé une compétence organisationnelle. Le système doit être rendu cohérent de manière à mettre en adéquation les responsabilités aux niveaux sanitaire, organisationnel et financier.

Enfin, la volonté d'étendre les compétences des centres de santé à la problématique du maintien à domicile, au sens large, exige une redéfinition profonde de ce secteur. Le fait d'attendre la création et la validation d'un concept de maintien à domicile nous ferait perdre de précieuses années partant du principe que, dans tous les cas, il serait très compliqué pour les structures juridiques et organisationnelles actuelles de relever ces nouveaux défis.

7. OBJECTIFS

Il s'agit de créer une institution autonome chargée de favoriser le maintien à domicile sur tout le territoire neuchâtelois et de garantir la livraison de prestations de maintien à domicile de proximité et de fonctionner de manière économique. Subsidiairement il s'agit également de clarifier les rôles entre l'État, les communes et les fournisseurs de prestations.

7.1. Maintien à domicile

L'hébergement en EMS et les séjours hospitaliers qui sont de plus en plus onéreux ne sont pas toujours adaptés aux besoins objectifs du patient. De plus, lorsqu'elles ont le choix, la plupart des personnes préfèrent rester à domicile plutôt que d'être hospitalisées ou hébergées. Il est donc essentiel de tout mettre en œuvre pour éviter ou retarder le séjour dans un établissement de soins aigus ou le placement dans une institution de longue durée.

Le maintien à domicile doit être vu dans un esprit d'optimisation du système de santé et non d'un rationnement des soins. Il s'agit de placer les patients dans les structures les plus adaptées à leur état de santé, en respectant leurs aspirations propres autant que les avis des professionnels de la santé.

La mission générale définie par l'État ne se limite plus à l'aide et aux soins mais embrasse toutes les prestations utiles au maintien à domicile des personnes atteintes dans leur autonomie. Dans un premier temps, un concept de maintien à domicile est défini. L'institution est alors chargée de mettre en œuvre ce concept, de s'assurer que les prestations sont accessibles à la population et que les prestations nécessaires sont bel et

bien livrées de manière économique et qu'elles sont de qualité. Mais elle n'est pas tenue de toutes les livrer elle-même et va pour cela s'appuyer sur des partenaires publics ou privés qui oeuvrent dans le domaine.

Il s'agit de prendre en compte les besoins de la population et, en collaboration avec les partenaires locaux, de mener une politique de maintien à domicile efficace en fonction des moyens financiers que l'État est disposé à investir dans le domaine.

7.2. Livraison de prestations

La mise en place d'une politique de maintien à domicile passe évidemment par la livraison de prestations. Ces dernières peuvent être fournies par l'organisation elle-même ou achetées auprès de partenaires privés ou publics. Le choix de sous-traiter ou non une prestation doit être fait sur des critères économiques, des aspects de proximité et de qualité et non en fonction des intérêts propres des différents acteurs.

Pour éviter des effets pervers et donner une cohérence au système, l'intégralité du financement public octroyé pour ce secteur d'activité doit transiter par l'organisation de maintien à domicile au travers d'un mandat de prestations.

7.3. Uniformisation de la gamme de prestations

Les prestations actuellement offertes par les différents centres de santé ne sont pas uniformes. En effet, chaque centre de santé fixe les heures d'ouverture, le nombre de passages chez les bénéficiaires et le type de prestations offertes. Cette disparité s'amplifie encore si l'on tient compte des prestations livrées par des partenaires externes tels que les repas à domicile, l'existence d'appartements protégés, etc.

L'objectif est d'uniformiser la gamme de prestations de maintien à domicile sur tout le territoire cantonal.

7.4. Rôle des partenaires

Les rôles respectifs de l'État, des communes et des fournisseurs de prestations doivent être clarifiés. Comme dans le secteur des hôpitaux, l'État doit, au travers de mandats de prestations, définir les objectifs et octroyer les moyens pour les atteindre.

Toutefois le secteur du maintien à domicile possède une particularité propre qui doit être traitée spécifiquement. Comme nous l'avons vu plus haut, il ne s'agit pas uniquement de livrer des prestations de maintien à domicile mais également de mettre en œuvre, dans les différentes régions, la politique de maintien à domicile définie en collaboration avec l'État et les représentants des milieux associatifs concernés.

8. SITUATION DANS LES AUTRES CANTONS

En 1997, l'Office fédéral des assurances sociales recensait 1003 organisations d'aide et de soins à domicile, dont 831 organisations de droit privé à but non lucratif, 6 à but lucratif et 166 organisations de droit public. Il y avait donc une moyenne de 38,5 organisations par canton et seul celui d'Uri ne comptait qu'une organisation à l'échelle cantonale.

Aujourd'hui, selon une enquête effectuée en 2004, l'OFAS dénombre 703 organisations d'aide et de soins à domicile (réduction de 30% par rapport à 1997), dont 655 organisations de droit privé à but non lucratif et 48 organisations de droit public. Selon l'OFAS, cinq cantons disposent d'une seule organisation cantonale. A noter toutefois que ces informations doivent être prises avec réserve puisque Neuchâtel est compté dans ce groupe étant donné qu'une seule demande de subvention a été présentée par la fédération des fondations au nom de ses membres. Les autres cantons sont Uri, Nidwald, Appenzell Rhodes-Intérieures et Genève. Le canton du Jura a également mis en place une fondation cantonale.

Globalement en 2004, le secteur de l'aide et des soins à domicile en Suisse occupait près de 27.000 personnes (11.000 postes de travail à plein temps) et livrait des prestations à plus de 200.000 clients.

Afin d'étudier et de comparer les organisations mises en place, des membres du groupe de travail se sont déplacés et ont visité des institutions de quatre cantons. Les organisations d'aide et de soins à domicile des cantons du Jura, de Genève, du Valais et de Bâle-Ville ont été considérées comme pouvant apporter des éléments intéressant notre réflexion. De plus, l'organisation développée dans le canton de Vaud a également fait l'objet d'une étude.

Une description succincte de ces cinq organisations cantonales est donnée en annexe A. Nous constatons des situations très différentes d'un canton à l'autre. La cantonalisation des organisations d'aide et de soins à domicile dépend notamment de l'implication financière ou non des communes. Il est également intéressant de considérer que la taille du canton ne semble pas être un frein à la centralisation et les modes de financement sont très variables.

Si la volonté de réunir les centres de santé sous une même entité juridique a déjà été réalisée dans d'autres cantons, il n'y a pas d'organisation qui puisse être sans autre reprise. Toutefois, les réflexions et les observations effectuées lors des visites ont largement orienté le présent projet. De plus, les expériences réalisées dans le canton du Valais, s'agissant des appartements "Dominos" et des auxiliaires de vie, méritent d'être observées de près.

9. SOLUTION

Impliqués dans les régions et proches de la population, les centres de santé sont les partenaires les mieux à même d'appréhender cette question. Néanmoins, leur organisation actuelle et leur domaine de compétence ne sont pas totalement adaptés à la prise en compte du maintien à domicile au sens large.

Il nous paraît donc judicieux de réunir les centres de santé existants au sein d'une organisation cantonale et d'étendre les compétences de cette dernière à l'intégralité de la problématique du maintien à domicile.

Ne participant plus au financement de l'aide et des soins à domicile, les communes sont appelées à se désengager de la gestion de la future organisation cantonale. Par contre, ces dernières, et plus largement les régions, doivent pouvoir rester impliquées à la définition de la politique du maintien à domicile. En effet, le champ de compétence de l'organisation à créer couvre d'autres prestations telles que la mise à disposition d'appartements protégés ou encore la livraison de repas à domicile pour ne citer que ces deux exemples. Ces divers aspects ont notamment un lien direct avec l'aménagement du territoire et les questions d'urbanisme. De plus, la limite entre santé et action sociale est

très floue, ce qui exige une collaboration avec les autorités politiques communales s'agissant de la politique sociale.

Pour le Conseil d'État, la réunion des centres de santé en une seule institution crée les meilleures conditions de succès pour atteindre les objectifs fixés. Le défi est de créer une structure organisationnelle qui puisse déployer son activité au niveau cantonal, tout en tenant compte des spécificités locales, en livrant des prestations de proximité. L'organisation cantonale fonctionnera sur la base de mandats de prestations.

Nous préconisons donc une organisation cantonale regroupant sous son autorité des centres de santé décentralisés dans les régions. Les communes et les autres partenaires sont associés au processus mais n'ont pas de voix décisionnelle.

10. NOMAD

Le groupe de travail chargé de conduire le dossier s'est penché sur la question du nom de l'institution cantonale à créer. En effet, un élément important de la nouvelle organisation est la création rapide d'une culture d'entreprise qui puisse réunir les acteurs actuels autour d'un objectif commun. Le nom de l'institution contribue à l'identification que les employés portent à leur institution et, plus ce processus peut commencer tôt, plus vite cette identité sera renforcée.

Le sigle NOMAD retenu est une abréviation de "Neuchâtel organise le maintien à domicile". L'abréviation NOMAD fait référence à la mobilité du personnel de l'institution dont la mission première est de se déplacer chez les patients. Le rôle central de l'institution, soit le maintien à domicile, est mis en évidence, mais en utilisant le verbe conjugué "organise", il ressort également, d'une part que l'institution ne livre pas obligatoirement elle-même les prestations et, d'autre part, qu'il s'agit d'un processus continu et évolutif.

10.1. Services d'aides et de soins à domicile concernés

Tous les centres de santé reconnus d'intérêt public sont concernés par le projet. Il s'agit donc en l'espèce de sept institutions qui couvrent tous les districts du canton de Neuchâtel, soit:

- Fondation pour l'aide, les soins et l'action sociale à domicile des montagnes neuchâteloises;
- Fondation pour le centre de santé Neuchâtel et environs;
- Fondation pour un centre d'aide, de soins à domicile et d'action sociale de la Basse-Areuse;
- Association du centre de santé de l'Entre-deux-Lacs;
- Fondation pour un service d'aide et de soins à domicile du Val-de-Travers;
- Fondation pour un centre de santé régional de La Béroche et Bevaix;
- Fondation d'aide et de soins à domicile du Val-de-Ruz.

De plus, la Fédération neuchâteloise des fondations d'aide et de soins à domicile (qui a le statut d'association) est également concernée par une intégration à NOMAD. En effet, la fédération a été créée par les fondations dans le but de centraliser un certain nombre de tâches communes. Au travers du transfert de l'activité de la fédération, divers services sont repris par l'institution cantonale, soit le service de stomathérapie, l'unité administrative cantonale (UAC), le secrétariat cantonal et la centrale d'encaissement.

Nous avons donc affaire à des institutions de statuts juridiques différents (notamment des fondations et des associations). Par mesure de simplification, ces institutions sont intitulées les "fondations" dans la suite du document.

10.2. Nature juridique de NOMAD

Dans le rapport au Grand Conseil 04.041 à l'appui d'un projet de loi sur l'établissement hospitalier multisite cantonal (LEHM), du 15 septembre 2004, le Conseil d'État a expliqué les raisons pour lesquelles il avait choisi un établissement de droit public et non la forme d'une société anonyme pour regrouper les hôpitaux du canton de Neuchâtel.

Les informations contenues à ce sujet dans ce rapport demeurent parfaitement valables et peuvent être utilisées par analogie en ce qui concerne la structure juridique qui doit accueillir le maintien à domicile dans le canton de Neuchâtel.

Dès lors, et pour éviter des redites, nous renvoyons à prendre connaissance de l'extrait tiré du rapport 04.041 formant l'annexe B pour toutes informations relatives à la structure juridique choisie par le Conseil d'État pour accueillir le maintien à domicile.

10.3. Rôle de l'État

L'État est le garant pour la population neuchâteloise de l'accès aux soins, de la qualité des soins et du financement du maintien à domicile, ceci indépendamment de la région dans laquelle réside le bénéficiaire. L'État fixe ses objectifs en la matière par le biais de mandats de prestations conclus avec NOMAD.

Le Conseil d'État est politiquement responsable des actions décidées par NOMAD et des conséquences de ces actions sur la population et sur les régions. Toutefois, l'établissement dispose d'une plus grande marge de manœuvre par rapport à la situation que connaissent aujourd'hui les centres de santé. Il est chargé de mener à bien les missions que l'État lui a confiées, dans les conditions-cadres qui lui sont dictées.

Le rôle de l'État et du service cantonal de la santé publique est destiné à évoluer au vu de la nouvelle organisation de maintien à domicile. D'une activité principale assimilée à un contrôle de gestion, il s'agit de remplir dorénavant des missions moins organisationnelles mais aussi à plus grande valeur ajoutée. L'État est appelé à définir précisément quelle politique de maintien à domicile il entend mettre en œuvre dans le canton et quels moyens il désire y consacrer.

Avec la création de NOMAD, le service cantonal de la santé publique est déchargé d'une grande partie de ses tâches de surveillance de la gestion des centres de santé. Il doit toutefois en assumer de nouvelles. D'une part, il a pour mission de préparer et négocier les mandats de prestations ainsi que le cadre budgétaire de NOMAD, à l'intention du Conseil d'État, selon le régime de financement développé au chapitre 10. D'autre part, il doit surveiller l'activité de NOMAD et en mesurer les effets au sein de la population (qualité des soins, accessibilité, etc.). Cette surveillance nécessitera la collecte de données épidémiologiques et elle s'exercera grâce à la création de tableaux de bord composés d'indicateurs démographiques et socio-sanitaires.

10.3.1. Le Grand Conseil

Les compétences relatives à l'organisation du système sanitaire cantonal, notamment au niveau de la planification sanitaire, sont attribuées au Conseil d'État en vertu de l'art. 83 de la loi de santé.

Le Grand Conseil est informé de la politique de maintien à domicile au niveau cantonal, ainsi que de la réalisation des objectifs déterminés dans le cadre des mandats de prestations. Il pourra débattre de la politique de maintien à domicile lors de la présentation par le Conseil d'État du rapport quadriennal sur la planification sanitaire. De plus, les députés auront accès au rapport annuel d'activité établi par le Conseil d'administration de NOMAD à l'intention du Conseil d'État, ainsi qu'au rapport d'activité du Département de la santé et des affaires sociales.

Le Grand Conseil vote le budget et accepte les comptes de l'État dans lesquels sont reportés les montants dévolus aux activités de maintien à domicile.

10.3.2. Le Conseil d'État

Le Conseil d'État nomme les membres du Conseil d'administration et fixe leur rémunération. Il définit les champs d'activités couverts par l'organisation cantonale de maintien à domicile, spécifie les mandats de prestations ainsi que le mode de financement. Après négociation avec NOMAD, il fixe et assure le montant annuel de sa contribution.

Pour prendre ses décisions, le Conseil d'État s'appuie sur les propositions et les analyses de NOMAD ainsi que sur celles du service cantonal de la santé publique.

Le Conseil d'État exerce la haute surveillance sur NOMAD. Dans le cadre de son rapport annuel, le Département de la santé et des affaires sociales établit un bilan de l'activité de NOMAD et des résultats obtenus.

10.3.3. Le Conseil de santé

Le Conseil de santé constitue l'organe consultatif du Conseil d'État en matière de politique et de planification du système de santé. Il préavise les projets de rapports, de loi et de règlements. Il propose au Conseil d'État des actions et des réalisations pour améliorer la prise en charge sanitaire de la population. Par ailleurs, il chapeaute les commissions permanentes, leur assigne des mandats et supervise leur travail. Depuis la loi sur l'EHM, un Conseil des hôpitaux a été créé, indépendamment du Conseil de santé, pour traiter de toutes les questions relatives à la politique hospitalière.

Les domaines de compétence du Conseil de santé visent l'ensemble du système sanitaire cantonal, y compris les activités de maintien à domicile.

10.3.4. La commission de gériatrie et de maintien à domicile

Les commissions permanentes du Conseil de santé sont actuellement au nombre de quatre, soit la commission de prévention, la commission d'aide et de soins à domicile, la commission de gériatrie et la commission de psychiatrie.

Traditionnellement, la commission de gériatrie est compétente dans le domaine des établissements et des logements pour personnes âgées (courts et longs séjours). La commission d'aide et de soins à domicile se penche, comme son nom l'indique, sur les questions touchant à l'aide et aux soins à domicile.

Avec l'extension du domaine de compétences des organisations d'aide et de soins à domicile à l'entier de la problématique du maintien à domicile, les interrelations entre ces deux secteurs sont nombreuses. En effet, la plus grande part des bénéficiaires des prestations de maintien à domicile se comptent parmi les personnes âgées. De plus, compte tenu du fait que la stratégie générale, dans le domaine de la santé, s'oriente vers un développement du maintien des personnes âgées à domicile, les liens entre les deux types d'institutions doivent être très étroitement tissés. Dans ce contexte, la commission de gériatrie et la commission d'aide et de maintien à domicile risquent de faire double emploi et de se pencher, chacune de son côté, sur les mêmes problématiques.

Le Conseil d'État propose donc de réunir les deux commissions permanentes du Conseil de santé en une seule, intitulée "Commission de gériatrie et de maintien à domicile". Cette dernière sera chargée de couvrir tout le domaine concerné.

10.3.5. Les communes

Le désenchevêtrement des tâches d'une part et la réunion des centres de santé au sein d'un établissement cantonal d'autre part changent considérablement la répartition des responsabilités entre l'État et les communes. En effet, ces dernières, qui sont actuellement encore responsables de l'aide et des soins à domicile, n'auront à l'avenir plus de moyens d'action pour s'acquitter de leurs responsabilités.

La loi de santé doit donc être modifiée de manière à transférer à l'État la responsabilité du maintien à domicile sur le territoire cantonal.

Néanmoins les communes restent des partenaires importants de la politique de maintien à domicile. Elles doivent avoir l'occasion de faire part de leurs besoins et de proposer des solutions à NOMAD, respectivement à l'État. Il est donc essentiel que les collectivités locales restent impliquées dans la question et qu'une place leur soit réservée dans l'institution. Toutefois, il s'agit de respecter la séparation des rôles. Il n'est donc pas souhaitable que des représentants des communes siègent dans les organes directeurs de l'institution. Par contre, des places pour des représentants des pouvoirs publics locaux sont réservées dans le groupe d'appui qui sera constitué au sein de NOMAD.

De plus, les communes ou des groupements de communes pourraient vouloir développer et financer des actions particulières de maintien à domicile sur leur territoire. Elles pourraient alors mandater NOMAD au travers de mandats de prestations spécifiques.

10.4. Organisation de NOMAD

NOMAD doit bénéficier d'une autonomie de décision et de gestion qui lui permette de réaliser les mandats qui lui sont confiés. Dans ce sens, il lui appartient d'organiser ses propres structures sur la base du présent rapport.

Le Conseil d'administration doit avoir une importante marge de manœuvre décisionnelle pour mettre en œuvre sa stratégie. Seules les grandes lignes de l'architecture de NOMAD sont inscrites dans la loi. Le présent rapport expose la structure que pourrait revêtir l'organisation, et l'annexe E en présente un projet d'organigramme fonctionnel en comparaison avec l'organisation actuelle des centres de santé (annexe D). Les compétences stratégiques sont centralisées, alors que les compétences opérationnelles

sont décentralisées dans des équipes pluridisciplinaires de tailles adéquates et adaptées aux prestations qu'elles sont appelées à livrer. Ces équipes sont localisées dans les centres de santé eux-mêmes implantés dans les régions.

La structure mise en place doit être simple et efficace. La direction réduite centralise les tâches et les responsabilités qui doivent l'être, alors que les équipes sur le terrain, donc proches de la population, sont constituées de manière à avoir une taille adéquate.

Il s'agit de ne pas créer d'échelons administratifs inutiles. Néanmoins, il n'est pas concevable que la directrice ou le directeur puisse conduire directement près de 20 équipes, auxquelles s'ajoutent des services cantonaux tels que le service de stomathérapie. Le Conseil d'administration doit étudier l'opportunité de regrouper un certain nombre d'équipes, respectivement de centres de santé, en unités de gestion, afin de rendre le système gérable pour la direction générale. Certains services sont organisés au niveau cantonal ou au niveau des unités de gestion, de manière à atteindre une taille critique.

L'organisation cantonale est garante de l'accès aux prestations de maintien à domicile mais ne les livre pas toutes obligatoirement. Elle collabore avec les prestataires externes (infirmières indépendantes, fondations actives dans le domaine, etc.) selon des critères à définir.

Pour prendre ses décisions, la Direction générale peut s'appuyer sur un organe consultatif. Ce groupe d'appui cantonal est constitué de personnes du secteur de la santé et de délégués des milieux associatifs concernés. Il permet à NOMAD de préparer et de décliner sa politique en fonction des spécificités régionales.

10.4.1. Politique du personnel

L'ensemble du personnel est sous contrat avec NOMAD. Les cadres supérieurs sont engagés par la Direction générale alors que les collaboratrices et les collaborateurs sont engagés par les responsables locaux (des unités de gestion ou des services spécialisés). Pour la grande majorité du personnel, l'activité professionnelle ne va pas changer sous la nouvelle organisation, toutefois l'uniformisation des conditions contractuelles permettra de simplifier notamment les processus de mobilité interne et de formation continue.

Les contrats de travail du personnel des fondations sont repris par NOMAD conformément à l'article 333 du code des obligations (CO). Concrètement, cela signifie que:

– le transfert des rapports de travail de tout le personnel de la fondation est automatique (sans résiliation), les contrats sont repris par le nouvel employeur, en l'occurrence NOMAD.

– ni l'ancien employeur, ni le nouveau ne peuvent profiter du transfert pour résilier les rapports de travail;

– les rapports de travail sont repris par NOMAD dans leur état au jour du transfert. En d'autres termes, ce sont les mêmes contrats de travail, avec les mêmes droits et obligations, qui se poursuivent avec NOMAD. La reprise automatique des rapports de travail ne signifie pas pour autant que les conditions qui les caractérisaient jusqu'au transfert soient immuables. Une modification ou une résiliation ultérieure de ces rapports est possible, moyennant l'application des délais de congé légaux ou contractuels;

– l'ancien employeur est tenu d'informer, de manière précise, la représentation des travailleurs ou, à défaut, les travailleurs eux-mêmes, sur les motifs du transfert ainsi que sur toutes les conséquences juridiques, économiques et sociales que ce transfert peut ou risque d'entraîner pour les travailleurs.

Le statut du personnel est régi par la CCT Santé 21 de droit public.

Dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, le volume d'activité est très variable. Le personnel doit donc être particulièrement flexible et accepter des changements fréquents de taux d'occupation et des modifications d'horaires de dernière minute. Cette situation n'est pas satisfaisante en terme de gestion des ressources humaines. NOMAD pourra mettre sur pied un ou plusieurs "pools de remplacement" constitués de collaborateurs et de collaboratrices intéressé-e-s à travailler sur l'ensemble du territoire cantonal. La CCT santé 21 s'applique à ce personnel qui sera de plus soumis à des conditions d'engagement particulières, dans lesquelles les inconvénients de la fonction seront reconnus d'une manière ou d'une autre.

En ces temps de restrictions financières, et bien que le secteur du maintien à domicile soit cité dans les options prioritaires du programme de législature du Conseil d'État, il n'est pas inutile de rappeler qu'en cas de restructuration, le personnel concerné serait couvert par le règlement sur les licenciements collectifs de la CCT santé 21 qui est en préparation et qui remplacera la Convention Emploi santé 21.

Dans les centres de santé actuels, 230 personnes environ sont affiliées à la Caisse de pension de l'État de Neuchâtel (CPEN), 150 à une caisse privée et 140 à la Caisse de pensions de la ville de La Chaux-de-Fonds (CPC). Les modalités de transferts sont définies par le Conseil d'État. Sur le principe, le personnel est, à terme, affilié à la caisse publique unique en préparation. Il s'agit de transférer rapidement à la CPEN celles et ceux qui sont affiliés à une caisse privée et de traiter celles et ceux affiliés à la CPV dans le cadre de la création de la caisse publique unique.

10.4.2. Le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration joue un rôle clé dans NOMAD étant donné qu'il détient le vrai pouvoir décisionnel. Il applique les orientations politiques que le Conseil d'État a définies dans le mandat de prestations.

Afin d'assurer des processus de décision efficaces, le Conseil d'administration est composé de cinq membres nommés par le Conseil d'État. Ce dernier désigne parmi eux le ou la président-e ainsi que le ou la vice-président-e.

La problématique du maintien à domicile étant vaste et complexe, il s'agit de privilégier les compétences propres des personnalités choisies avant toute autre considération, notamment politique. Au vu de l'importance de l'implication régionale de l'institution, les membres du Conseil d'administration doivent toutefois faire preuve d'une bonne sensibilité politique afin d'éviter de prendre des options techniquement valables mais impossibles à porter politiquement avec le risque de créer des relations tendues entre l'État, la population et l'établissement. Les personnalités appelées à assumer la fonction de membre du Conseil d'administration possèdent des qualités particulières:

– connaissance du domaine du maintien à domicile et du système de santé neuchâtelois en particulier;

– vision stratégique de la santé publique;

– capacité de management, efficacité et compétences décisionnelles;

– vision cantonale, voire supra-cantonale;

– sensibilité politique.

Le Conseil d'administration répond du bon fonctionnement de l'établissement. Il décide de la stratégie et de la politique de NOMAD dans le cadre fixé par le Conseil d'État, il négocie avec l'État les mandats de prestations, contracte les emprunts, assure la santé financière de l'établissement, publie le rapport annuel de gestion et définit la politique du personnel selon les normes en vigueur précédemment mentionnées.

La rémunération des membres du Conseil d'administration doit être approuvée par le Conseil d'État.
Le Conseil d'administration nomme les membres de la Direction générale et l'organe de contrôle.

10.4.3. La Direction générale

La Direction générale est constituée en principe de trois personnes, soit d'un-e directeur-directrice générale, d'un-e directeur-directrice des prestations, d'un-e directeur-directrice des finances et des ressources humaines. Le-la directeur-directrice général-e a autorité sur les autres membres de la direction générale.

Ces postes ne sont pas obligatoirement occupés à plein temps. Les membres de la Direction générale peuvent assumer en même temps d'autres charges au sein de l'institution.

La composition de la Direction générale est établie par le Conseil d'administration et les membres sont nommés par ce dernier. Pour rendre ses décisions, la Direction générale s'appuie sur des organes internes consultatifs, existants ou à créer, formés de personnes compétentes, qui s'articulent autour des responsables des unités de gestion, des services spécialisés.

Pour toutes ses décisions stratégiques, la direction générale peut s'en référer au Groupe d'appui.

La Direction générale se charge de la gestion opérationnelle de NOMAD, de l'implémentation des stratégies décidées par le Conseil d'administration ainsi que de la cohérence des structures et des synergies au sein de l'entité. La Direction générale décline la stratégie de maintien à domicile et est responsable de la bonne marche de l'institution vis-à-vis du Conseil d'administration. Son action doit être conduite dans le respect des principes d'économicité, d'efficacité et d'adéquation ainsi que du budget octroyé.

Direction des prestations

La Direction des prestations doit s'assurer que tous les professionnels de la santé (infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, assistants sociaux, aides familiales, stomathérapeutes, etc.) sont bien intégrés dans la structure, avec un rattachement hiérarchique clair, en principe à la direction des prestations. Elle est notamment chargée de remplir les missions suivantes:

– définir la politique des soins et de prise en charge au sein de NOMAD;

– définir les standards de bonne pratique, selon les normes en vigueur et les connaissances du moment, les appliquer et les évaluer;

– assurer la coordination inter-institutionnelle et inter-disciplinaire, garantir et respecter les dotations définies;

– favoriser le développement de la coordination de la prise en charge des patients au sein du réseau socio-sanitaire cantonal (établissements hospitaliers, homes);

– respecter et faire respecter les dispositions légales en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes.

Direction des finances et des ressources humaines

Au vu de la taille de l'institution, il a été jugé utile de réunir les directions financières et des ressources humaines au sein de la même unité fonctionnelle pour éviter de multiplier les postes au sein de la Direction générale. Les deux missions sont toutefois distinctes et peuvent être caractérisées comme suit:

La Direction financière définit et recherche, dans le respect des limites financières que NOMAD a négociées avec l'État, les moyens et les ressources nécessaires pour remplir les objectifs de l'entreprise. Elle doit notamment:

– répondre devant la Direction générale de la bonne marche financière de l'institution;

– assurer la bonne tenue de la comptabilité, des comptes annuels et des documents usuels, conformément aux dispositions légales en vigueur reconnues par la profession;

– préparer et présenter à la Direction générale les budgets et les résultats annuels;

– respecter et faire respecter la législation en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes.

– gérer la facturation et l'encaissement.

La Direction des ressources humaines doit contribuer à la réalisation de la mission de NOMAD par une gestion qui assure la compétence et la motivation du personnel. Elle doit notamment:

– définir la politique des ressources humaines et veiller à son application;

– offrir des prestations de service performantes dans les domaines clés des ressources humaines (recrutement et intégration des nouveaux collaborateurs-collaboratrices, suivi et appréciation du personnel, formation);

– veiller à la bonne évolution des conditions de travail au sein de NOMAD;

– diriger et coordonner le service du personnel et le service de formation;

– gérer la communication interne;

– respecter et faire respecter les dispositions légales en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes relatives à la gestion du personnel.

Services d'appui

Afin d'optimiser le fonctionnement de l'institution, certains services internes doivent être centralisés alors que d'autres doivent rester délocalisés. S'agissant de ceux qui sont centralisés au niveau cantonal, citons notamment la centrale de facturation et d'encaissement qui est, comme nous l'avons vu plus haut, rattachée à la direction des finances et des ressources humaines.

La question se pose de la même manière s'agissant des questions de transport et des moyens auxiliaires (centrale d'achat). Ces services doivent au moins être organisés au niveau d'une unité, mais il peut être décidé, pour des raisons d'efficacité, de les organiser sur le plan cantonal.

10.4.4. Fonctions de soutien et commissions permanentes

Dans l'exercice de leur activité, les membres de la Direction générale s'appuient sur plusieurs fonctions de soutien ou commissions permanentes constituées par des "cellules de compétences". L'objectif est de regrouper les personnes et les compétences dans des domaines d'expertises spécifiques essentiels à l'activité de NOMAD.

Ces instances ont un rôle consultatif au service de la Direction générale pour des problématiques spécifiques importantes.

Il s'agit principalement d'établir des règles communes dans un certain nombre de domaines pour créer une uniformité dans la livraison des prestations. Citons pour l'exemple la formation, le service juridique, le-la délégué-e qualité, la santé et sécurité au travail, etc.

La Direction générale a compétence de former les commissions et les fonctions de soutien nécessaires et de définir leur articulation. A titre d'exemple, le ou la délégué-e qualité s'appuie à son tour sur une commission ad hoc et en réfère à la Direction générale.

10.4.5. Unités de gestion

Pour atteindre ses objectifs et livrer les prestations, la Direction générale a recours aux équipes pluridisciplinaires, sur le terrain et localisées dans les centres de santé, aux autres services de NOMAD, ainsi qu'à des prestataires externes (infirmières indépendantes, Croix-Rouge, Pro Senectute, etc.).

Pour des raisons d'efficience dans la direction opérationnelle, les équipes pluridisciplinaires peuvent être regroupées en unités de gestion. Chaque unité est responsable vis-à-vis de la Direction générale de la réalisation de la stratégie définie par NOMAD sur le territoire qui lui a été attribué.

La gouvernance d'une unité de gestion est réduite au strict minimum. Une personne peut très bien assumer un poste à la Direction générale et conduire en parallèle une unité. L'unité est responsable du bon fonctionnement des équipes pluridisciplinaires qui lui sont attribuées.

Équipe pluridisciplinaire

Une équipe pluridisciplinaire est placée sous la conduite d'un-e responsable d'équipe qui dirige environ vingt équivalents plein-temps. Elle est composée de professionnels des différents domaines (infirmier-ières, aides, assistant-e-s sociaux-ciales, etc.).

Les équipes pluridisciplinaires livrent les prestations de maintien à domicile dans le secteur géographique qui leur a été attribué.

Au niveau du terrain, les équipes pluridisciplinaires sont intégrées dans des réseaux locaux de professionnels de la santé et du secteur social. Un travail très étroit doit être réalisé en collaboration avec les médecins et les autres intervenants à domicile. Cette démarche est essentielle et peut être officialisée par exemple en organisant, à un rythme régulier, des colloques de réseaux, lieux d'échange d'information entre les équipes et les autres partenaires.

Centres de santé

Les centres de santé n'ont plus de fonction en terme de gestion organisationnelle, mais sont conservés comme "portes d'entrée" pour les patients, les bénéficiaires et les partenaires et en tant que points d'attache pour les collaboratrices et les collaborateurs de NOMAD. Une unité de gestion peut comprendre plusieurs centres de santé.

Services particuliers

Un certain nombre de problématiques ne peuvent être organisées au niveau des équipes pluridisciplinaires. Citons par exemple la question de l'accueil temporaire, la problématique des repas à domicile, le développement d'appartements protégés ou encore l'évolution des soins palliatifs. En fonction de l'importance de ces aspects, il est possible de créer des services particuliers rattachés soit à la direction générale, soit à une unité.

S'agissant plus spécifiquement de l'accueil temporaire, les lits de courts séjours en EMS et les centres de jour comptent parmi les prestations incontournables du maintien à domicile. Les unités d'accueil temporaire doivent donc être très étroitement liées à NOMAD si elles n'y sont pas simplement intégrées. Le projet de création d'un home d'accueil temporaire sur le littoral pourrait par exemple très bien être mené par NOMAD plutôt que par une institution indépendante. Cette réalisation pourrait également se faire au travers d'un mandat de prestations.

10.4.6. Service des soins spécialisés

A l'inverse des services particuliers, certains prestataires sont organisés et fonctionnent sur le plan cantonal. Citons comme exemple les questions relatives à la stomathérapie. Le service de stomathérapie recouvre notamment le traitement des plaies chroniques et de l'incontinence ainsi que la gestion du magasin pour l'ensemble de NOMAD.

Le service des soins spécialisés dépend directement de la Direction générale.

10.4.7. Groupe d'appui

Le groupe d'appui est constitué de professionnels de la santé, de personnes issues des milieux associatifs concernés, notamment des communes, ayant une implication dans le

territoire intéressé et une bonne connaissance de la problématique du maintien à domicile ainsi que d'un-e représentant-e du personnel. A noter que la présence de représentants des communes se justifie en raison des liens très étroits existants entre le domaine du maintien à domicile et les questions d'urbanisme et d'action sociale. Les membres de groupe
d'appui ne sont pas rémunérés. La Direction générale fixe les indemnités de présence, de déplacement et de subsistance en s'inspirant des normes édictées par l'État.

NOMAD assure l'appui logistique au Groupe d'appui.

Le Groupe d'appui émet des propositions et des préavis à l'intention de la Direction générale. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. Ces propositions et préavis sont communiqués au DSAS.

Les membres, au nombre de quinze au plus, sont nommés pour une période législative par le Département de la santé et des affaires sociales sur proposition de NOMAD qui consulte au préalable les organismes partenaires.

Les membres du Conseil d'administration, les membres de la Direction générale ainsi qu'un-e représentant-e du DSAS peuvent assister de droit aux séances avec voix consultative.

11. REGIME DE FINANCEMENT

La volonté du Conseil d'État, dans sa politique d'octroi de subventions aux institutions d'utilité publique, est d'abandonner le système de la couverture du déficit pour s'orienter vers un financement par prestations. Il s'agit, d'une part d'améliorer la transparence du modèle en mettant en lumière ce à quoi est employé l'argent public et, d'autre part de promouvoir un système d'allocation des ressources qui incite à une bonne gestion des ressources plutôt qu'à une maximalisation des revenus.

Dès 2003, le Département de la santé et des affaires sociales a informé les centres de santé que les déficits ne seraient plus couverts dans leur intégrité s'ils n'atteignaient pas certains objectifs de performance. Des heures d'administration et de coordination sont certes nécessaires au fonctionnement des centres mais leur nombre doit rester dans une proportion acceptable en comparaison du nombre d'heures passées auprès du client. L'indicateur de performance choisi était le pourcentage d'heures passées auprès du client (heures facturables) divisé par le nombre total d'heures réalisées dans le centre.

Il s'agissait d'une première étape d'un processus qui doit mener à terme à la mise en place d'un financement par prestation. Un groupe de travail a ensuite été chargé de définir les prestations des centres de santé dans le domaine de l'aide et des soins à domicile et plus largement des prestations nécessaires au maintien à domicile. Les résultats de ce groupe sont utilisés pour définir le nouveau modèle de financement.

Le financement par prestations ne fait pas partie à proprement parler du projet d'organisation cantonale du maintien à domicile. Toutefois, comme le système d'allocation des ressources influence fortement le fonctionnement et l'organisation d'une institution, nous estimons utile de le présenter dans ce rapport.

11.1. Principes

Les ressources financières de NOMAD correspondent à la totalité des recettes de l'exercice à laquelle s'ajoute la contribution financière de l'État. L'institution négocie son financement directement avec les partenaires tarifaires (assureurs LAMal notamment) et fixe, en accord avec les services de l'État, les prix des prestations facturées à ses clients.

NOMAD doit avoir la liberté, dans le cadre de son autonomie décisionnelle, de favoriser la mise à disposition d'un type de prestations plutôt qu'un autre, dans le but non pas de maximiser les revenus mais d'obtenir les meilleurs résultats en terme de maintien à domicile des personnes. NOMAD pourrait par exemple choisir de soutenir de manière intense les aides informelles et les services bénévoles plutôt que de développer les prestations d'aides et de soins livrées par des professionnels.

Les modalités sont définies dans un mandat de prestation qui lie l'État et NOMAD.

Il s'agit de garantir à l'institution un financement stable qui couvre les coûts des prestations et qui incite à l'efficience tout en assurant également le respect d'un cadre budgétaire global. Le mode de financement se développe donc sur trois axes.

– Le premier est la définition, chaque année, d'un cadre financier global maximal. Ce cadre a pour but de garantir à l'État qu'un plafond de dépenses ne sera pas dépassé. Il tient compte des besoins en soins de la population mais également des moyens que les pouvoirs publics désirent (ou peuvent) investir dans le domaine.

– Le deuxième correspond au financement par prestations proprement dit. Le montant des subventions n'est pas d'emblée acquis à l'institution et cette dernière l'obtient en livrant des prestations de maintien à domicile.

– Le troisième concerne la définition du prix des prestations. Il s'agit de fixer, pour chaque prestation, un juste prix qui incite, d'une part à une bonne gestion et, d'autre part à orienter le développement du maintien à domicile en fonction des axes politiques choisis par le Conseil d'État.

11.2. Composition du cadre budgétaire

NOMAD négocie avec l'État un budget cadre qui correspond à la subvention maximale que l'institution recevra pour l'exercice concerné. Ce budget cadre tient compte des besoins de la population, des souhaits de l'institution ainsi que des volontés et des possibilités de l'État.

Des acomptes sont versés mensuellement, mais la subvention est calculée en fin d'exercice, en fonction du volume de prestations réellement fournies durant l'année. L'institution reçoit au maximum la subvention prévue.

En cas de dépassement, elle assume elle-même le déficit en ayant recours à ses réserves ou au moyen de l'emprunt.

11.3. Financement par prestations

Une prestation est un "produit fini" qui comporte un ensemble d'activités (actes infirmiers, déplacement, administration, etc.) utiles au maintien à domicile d'un bénéficiaire (prestations individuelles).

Certaines prestations ne sont toutefois pas directement attribuables à des clients (prestations collectives ou prestations d'intérêt public). Ces dernières doivent être identifiées et financées de manière particulière.

Prestations

La liste suivante a été proposée par le groupe de travail chargé de définir les prestations:

Prestations individuelles	Prestations collectives
Aide à la famille	Action de santé communautaire (*)
Aide à la vie quotidienne	Encadrement des élèves, des stagiaires et des apprentis
Démarche sociale	Livraison de repas
Enseignement, conseil inter-institutionnel	Recherche, enseignement
Évaluation et conseils	
Examens et soins	
Soins de base	
Veilles	

(*) A noter que les actions de santé communautaires comprennent des actions de prévention et de promotion de la santé qui représentent un volet important du maintien à domicile.

Cette liste est exemplative et présente les prestations qui pourraient être rapidement délivrées par les centres de santé. A cela, il faudra ajouter les prestations qui seront proposées dans le concept de maintien à domicile, comme les appartements protégés, les appartements adaptés, les familles d'accueil, les moyens télématiques, etc.

De plus, les actions bénévoles doivent également être prises en considération. En effet, les aides informelles de la famille ou des proches sont essentielles pour le maintien à domicile des personnes et doivent être reconnues.

Le prix de chaque prestation est négocié avec l'État. Ce prix tient compte des coûts de personnel et d'infrastructure nécessaires à sa réalisation, mais également des recettes obtenues d'autres financeurs (assurances, bénéficiaires, etc.). Les prix seront, dans un premier temps, déterminés sur la base des coûts historiques des centres de santé. Puis une comparaison (benchmarking) avec d'autres organismes comparables sera également réalisée afin de définir un juste prix.

D'autre part, la fixation des prix peut être utilisée comme moyen de mise en œuvre de la politique sanitaire. A titre d'exemple, un financement légèrement plus favorable des heures infirmières à domicile en comparaison des heures infirmières en home d'accueil temporaire pourrait inciter à ne pas maintenir inutilement des personnes en institution. Cet outil est toutefois délicat et doit être utilisé avec précautions car il porte en lui le risque de générer des comportements indésirables.

Mandat de prestations

Au terme des négociations entre NOMAD et le Conseil d'État, les objectifs et les moyens octroyés sont fixés dans un mandat de prestations attribué à l'institution. Les montants prévus pour les prestations collectives sont acquis dès le début de l'exercice alors que les sommes prévues pour les prestations individuelles sont liées à l'activité réelle. A la fin de l'exercice, l'institution établit un rapport à l'intention du Conseil d'État qui, de son côté, veille à ce que les prestations soient réellement livrées.

11.4. Financement des partenaires de NOMAD

NOMAD est le partenaire unique de l'État s'agissant du maintien à domicile dans le canton de Neuchâtel. C'est donc légitimement que l'intégralité du financement cantonal des prestations utiles au maintien à domicile transite par l'institution, y compris pour celles qui ne sont pas fournies par cette dernière.

Les organismes partenaires devront donc négocier avec NOMAD s'ils entendent obtenir une part du financement public, ceci en respect des options stratégiques définies par le Conseil d'État.

11.5. Révision LAMal

Le mode de financement décrit plus haut s'inscrit dans le contexte légal actuel. Or, le financement des prestations d'aide et de soins à domicile est en passe d'être modifié au niveau national. En effet, les chambres fédérales planchent depuis de nombreux mois sur une révision de la LAMal s'agissant des soins de longue durée.

Dans tous les cas, le mode de financement mis en place pour NOMAD doit rester flexible et devra être adapté en fonction des décisions relatives à la révision annoncée de la LAMal.

12. SURVEILLANCE

Le pilotage du système se fera au travers du mandat de prestations signé entre NOMAD et le Conseil d'État. Dans ce document, les objectifs, les délais et les moyens seront définis. Le Département de la santé et des affaires sociales devra se doter des moyens de surveillance et de contrôle nécessaires.

Déchargé d'une grande partie de ses tâches de surveillance opérationnelle de la gestion des centres de santé et des autres institutions actives dans le domaine du maintien à domicile, le service cantonal de la santé publique devra en assumer de nouvelles.

Il s'agira de mettre sur pied un système d'information capable de mesurer les résultats au sein de la population (qualité des soins, accessibilité, taux d'hébergement, etc.) afin de surveiller l'activité de NOMAD. Étant donné que le succès financier du projet se mesurera principalement dans la performance des autres secteurs du système sanitaire cantonal, le développement de "comptes de la santé" du canton de Neuchâtel devient une nécessité. Actuellement, seuls quelques cantons ont accès à une telle information.

13. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

La stratégie de maintien à domicile doit être définie au niveau cantonal mais doit également être modulée en fonction des spécificités locales. Il s'agit bien de créer une structure juridique unique mais de conserver des unités de "production" décentralisées dans les régions. Les principaux changements se répercuteront sur les fondations, propriétaires actuelles des centres de santé, et sur la fédération des fondations.

Si les structures dirigeantes sont modifiées par la création de l'organisation cantonale pour le maintien à domicile, les impacts sur les conditions de travail pour la majorité des collaborateurs et des collaboratrices concerné-e-s doivent rester minimes.

13.1. NOMAD est un instrument

Les questions financières sont aujourd'hui plus qu'hier d'actualité et les collectivités publiques cherchent à faire des économies dans tous les domaines. La santé n'échappe évidemment pas à cette réalité et tout projet doit être analysé sous l'angle des économies potentielles qu'il pourrait apporter.

C'est dans cet esprit que NOMAD est créé. Néanmoins, il ne faut pas attendre que des économies soient automatiquement générées par la réunion des centres de santé en une seule institution. En effet, les gains d'efficience et les économies d'échelle ne découlent pas des structures elles-même mais sont les résultats des décisions de management.

Ce sont donc les organes directeurs de la nouvelle institution qui auront pour mission d'en augmenter l'efficience. Cette opération s'articulera sur deux plans: d'une part en améliorant la productivité des services prestataires tout en conservant, voire en augmentant la qualité de la prise en charge des patients et, d'autre part, en développant le maintien à domicile comme alternative à l'hébergement.

Les expériences passées ont montré que ces deux objectifs ne peuvent être atteints avec les structures actuelles. NOMAD est donc un outil indispensable que les décideurs pourront actionner pour atteindre les objectifs fixés par l'État, à savoir le maintien à domicile des personnes atteintes dans leur santé, en utilisant au mieux les ressources à disposition, et ceci tout en assurant la qualité des prestations.

13.2. Collaboration avec les hôpitaux et les institutions psychiatriques

Comme nous l'avons vu plus haut, l'organisation cantonale pour le maintien à domicile est appelée à devenir la pièce centrale de notre système de santé. Pour cela, la collaboration avec tous les partenaires institutionnels comme privés (hôpitaux, homes, médecins, etc.) doit être parfaitement réglée et doit fonctionner au quotidien. Il s'agit par exemple de veiller à ne pas créer de doublons avec la structure de l'EHM, chargée d'accompagner les patients à leur sortie de l'hôpital (rôle de l'infirmier-ère de liaison et des assistant-e-s social-e-s).

NOMAD doit soigner plus particulièrement ses liens avec les hôpitaux et les institutions psychiatriques. En effet, c'est l'efficacité de l'institution et du réseau de prestataires actifs dans le maintien à domicile qui permettra aux institutions stationnaires d'améliorer leurs performances propres.

Un représentant des hôpitaux siègera dans le groupe d'appui et il est par exemple envisageable qu'un même membre siège au conseil d'administration de NOMAD et au conseil d'administration de l'Établissement hospitalier multisite (EHM). La question devra également se poser avec l'établissement psychiatrique multisite cantonal annoncé dans le programme de législature.

13.3. Devenir des fondations et associations

Les fondations actuelles ainsi que la fédération des fondations ont toutes été créées dans les années 1990 pour répondre à l'injonction de l'article 88, alinéa premier, de la loi de santé qui stipule que: "selon la planification établie par le Conseil d'État, les communes

se groupent pour créer, avec des services publics ou privés, des centres régionaux de santé". Leurs statuts précisent bien qu'elles n'ont d'autre but que de livrer des prestations d'aide et de soins à domicile dans leur région.

Les fondations qui décideront de transmettre leurs centres de santé à NOMAD, perdront de fait leur raison première d'existence. Du fait qu'elles n'ont, pour la plupart d'entre elles, pas de patrimoine immobilier ou financier propre, autre que celui qui est le siège de leur activité, elles perdront également leurs ressources et par là-même leur moyen d'action.

En conséquence, il appartiendra à chaque fondation de se poser la question de son existence. En cas de réponse positive, un nouveau but devra vraisemblablement être défini. Les autres seront appelées à se dissoudre.

S'agissant de la fédération des fondations, cette dernière perdra automatiquement sa raison d'être et sera dissoute.

13.4. Cadre des négociations

Par principe, les actifs et passifs sont repris à la valeur du bilan reconnu par le Département de la santé et des affaires sociales.

Certains éléments doivent toutefois être discutés et sont matière à interprétation (déficit non reconnu, fonds et legs, etc.). Les négociations relatives au transfert de l'activité des centres de santé ont lieu entre les fondations et NOMAD. En cas de divergence, les parties aux négociations peuvent faire appel à l'arbitrage du Conseil d'État qui détermine, de cas en cas, les modalités de son intervention.

Les négociations doivent avoir abouti au plus tard six mois après la mise en vigueur de la loi.

S'agissant de la fédération des fondations, le bilan est transféré en totalité à NOMAD.

14. CONSEQUENCES

La réunion des centres de santé actuels au sein d'une organisation cantonale et l'extension du champ de compétence de cette nouvelle institution à l'intégralité de la problématique du maintien à domicile apporte un certain nombre d'avantages mais comporte également certains risques.

14.1. Coûts

Dans le contexte actuel, la question des coûts mérite d'être examinée de manière attentive. En effet, les difficultés financières que traversent actuellement les pouvoirs publics influencent largement la teneur des projets en cours de réalisation. Autrement dit, une réforme ne peut être mise en œuvre que si elle entraîne des économies à court et moyen terme déjà.

Nous l'avons vu plus haut, les prestations de maintien à domicile sont appelées à se développer à l'avenir. Ceci est la conséquence de tendances lourdes comme le vieillissement de la population ou les préférences des personnes âgées, mais c'est également une volonté du Conseil d'État de diminuer l'accueil institutionnel en transférant l'activité dans le secteur ambulatoire tout en développant l'offre dans ce secteur. Si la

pression sur les coûts est très grande, il ne faut raisonnablement pas s'attendre à une réduction des dépenses totales dans le secteur du maintien à domicile.

Trois questions doivent donc être posées pour apprécier NOMAD sous l'angle économique. La première est de savoir si la structure nouvelle permet une baisse des coûts administratifs. La seconde est d'estimer dans quelle mesure NOMAD peut remplir les missions qui lui seront confiées, et ceci dans le cadre financier décliné dans le plan financier du Conseil d'État pour la législature. La troisième enfin est d'apprécier le système de santé cantonal dans son ensemble et de voir dans quelle mesure les ressources investies dans NOMAD permettent une économie dans d'autres secteurs.

Baisse des coûts administratifs

Les chiffres décrivant l'activité actuelle des centres de santé sont les suivants:

Coûts (données 2005)	Services d'aide familiale (millions de francs)	Services infirmiers (millions de francs)	Total (millions de francs)
Charges salariales	15,41	9,12	24,53
– dont personnel administratif	1,09	1,19	2,28
Autres charges	1,44	1,90	3,34
– dont centrale d'encaissement	0,34	0,23	0,57
– dont frais de fondation	0,09	0,04	0,13
Total	16,85	11,02	27,87

Ces dépenses sont financées de la manière suivante:

Recettes (données 2005)	Services d'aide familiale (millions de francs)	Services infirmiers (millions de francs)	Total (millions de francs)
Assurances LAMal	4,87	8,09	12,96
Clients	1,96	–	1,98
Confédération	2,91	1,53	4,44
Subvention cantonale	7,11	1,38	8,49
Total	16,85	11,02	27,87

Au niveau de l'activité, les chiffres sont les suivants:

Activité (données 2005)	Services d'aide familiale	Services infirmiers	Total
Personnel (en EPT)	201.8	89.8	291.6
- dont personnel administratif	11.8	13.2	25.0
Prestations de soins (en heures)	101’540	59’500	161’040
Prestations d'aide (en heures)	102’236	-	102’236

Les tableaux ci-devant montrent que pour 2005, les coûts administratifs ont représenté 2,28 millions pour les charges salariales et 0.7 million pour les autres charges administratives, soit 2,78 millions (10% des charges totales). En ce qui concerne les effectifs du personnel, 25 EPT sont considérés comme personnel administratif (8.5% du total de l'effectif).

S'agissant de la première question relative aux coûts de fonctionnement de NOMAD, un premier potentiel de réduction des coûts de fonctionnement se situe au niveau du personnel administratif et à la part des taux d'activité de tâches de conduite au niveau des actuels centres de santé, même s'il est vrai que de nouvelles dépenses apparaissent dans des fonctions qui n'existent pas actuellement. Citons par exemple la rémunération des membres du Conseil d'administration et la rémunération des membres de la Direction générale. Néanmoins, NOMAD permet la réalisation d'économies structurelles grâce à la centralisation de certaines activités, la création d'une centrale d'achat, la suppression de postes faisant double emploi, l'adaptation des cahiers des charges des directions actuelles des Centres de santé, etc. Le Conseil d'administration de NOMAD doit donc

être très attentif à ne pas créer des étages administratifs supplémentaires mais à alléger la structure, de manière à ce qu'au total le nombre de postes administratifs soit réduit. Toutes les fonctions directionnelles ne doivent pas obligatoirement être occupées plein temps (les cadres supérieurs peuvent très bien remplir plusieurs fonctions dans l'institution) et il s'agira, dans la mesure du possible, de replacer les collaboratrices et collaborateurs actuels dans les fonctions nouvellement créées.

Le Conseil d'administration a pour mission de faire en sorte que les coûts administratifs nécessaires au fonctionnement de NOMAD soient inférieurs aux coûts administratifs cumulés des centres de santé actuels.

Missions de NOMAD et plan financier du Conseil d'État

Il est très difficile de réaliser des projections financières étant donné les incertitudes s'agissant de l'activité et de la productivité du secteur. Néanmoins, le Conseil d'administration a pour mission d'inscrire l'activité de NOMAD dans le cadre du plan financier figurant dans le programme de législature du Conseil d'État. Les prévisions sont donc les suivantes, en tenant compte de l'année de décalage qui existe entre les exercices comptables des institutions et de l'État:

Projections	Budget 2006 (État 2007) (millions de francs)	Budget 2007 (État 2008) (millions de francs)	Budget 2008 (État 2009) (millions de francs)
Subvention cantonale	8,44	8.84	9.86

La principale difficulté est que NOMAD doit faire face à une augmentation annoncée de l'activité tout en respectant le cadre financier du programme de législature du Conseil d'État. Avec seulement une faible augmentation des contributions des pouvoirs publics, l'organisation de maintien à domicile doit compter sur sa créativité et sur sa capacité à améliorer son efficience. Sous le terme de créativité nous entendons la recherche de nouvelles prestations, moins onéreuses que celles habituellement livrées par les Centres de santé et, sous le terme d'efficience, il s'agit de la volonté suivie, depuis quelques années déjà, de diminuer le nombre d'heures improductives. NOMAD devra offrir une palette de prestations et en décliner les modalités d'accès ou d'octroi.

NOMAD et le réseau sanitaire cantonal

Le troisième aspect traite des dépenses de santé en général et du rôle de NOMAD dans le réseau sanitaire cantonal. Il est généralement reconnu que la prise en charge ambulatoire est nettement moins consommatrice de ressources que le placement en institution. Tout patient qui peut être pris en charge par l'organisation de maintien à domicile coûte moins à la collectivité publique que s'il est placé en institution. L'organisation cantonale de maintien à domicile est donc une pièce indispensable au système de santé neuchâtelois, qui contribue de manière essentielle à la maîtrise des dépenses de santé, notamment en application de la volonté du Conseil d'État de transférer les patients et les ressources du secteur stationnaire vers l'ambulatoire.

14.2. Avantages

Hormis la question des coûts, la création de NOMAD apporte des éléments capables de compenser plusieurs points faibles du système actuel.

Politique de maintien à domicile

NOMAD permettra de mettre en place une véritable politique de maintien à domicile dans le canton de Neuchâtel. Le système actuel voit sa principale faiblesse dans la multiplicité des intervenants, des approches, des logiques et des intérêts. Dans ces conditions, il n'est pas possible de définir et de conduire une politique de maintien à domicile cohérente et répondant aux attentes souvent contradictoires des fournisseurs de prestations, des bénéficiaires et des financeurs.

Clarification des rôles et des responsabilités

Un avantage important réside dans la claire séparation des compétences et des responsabilités entre l'État et l'établissement. Chaque partenaire concentrera ses efforts sur ses domaines de compétences: pour l'État, la responsabilité de la stratégie et de l'attribution des ressources, pour NOMAD la réalisation opérationnelle et le respect des règles d'efficience (rapport coûts-qualité).

Enfin, les communes et les professionnels de la santé seront associés à la définition d'une politique de maintien à domicile.

Qualité de la prise en charge des patients

La qualité de la prise en charge des patients sera encore améliorée et unifiée. L'établissement pourra, grâce à la réunion des forces et des compétences, créer et mettre en application des processus et des standards de qualité de manière uniforme. Cet aspect est actuellement du ressort de la fédération des fondations, toutefois, l'établissement unique aura davantage de légitimité pour amener les professionnels à travailler ensemble et pour mettre en œuvre les processus sur tout le territoire desservi.

Organisation cantonale mais services de proximité

Nous l'avons vu, il y a de nombreux avantages à cantonaliser l'organisation du maintien à domicile. Le projet NOMAD contient une caractéristique particulière dans la mesure où le service reste de proximité. En effet, des centres de santé sont toujours situés dans les régions et les acteurs locaux seront impliqués dans la mise en œuvre de la politique de maintien à domicile au travers des colloques de réseaux.

Désengagement financier des communes

Depuis le 1er janvier 2005, date de l'entrée en vigueur du deuxième volet du désenchevêtrement des tâches, l'État finance seul les institutions de santé. Or, en tant que propriétaires des fondations d'aide et de soins à domicile, les communes sont appelées à couvrir un éventuel découvert financier que l'État ne reconnaîtrait pas.

En transférant l'activité des fondations d'aides et de soins à domicile à NOMAD, les communes ne risquent plus de devoir contribuer financièrement au fonctionnement des centres de santé. Selon les volontés conjointes du Conseil d'État et des communes, cette déresponsabilisation financière doit être effective dès l'exercice 2007.

Néanmoins, le processus politique et ses différentes étapes (passage devant le Grand Conseil, éventuel référendum) risquent de retarder l'entrée en vigueur de la loi, ceci malgré les volontés de chacun des partenaires. Dans ce contexte, il paraît judicieux de

libérer les communes de toute responsabilité financière dès le 1er janvier 2007, indépendamment de l'avancement du calendrier politique.

14.3. Risques

Les principaux risques pour NOMAD se situent au niveau financier.

Selon les modalités du régime de financement présenté plus haut, des réserves financières peuvent être faites lorsque les résultats d'exploitation sont positifs et, inversement, ces réserves servent à amortir des déficits éventuels. Il s'agit entre autre d'assumer les aléas qui peuvent résulter d'une mauvaise négociation de l'enveloppe budgétaire, les imprévus, les écarts de volume de prise en charge des patients ou encore les résultats d'une gestion temporairement inefficiente.

Néanmoins, il n'est pas impossible que l'établissement puisse se trouver en difficulté financière ou en découvert au bilan et il ne sera plus possible, comme aujourd'hui, d'en appeler à la responsabilité des actuels propriétaires des fondations, soit les communes. Dans ce cas, une mise en faillite n'étant pas possible, le propriétaire de NOMAD est appelé à assainir la situation financière.

Pour ne pas recréer les conditions-cadres que l'on veut justement changer, à savoir le manque d'incitation à la bonne gestion qu'entraîne la couverture systématique du déficit, l'État doit se doter d'instruments de surveillance capables de mettre en évidence suffisamment tôt une éventuelle dérive financière, de manière à permettre la prise de mesures adéquates. Il est évident qu'en cas d'incapacité avérée du Conseil d'administration de corriger la ligne et d'atteindre les objectifs négociés, ses membres seront remplacés.

Un autre risque est contenu dans la création d'une grande structure plus difficilement gouvernable. En effet, la réunion de structures de tailles limitées en une institution de grande taille peut être initiatrice d'une désimplication des collaboratrices et des collaborateurs qui en font partie.

NOMAD devra relever le défi de ne centraliser que les tâches et les responsabilités qui doivent l'être et de laisser suffisamment de compétences et d'indépendance de décision à chaque niveau opérationnel. Les responsables des équipes pluridisciplinaires doivent par exemple bénéficier d'une grande liberté d'action pour réaliser leurs missions, tout en étant responsabilisés sur les questions financières. Il s'agira également de créer une culture d'entreprise motivante à laquelle le personnel puisse s'identifier.

Transfert de coûts

Le transfert d'activité du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire, voulu par le Conseil d'État, entraîne une réduction globale des dépenses. Toutefois cette diminution s'accompagne également d'un transfert de charges, notamment des pouvoirs publics et des assureurs vers les patients ou les bénéficiaires eux-mêmes. En effet, ces derniers doivent alors supporter des dépenses qu'ils n'ont pas lorsqu'ils sont par exemple à l'hôpital (citons notamment des prestations d'aides qui ne sont pas remboursées lorsqu'elles sont livrées à domicile).

Ce risque ne doit pas être négligé et le mode de financement doit être adapté de manière à ne pas créer de situations perverses qui tendraient à précariser une population déjà éprouvée.

14.4. Institutions partenaires

Un certain nombre d'autres institutions sont actives dans le domaine du maintien à domicile. Citons notamment les services d'ergothérapie, les centres de puériculture, les services de garde malade, Pro Senectute, Croix-Rouge, etc. De plus, des professionnels indépendants sont également concernés par la problématique. Nous pensons aux médecins, aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes, aux infirmières indépendantes, etc.

Nous l'avons vu dans le chapitre consacré au mode de financement, NOMAD recevra de l'État l'intégralité des ressources publiques consacrées au maintien à domicile. Les institutions partenaires ne recevront plus de financement direct de la part de l'État s'agissant des activités concernées par le maintien à domicile (les subventions relatives à d'autres activités ne sont pas concernées par ce principe). Tous ces partenaires doivent pouvoir collaborer avec NOMAD.

Il ne s'agit pas de favoriser exclusivement NOMAD au détriment des autres prestataires, mais bien de créer un réseau performant actif autour du maintien à domicile. Des conditions cadres favorables à la collaboration doivent être créées au travers du mode de financement et du Contrat de prestations entre le Conseil d'État et NOMAD. Des accords doivent donc être négociés avec ces partenaires et NOMAD y consacrera une partie des ressources qu'il aura reçues.

Si toutefois les négociations entre une institution et NOMAD échouent, le Conseil d'État, respectivement le département, détermine de cas en cas les modalités d'une éventuelle intervention.

14.5. Devenir d'une fondation hors de NOMAD

Les fondations ne sont pas tenues de céder leur centre de santé à NOMAD. En effet, l'organisation cantonale de maintien à domicile devra s'appuyer sur un réseau de partenaires externes qui pourrait être un centre de santé indépendant.

Une fondation qui déciderait de choisir la voie solitaire conserverait son statut d'utilité publique mais serait considérée comme un partenaire de NOMAD et non plus de l'État. Cela signifie qu'elle devrait conclure un accord de partenariat avec ce dernier pour bénéficier d'un accès aux contributions des pouvoirs publics.

Un centre de santé indépendant devrait donc:

– assumer un éventuel découvert financier;

– assurer sa trésorerie;

– négocier et recevoir la part publique du financement des prestations via NOMAD;

– négocier son statut de partenaire directement avec NOMAD au travers de conventions et de contrats;

– négocier avec les assureurs les tarifs.

Concrètement, cela signifie qu'au terme d'une négociation, une fondation indépendante se verrait attribuer une zone géographique accompagné d'un financement et devrait livrer les prestations définies. Si le Centre de santé se révèle efficient et génère un résultat positif, ce dernier lui serait acquis alors qu'en cas de pertes, la fondation devrait assumer le découvert.

Afin de permettre un déroulement optimal des négociations entre une fondation indépendante et NOMAD le délai est fixé au 31 décembre 2007. Passé cette date, la fondation ne bénéficie plus d'un financement direct de l'État.

Si une fondation qui a choisi la voie indépendante revenait ultérieurement sur sa décision et désirait in fine que son centre de santé rejoigne NOMAD, des négociations devraient s'ouvrir entre les deux institutions sous l'arbitrage du Conseil d'État.

14.6. Modifications législatives

Compte tenu des éléments développés ci-dessus, des adaptations doivent être apportées à la loi de santé ainsi qu'à la Loi sur l'aide aux institutions de santé (LAIS). Ils ne nécessitent toutefois aucune explication particulière autre que celles déjà évoquées dans le présent rapport.

15. CALENDRIER

La création d'un établissement de droit public entraîne une profonde réorganisation des services d'aide et de soins à domicile. Il s'agit de mettre en place de nouveaux organes, d'édicter de nouvelles directives, de modifier des contrats, etc. Néanmoins, la problématique est moins complexe que dans le cas de la création de l'Établissement hospitalier multisite (EHM) étant donné que le volume du patrimoine transféré et le nombre de collaborateurs et de collaboratrices concerné-e-s ne sont pas comparables.

Une fois la loi sur NOMAD votée par le Grand Conseil, l'établissement existera juridiquement au terme du délai référendaire.

Le Conseil d'État devra alors nommer les membres du Conseil d'administration qui sera lui-même chargé de mettre en place une direction générale.

Les négociations entre les partenaires, s'agissant du transfert des centres de santé des fondations vers NOMAD, devront se dérouler durant les six mois qui suivent la mise en vigueur de la loi. Au terme de ce délai, NOMAD devrait être opérationnel.

16. CONCLUSION

Les Centres de santé ainsi que les fondations et association qui les détiennent ont rempli leur rôle à satisfaction jusqu'à aujourd'hui. Néanmoins les conditions-cadres du domaine de la santé sont en constantes mutations et nos structures ne sont plus aptes à faire face aux adaptations rapides et difficiles qui sont exigées.

Dans son programme de législature 2006-2009, le Conseil d'État a indiqué sa volonté de développer une nouvelle politique de maintien à domicile afin de diminuer la capacité d'accueil en institution. Le défi est de taille car il s'agit, non seulement d'adapter nos structures à un monde toujours plus exigeant au niveau de l'efficacité et de la qualité, mais également d'étendre le champ d'action de l'aide et des soins à domicile en réinventant l'ensemble du domaine du maintien à domicile.

Le deuxième volet du désenchevêtrement des tâches entre l'État et les communes a confié l'entier du financement de l'aide et des soins à domicile à l'État. Les communes sont donc déchargées de cette responsabilité mais, selon la loi de santé, ont conservé la gestion des Centres de santé sur leur territoire. Ainsi, malgré un financement essentiellement cantonal elles sont, en tant que propriétaires des fondations, appelées à assumer le risque financier lié à l'activité économique desdits centres de santé.

Cette situation n'est pas cohérente et mérite d'être adaptée. Le flux de financement doit être mis en adéquation avec les responsabilités, ceci sur le plan de la sécurité sanitaire comme sur le plan du pouvoir décisionnel. La cantonalisation du secteur du maintien à domicile libère totalement les communes des implications financières et la modification de la loi de santé leur retire également toute responsabilité relative à l'organisation sanitaire. Le projet NOMAD répond à cette volonté stratégique.

Les spécificités régionales sont prises en compte grâce à la présence, au sein du groupe d'appui, de professionnels de la santé et de représentants des milieux associatifs locaux. C'est donc dans une relation de partenariat que sera préparée et évaluée la politique de maintien à domicile de notre canton. Fort de ces réflexions, le Conseil d'État définira la politique de maintien à domicile et fixera à l'établissement cantonal ses missions sous la forme de mandats de prestations. Si la direction de l'institution est centralisée, le service reste de proximité. En effet, les équipes pluridisciplinaires qui composent les unités de gestion sont réparties comme aujourd'hui dans les régions.

NOMAD n'est pas un objectif mais un moyen qui doit nous permettre de conduire les réformes du système de santé neuchâtelois. Il ne s'agit toutefois pas de mettre en place une organisation lourde et centralisée. Au contraire, la structure de NOMAD est légère et flexible avec un Conseil d'administration et une Direction générale dotés d'une grande liberté de décision et de pouvoirs opérationnels. Le personnel est sous contrat avec NOMAD, mais la conduite du personnel comme le choix des collaboratrices et des collaborateurs lors des engagements est réalisée au niveau des responsables locaux. Les conditions de travail sont régies par la Convention collective de droit public.

La nouvelle structure permettra de faire face à l'augmentation de l'activité de maintien à domicile due au vieillissement de la population et au transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Il s'agira de faire preuve de créativité et d'innovation, de manière à livrer les prestations attendues et d'en développer de nouvelles, tout en respectant les limites financières imposées par le Conseil d'État.

Pour conclure, nous sommes convaincus que la création de NOMAD représente la meilleure réponse structurelle aux défis qui nous attendent. Restera la nécessité de définir la politique de maintien à domicile que nous entendons mettre en place dans notre canton. Le Conseil d'État et NOMAD pourront travailler de concert afin de présenter le plus rapidement possible un concept de maintien à domicile au Grand Conseil dans le cadre de la planification sanitaire.

Veuillez agréer, Madame la présidente, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 26 juin 2006

Au nom du Conseil d'Etat:

La présidente,	*Le chancelier,*
S. PERRINJAQUET	J.-M. REBER

Loi
portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile)

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

vu l'article 5, alinéa 1, lettre *e*, de la Constitution de la République et Canton de Neuchâtel, du 24 septembre 2000;

vu la loi de santé (LS), du 6 février 1995;

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 26 juin 2006,

décrète:

CHAPITRE PREMIER

Dispositions générales

Raison sociale et statut

Article premier [1]Sous la raison sociale "NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile" (ci-après: NOMAD), il est constitué un établissement de droit public cantonal.

[2]Il est doté de la personnalité juridique.

[3]Il est reconnu d'utilité publique, au sens de l'article 84, alinéa 1, LS.

Siège

Art. 2 NOMAD a son siège à …

Buts

Art. 3 NOMAD a pour buts de:

a) favoriser le maintien à domicile sur tout le territoire du canton de Neuchâtel, notamment par la livraison de prestations d'aide et de soins à domicile;

b) garantir à la population l'accès à des prestations de maintien à domicile de proximité, économiques et de qualité;

c) collaborer étroitement avec les services de l'Etat, les communes et les responsables des milieux associatifs concernés pour appliquer la politique de maintien à domicile définie par le Conseil d'Etat;

d) maîtriser l'évolution des coûts de la santé par une affectation optimale des ressources à disposition.

Garantie de l'Etat

Art. 4 L'Etat peut garantir les engagements financiers de NOMAD.

Patrimoine

Art. 5 Le patrimoine de NOMAD est constitué des biens dont il est propriétaire et qu'il gère de manière autonome.

Exonération fiscale

Art. 6 NOMAD est exonéré de tout impôt et taxe cantonaux et communaux.

Droit des patient-e-s

Art. 7 Dans le cadre de la planification sanitaire cantonale et des mandats de prestations à lui confier, NOMAD garantit aux patient-e-s:

a) une assistance médicale et socio-sanitaire d'égale qualité, quelle que soit la nature de leur couverture d'assurance;

b) le respect absolu de leur dignité et de leur liberté;

c) une large information leur permettant de se déterminer et de donner leur consentement éclairé.

Responsabilité

Art. 8 La responsabilité de tout le personnel de NOMAD, y compris celle des membres du Conseil d'administration, est régie par la loi sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents (loi sur la responsabilité), du 26 juin 1989.

Rapports de travail

Art. 9 Les rapports de travail de tout le personnel de NOMAD sont régis par une convention collective de travail de droit public (CCT Santé 21), sous réserve des exceptions prévues par la convention collective de travail elle-même.

Formation du personnel

Art. 10 NOMAD favorise la formation, notamment par la création et la coordination de places de stage et d'apprentissage à l'intérieur de ses structures, ainsi que par la fomation continue et post-grade du personnel.

CHAPITRE 2

Autorités supérieures

Autorités supérieures
1. Désignation

Art. 11 Les autorités supérieures de NOMAD sont:

a) le Grand Conseil;
b) le Conseil d'Etat.

2. Grand Conseil

Art. 12 [1]Le Grand Conseil adopte le budget et les comptes de NOMAD par le budget et les comptes de l'Etat.

[2]Il est informé de la politique de maintien à domicile suivie par NOMAD dans le cadre des mandats de prestations qui lui ont été assignés ainsi que de la réalisation de ses objectifs par un rapport quadriennal établi par le Conseil

d'Etat, conformément à l'article 83, alinéa 3, LS.

[3]Il garantit si nécessaire les engagements de NOMAD.

3. Conseil d'Etat

Art. 13 [1]Le Conseil d'Etat:

a) exerce la haute surveillance sur NOMAD;

b) nomme les membres du Conseil d'administration de NOMAD;

c) définit les champs d'activité couverts par NOMAD;

d) veille à l'égalité entre les régions des activités de NOMAD;

e) détermine avec NOMAD les mandats de prestations dans le cadre de l'organisation sanitaire cantonale;

f) fixe avec NOMAD le mode de financement de ses prestations;

g) fixe avec NOMAD son budget annuel global et, dans ce cadre, la participation de l'Etat, sous forme d'indemnité;

h) fixe la rémunération des membres du Conseil d'administration.

[2]Il désigne le département compétent pour l'exécution de ces tâches, lequel dispose du service de la santé publique comme organe opérationnel.

[3]Il dispose du Conseil de santé prévu aux articles 13 et suivants LS comme organe consultatif en matière de maintien à domicile.

CHAPITRE 3

Organisation

Organes

Art. 14 Les organes de NOMAD sont:

a) le Conseil d'administration;
b) la Direction générale.

Section 1: Le Conseil d'administration

Composition

Art. 15 [1]Le Conseil d'administration se compose de cinq administratrices ou administrateurs nommés par le Conseil d'Etat.

[2]Le Conseil d'Etat désigne parmi eux ou elles le ou la président-e et le ou la vice-président-e du Conseil d'administration.

[3]Le ou la président-e du Conseil d'administration assure le lien avec le Conseil d'Etat et le département compétent.

Durée

Art. 16 [1]Les membres du Conseil d'administration de NOMAD sont nommés

pour quatre ans au début de chaque période de législature.

[2]Ils sont immédiatement rééligibles au maximum trois fois.

Limite d'âge

Art. 17 L'âge limite des membres du Conseil d'administration est fixée à 70 ans.

Rémunération

Art. 18 [1]La rémunération des membres du Conseil d'administration est fixée par le Conseil lui-même.

[2] Cette rémunération doit être approuvée par le Conseil d'Etat.

[3]Une rémunération spéciale peut être accordée par le Conseil d'administration pour l'accomplissement de tâches particulières.

Compétences
1. Généralités

Art. 19 [1]Le Conseil d'administration est le pouvoir supérieur de NOMAD.

[2]Il en assume la surveillance et répond de sa bonne gestion.

[3]Le Conseil d'administration a tous les pouvoirs que la loi ne réserve pas expressément à une autorité supérieure ou à un autre organe de NOMAD.

[4]Il édicte les règlements relatifs à l'organisation et à la gestion de NOMAD.

2. Compétences stratégiques

Art. 20 Le Conseil d'administration, notamment:

a) définit la stratégie et la politique de NOMAD dans le cadre fixé par le Conseil d'Etat;

b) négocie avec le Conseil d'Etat les mandats de prestations;

c) détermine la politique d'information au sein de NOMAD et à travers les médias.

3. Compétences financières

Art. 21 Le Conseil d'administration, notamment:

a) négocie avec le Conseil d'Etat le budget annuel de NOMAD;

b) négocie les conventions tarifaires avec les assureurs;

c) négocie les accords de partenariat ou de collaboration avec les institutions reconnues d'utilité publique et les institutions privées intégrées dans la planification sanitaire;

d) contracte les emprunts nécessaires;

e) décide de l'acquisition ou de l'aliénation des biens mobiliers ou immobiliers;

f) décide de l'acceptation de donations.

4. Compétences administratives

Art. 22 Le Conseil d'administration, notamment:

a) règle le cahier des charges et les attributions de la Direction générale;

b) définit la politique du personnel;

c) détermine le mode de signature;

d) établit le rapport de gestion annuel à l'attention du Conseil d'Etat;

e) fixe les délégations de compétence entre les administrateurs;

f) arrête la politique de formation du personnel.

5. Compétences de nomination et de révocation

Art. 23 Le Conseil d'administration nomme et révoque:

a) les membres de la Direction générale;
b) l'organe de révision.

Séances

Art. 24 Le Conseil d'administration se réunit aussi souvent que les affaires l'exigent.

Convocation

Art. 25 [1]Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du ou de la président-e ou du ou de la vice-président-e.

[2]Il se réunit également sur demande écrite et motivée d'au moins deux membres du Conseil d'administration ou du directeur ou de la directrice générale.

Quorum

Art. 26 Le Conseil d'administration délibère valablement en présence de trois de ses membres au moins.

Décisions

Art. 27 [1]Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité simple des membres présents.

[2]En cas d'égalité de voix, celle du ou de la président-e est prépondérante.

Procès-verbaux

Art. 28 Le Conseil d'administration tient un procès-verbal de ses délibérations et de ses décisions.

Participation de tiers aux séances du Conseil d'administration

Art. 29 [1]Le Conseil d'administration peut inviter à ses séances, avec voix consultative, toutes les personnes qu'il estime nécessaire, notamment les membres de la Direction générale.

[2]Il peut faire appel à des experts externes.

Section 2: La Direction générale

Composition

Art. 30 La Direction générale se compose en principe:

a) du directeur ou de la directrice générale;
b) du directeur ou de la directrice des prestations*;*
c) du directeur ou de la directrice des finances et des ressources humaines.

Nomination

Art. 31 Le Conseil d'administration nomme les membres de la Direction générale.

Compétences

Art. 32 La Direction générale:

a) exerce la direction opérationnelle de NOMAD;

b) exécute les décisions du Conseil d'administration;

c) instruit et préavise, à l'intention du Conseil d'administration, les dossiers qui sont de la compétence du Conseil d'administration;

d) nomme et révoque le personnel de NOMAD;

e) exerce la surveillance directe sur les activités de NOMAD;

f) se charge de toutes les affaires qui lui sont confiées par le Conseil d'administration;

g) constitue et définit les missions des commissions permanentes;

h) intervient dans l'urgence.

Règlement interne

Art. 33 Le fonctionnement interne, le cahier des charges et les attributions de la Direction générale font l'objet d'un règlement élaboré par le Conseil d'administration.

CHAPITRE 4

Commissions permanentes

Constitution

Art. 34 [1]La Direction générale peut constituer une ou plusieurs commissions permanentes ayant un rôle consultatif pour l'assister dans l'accomplissement de ses missions et celles des unités fonctionnelles.

[2]Le fonctionnement et les missions de ces commissions permanentes font l'objet d'un règlement élaboré par la Direction générale.

CHAPITRE 5

Groupe d'appui

Statut

Art. 35 Le groupe d'appui est une structure consultative permanente de NOMAD.

Nomination

Art. 36 Le groupe d'appui est nommé, sur proposition de NOMAD, par le département compétent pour quatre ans au début de chaque période législative.

Composition

Art. 37 Le groupe d'appui se compose de quinze membres au plus représentant les diverses régions, les professionnels de la santé, les milieux associatifs, les communes, les représentants des structures à vocation cantonale s'occupant de maintien à domicile ainsi qu'un représentant du personnel.

Participant-e-s avec voix consultative

Art. 38 Les membres du Conseil d'administration, les membres de la Direction générale ainsi qu'un-e représentant-e du département compétent peuvent assister de droit aux séances du groupe d'appui, avec voix consultative.

Secrétariat

Art. 39 Le secrétariat est assuré par NOMAD.

Missions

Art. 40 [1]Le groupe d'appui est consulté par la Direction générale sur tous les sujets en lien avec le maintien à domicile.

[2]Il propose à la Direction générale les mesures qui lui paraissent nécessaires pour le bon fonctionnement de NOMAD.

[3]Les procès-verbaux des séances du groupe d'appui sont transmis au département compétent.

Indemnités

Art. 41 La Direction générale fixe les indemnités de présence, de déplacement et de subsistance des membres du groupe d'appui.

CHAPITRE 6

Organe de révision

Nomination et durée du mandat

Art. 42 Le Conseil d'administration nomme un organe de révision externe pour une durée de deux ans et qui peut être renommé.

Qualité de l'organe de révision

Art. 43 [1]L'organe de révision doit être inscrit au registre du commerce.

[2]Il doit présenter des qualifications professionnelles particulières au sens du droit des sociétés.

[3]Il doit être indépendant de NOMAD et de l'Etat.

Missions

Art. 44 L'organe de révision doit:

a) vérifier si la comptabilité, les comptes annuels et les opérations de gestion sont conformes à la loi;

b) établir à l'intention du Conseil d'Etat un rapport sur les résultats de la révision;

c) recommander au Conseil d'Etat l'approbation des comptes annuels avec ou sans restriction ou leur renvoi au Conseil d'administration;

d) attester dans son rapport annuel qu'il remplit les exigences de qualification et d'indépendance;

e) établir à l'intention du Conseil d'administration un rapport dans lequel il commente l'exécution et le résultat de sa vérification.

Missions complémentaires

Art. 45 Le Conseil d'Etat ou le Conseil d'administration peut charger l'organe de révision de vérifications complémentaires.

CHAPITRE 7

Financement de NOMAD

Principe

Art. 46 Les ressources financières de NOMAD sont composées des recettes de l'exercice annuel et des subventions de l'Etat, sous forme d'indemnités, définies chaque année dans le cadre du budget global.

Versement des subventions

Art. 47 Toutes les subventions de l'Etat, sous forme d'indemnités, aux prestations permettant le maintien à domicile sont versées à NOMAD.

Relations avec les partenaires

Art. 48 [1]NOMAD négocie avec ses partenaires la prise en charge des patient-e-s dans le cadre du maintien à domicile.

[2]Le coût qui en résulte est pris en charge dans le subventionnement global annuel de NOMAD.

Paiement des indemnités

Art. 49 Les indemnités à charge de l'Etat sont payées mensuellement à NOMAD.

CHAPITRE 8

Dispositions transitoires et finales

Section 1: Intégration des institutions actuelles du maintien à domicile à NOMAD.

Principe

Art. 50 [1]L'intégration des institutions actuelles du maintien à domicile doit être négociée avec les fondations et les associations qui en sont propriétaires.

[2]Chaque convention d'intégration doit être approuvée par le Conseil d'Etat.

Cadre des négociations

Art. 51 Les principes généraux suivants doivent prévaloir dans le cadre des négociations, à savoir:

a) le personnel des institutions est repris par NOMAD sur la base de la convention collective de travail CCT Santé 21 de droit public;

b) le personnel des institutions repris doit être affilié à une Caisse de pensions; le transfert est défini et géré par l'Etat;

c) seuls les biens mobiliers et immobiliers afférents au secteur maintien à domicile des institutions sont vendus en toute propriété à NOMAD;

d) les valeurs des biens vendus à NOMAD ne doivent pas excéder leur valeur au bilan reconnue par le département compétent au 31 décembre 2006;

e) les institutions gardent la propriété de l'ensemble de leur patrimoine non affecté au maintien à domicile.

Durée des négociations et conciliation

Art. 52 [1]Les négociations doivent avoir abouti au plus tard six mois après l'entrée en vigueur de la présente loi.

[2]En cas de divergences, les parties aux négociations ou l'une d'entre elles seulement peuvent faire appel en tout temps au Conseil d'Etat pour tenter la conciliation ou pour procéder à un arbitrage.

[3]Le Conseil d'Etat détermine de cas en cas les modalités de son intervention.

Exonération fiscale

Art. 53 Les éventuels transferts immobiliers résultant de l'intégration des institutions sont exonérés des lods et des émoluments du registre foncier.

Non-aboutissement des négociations

Art. 54 [1]Si les négociations n'aboutissent pas avec l'une ou l'autre des institutions, celles-ci conservent leur statut et leur mode de financement actuels jusqu'au 31décembre 2007.

[2]Un accord de partenariat ou de collaboration, au sens de l'article 21, lettre *c*, peut être négocié avec NOMAD.

[3]Dès le 1er janvier 2008, les institutions ne peuvent plus se prévaloir des droits et des obligations résultant de la présente loi et perdent leur droit à toute subvention.

Section 2: Phase de transition en matière financière

Mode de financement

Art. 55 Jusqu'à la mise en place des moyens nécessaires à l'établissement du cadre budgétaire global prévu aux articles 57 à 60, le mode de financement des institutions actuellement en vigueur subsiste.

Section 3: Modification du droit en vigueur

Modification du droit en vigueur

Art. 56 La modification du droit en vigueur est réglée en annexe.

Section 4: Dispositions finales

Référendum facultatif

Art. 57 La présente loi est soumise au référendum facultatif.

Promulgation et entrée en vigueur

Art. 58 [1]Le Conseil d'Etat fixe l'entrée en vigueur de la présente loi.

[2]Il pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

La présidente, *Les secrétaires,*

Loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile)

Modification du droit en vigueur (art. 56)

1. Loi de santé (LS), du 6 février 1995

Art. 9, al. 2, lettre h (nouvelle)

h) de déterminer avec l'établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD) les mandats de prestation dans le cadre de l'organisation sanitaire cantonale.

Art. 16, al. 3

[3]Sont instituées à titre permanent:

a) la commission de prévention;
b) la commission de gériatrie et de maintien à domicile;
c) la commission de psychiatrie.

Art. 53, al. 2, lettre a

a) (début de la phrase sans changement) … un home médicalisé, un service d'aide et de soins à domicile ou au sein de l'établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD);

Art. 77

(début de la phrase sans changement) … du diagnostic, du maintien à domicile, du traitement, … *(fin de la phrase sans changement)*

Art. 78, lettre b

b) l'établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD) et les services d'aide et de soins à domicile;

Art. 83, al. 3

[3]Tous les quatre ans, il adresse au Grand Conseil un rapport d'information sur l'état de la planification, sur les options stratégiques prises par l'EHM et sur la politique de maintien à domicile suivie par NOMAD, ainsi que sur la réalisation des objectifs qui leur ont été confiés.

Titre après l'article 86

Section 2: Services de prévention et de conseil, services d'aide et de soins à domicile et autres services extrahospitaliers

Art. 87, al. 2 et 3

[2]Il encourage et soutient les services qui ont pour but d'offrir à l'ensemble de la population des prestations en matière d'éducation à la santé, de prévention, d'information, de conseil, de consultation et d'aide et de soins à domicile.

[3]*Abrogé*

Art. 88

Abrogé

Titre après l'article 90

Section 2bis: Maintien à domicile

Art. 90a

NOMAD

Le maintien à domicile est réglé par la loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile), du …

2. Loi sur l'aide aux institutions de santé (LAIS), du 25 mars 1996

Article premier

(début de la phrase inchangé) … les services de prévention, de conseil, l'établissement de maintien à domicile, les autres services extrahospitaliers … *(suite de la phrase inchangé)*

ANNEXES

Annexe A

SITUATION DANS LES AUTRES CANTONS

Canton du Jura

L'organisation y est cantonale et repose sur une seule fondation de droit privé. Cette volonté de centralisation, qui a remplacé les fondations régionales, est issue du plan sanitaire cantonal. Il s'agissait de créer une direction unique et de centraliser les tâches d'intérêt général, tout en conservant les services actifs sur le terrain en préservant une proximité dans la localisation des équipes.

La direction de l'institution cantonale joue un rôle central dans l'organisation. Elle est le lien entre les organes de la fondation et les services. Les relations avec l'extérieur sont exclusivement de la compétence de la direction. Les services sur le terrain sont conduits chacun par une direction tricéphale avec un responsable SID, un responsable SAF et un responsable de l'administration.

Au niveau du financement, le système de couverture des déficits a été abandonné et remplacé par une enveloppe négociée entre les pouvoirs publics et la direction. L'enveloppe est fixée pour une durée de 2 ans. Toutefois, une clause spéciale permet la renégociation du montant global en cas de "force majeure".

Canton de Genève

Selon la planification sectorielle établie par le Conseil d'État, vingt deux Centres d'action sociale et de santé (CASS) se partagent le territoire cantonal (9 en ville de Genève et 13 pour les autres communes du canton).

Les CASS découlent d'une loi cantonale et sont placés sous l'autorité du Département compétent. Les administrateurs ainsi que le personnel de l'accueil font donc partie du personnel de l'État de Genève. Les CASS regroupent et intègrent les différentes activités des services publics et privés d'action sociale et d'aide et soins à domicile. Ainsi, des prestataires externes interviennent dans ce cadre. Citons la Fondation des services d'aide et de soins à domicile, l'Hospice général s'agissant des prestations d'action sociale individuelle et les Communes pour les prestations d'action sociale communautaire de proximité (information, prévention, éducation à la santé).

Le conseil de direction de la fondation est composé de dix personnes, à savoir : le directeur général, le secrétaire général, les directeurs des services transversaux (pratique professionnelle aide et soins, ressources humaines, finances), le directeur des services centralisés ainsi que les directeurs des quatre secteurs territoriaux. Les 22 zones où se trouvent les CASS sont réparties dans 4 secteurs opérationnels qui comprennent chacun entre 350 et 400 collaborateurs et collaboratrices, répartis en 8 à 10 équipes pluridisciplinaires de 35 à 45 personnes.

Outre les soins et l'aide aux activités de la vie quotidienne, les prestations dispensées dans les CASS par la fondation sont la recherche de contacts (avec famille, entourage et environnement), le soutien aux parents et la garde d'enfants malades, l'ergothérapie, les actions de promotion de la santé et de prévention.

Les prestations fournies de manière centralisée par la fondation pour l'ensemble du canton sont les repas à domicile, les appareils de sécurité à domicile, les grands

nettoyages, une équipe mobile de soins palliatifs, les hospitalisations à domicile, les relais des urgences médico-sociales, une unité mobile d'urgence sociale, la réponse téléphonique et un pool de remplacement du personnel.

Le financement est cantonal et les communes, qui sont représentées dans les organes de la fondation, mettent les locaux gratuitement à disposition mais ne participent pas aux coûts d'exploitation.

Canton du Valais

L'organisation repose sur un découpage du canton en six régions qui comptent chacune entre un et cinq Centres médico-sociaux (CMS), soit dix sept CMS au total. Il s'agit de structures associatives auxquelles le canton confie des mandats de prestations. Le financement des CMS est partagé à parts égales entre le canton et les communes.

Deux expériences en cours de réalisation dans le canton du Valais sont à suivre particulièrement. Il s'agit tout d'abord de la création d'appartements "DOMINOS", destinés chacun à l'hébergement de plusieurs personnes âgées. Ces appartements sont intégrés dans des locatifs qui comprennent des lieux communs (cuisine, séjour, etc.). Une autre particularité développée dans le canton du Valais est l'engagement d'auxiliaires de vie ; ces personnes, moins qualifiées que les aides familiales, passent davantage de temps en accompagnement et en tâches ménagères qu'une aide familiale qui effectuera les soins de base ou des interventions ponctuelles de courte durée.

Canton de Bâle-Ville

Une fondation cantonale a été créée voici sept ans par regroupement de la trentaine d'organisations qui existaient alors dans ce canton.

L'organisation comprend sept secteurs qui se partagent le territoire cantonal ainsi qu'un service spécialisé de pédiatrie-oncologie. Chaque secteur comprend un poste de responsable par secteur, une fonction qualité et santé-sécurité au travail, un appui administratif et quatre à cinq équipes pluridisciplinaires comprenant vingt à trente collaborateurs-trices (10 à 15 équivalents plein-temps). Chaque équipe dessert environ 120 à 180 clients.

La direction de la fondation est composée de la directrice générale, de deux responsables de secteur, des chefs des finances et des ressources humaines ainsi que de la présidente du Conseil de fondation, soit six personnes. L'organisation administrative comprend les trois entités suivantes : personnel et formation, finances et comptabilité et enfin marketing et communication.

Un contrat de prestations est négocié tous les trois-quatre ans entre la fondation et le canton. Le budget global est alors réparti dans les secteurs pour être ensuite piloté par les responsables de secteur.

Canton de Vaud

Un mot enfin sur le canton de Vaud qui compte neuf organisations d'aide et de soins à domicile (associations) chapeautées par l'Organisme médico-social vaudois (OMSV). Chacune de ces organisations gère plusieurs Centres médico-sociaux (CMS) qui sont eux-mêmes intégrés dans les réseaux de soins mis en place par le canton. La création des réseaux de soins implique la mise en place de Bureaux régionaux d'information et d'orientation (les BRIOS); ces bureaux sont chargés de:

– Collecter et traiter les demandes de prise en charge médico-sociale; faire des propositions de placement de long séjour dans la mesure où des choix et alternatives sont possibles;

– Tenir à jour en temps réel les disponibilités en ressources d'un groupe d'institutions; centraliser et gérer l'information sur les lits de long séjour et tenir cette information à disposition des partenaires intéressés;

– Assurer toutes les tâches d'information et d'accompagnement nécessaires à une bonne orientation des patients dans le réseau des institutions de soinsPour les réseaux, l'obligation porte sur la mise en place d'un dispositif de base et il leur appartient de l'étendre aux structures intermédiaires (court séjour, UAT, appartements). La mission de base d'information peut aussi être élargie vers l'appui et le conseil, pour faire des BRIOS de véritables lieux de rencontre et d'échange entre la population et le réseau de soins.

NATURE JURIDIQUE – ETABLISSEMENT DE DROIT PUBLIC

Extrait du rapport du Conseil d'État au Grand Conseil 04.041 à l'appui d'un projet de loi sur l'établissement hospitalier multisite, du 15 septembre 2004.

Comme nous l'avons démontré ci-dessus, deux structures juridiques différentes se disputent les faveurs des autorités politiques pour organiser les systèmes hospitaliers cantonaux. Il s'agit de la société anonyme qui est choisie en particulier par les cantons alémaniques et de l'établissement de droit public, plus généralement préféré en Suisse romande et italienne.

Tout d'abord, il sied de constater une évidence. Le choix entre ces deux structures juridiques dépend bien plus d'une approche philosophique et politique que d'avantages ou d'inconvénients prépondérants. Ce choix dépend en effet pour une très large part d'une culture propre aux régions concernées, la partie romande ou latine du pays étant plus sensible par tradition à la prédominance des pouvoirs publics dans le domaine de la santé, la partie alémanique quant à elle, étant plus sensible à la notion d'entreprises privées que le cadre juridique de la SA peut apporter aux institutions hospitalières.

Ce constat étant fait, il serait dès lors absurde de vouloir démontrer que l'une des structures l'emporte en tout ou partie sur l'autre. Toutes deux présentent des avantages et des inconvénients mais aucune des deux ne peut prétendre objectivement apporter la solution idéale aux problèmes posés par la structure des hôpitaux du canton.

Seules en définitive les sensibilités politiques et sociales particulières à notre canton permettent de comprendre ou d'expliquer le choix que le Conseil d'État a fait en optant pour l'établissement de droit public doté de la personnalité juridique comme nouvelle structure juridique des hôpitaux.

Bien entendu, ce choix est étayé par des considérants objectifs qui peuvent se résumer comme suit.

En optant pour l'établissement de droit public, le Conseil d'État a voulu affirmer haut et fort la prédominance de la politique sur l'économie en matière hospitalière. L'établissement de droit public est créé par une loi qui lui donne sa légitimité démocratique. Ses structures fondamentales ne peuvent être modifiées que par le processus de modification législative ordinaire permettant ainsi son évolution harmonieuse sous contrôle parlementaire. La loi ne doit dès lors pas contenir autre chose que les intentions politiques, les buts généraux et l'ossature de l'organisation afin de ne pas desservir ou contrecarrer l'activité opérationnelle qui doit pouvoir s'adapter avec souplesse aux situations particulièrement mouvantes qu'elle va rencontrer.

L'exigence d'une base légale spéciale pour créer un établissement de droit public prévoyant notamment l'intervention du législateur pour en modifier le contenu peut sembler un inconvénient majeur alourdissant la structure et ne la rendant pas apte aux changements, faute de souplesse. A l'opposé, la société anonyme apparaît comme moins rigide puisque l'assemblée générale à elle seule est habilitée à modifier sa structure par une révision de ses statuts.

En l'espèce, l'apparente facilité d'adaptation qu'offre la société anonyme se heurte à une approche politique nuancée qui se veut respectueuse des prérogatives du pouvoir législatif, approche qui ne peut s'exercer qu'à travers l'établissement de droit public. Il s'agit-là d'un choix politique fait par le Conseil d'État.

L'article 620, alinéa 3, du code des obligations suisse, introduit en 1992 seulement, prévoit que la société anonyme puisse être fondée en vue de poursuivre un but qui n'est pas de nature économique. On peut bien entendu partir du principe que l'exploitation des hôpitaux du canton par l'introduction d'une structure unique poursuit un but qui n'est pas de nature économique mais idéaliste. On pourrait donc alors opter pour la société anonyme. Rien ne s'y oppose, il est vrai, mais l'établissement de droit public le permet également sans aucune différence. Il faut toutefois rappeler que la société anonyme est par essence même et prioritairement une société de capitaux et non de personnes. Elle a été conçue pour exploiter une entreprise commerciale ou industrielle en ayant pour objectif principal de générer des bénéfices financiers pour les redistribuer à ses actionnaires. Nous ne pensons pas qu'une telle structure soit véritablement adaptée à nos besoins en matière hospitalière.

Pour autant que la loi fondant l'établissement public soit rigoureuse dans la répartition des compétences entre les organes qu'elle institue, une telle loi est aussi efficace, sous l'angle normatif, que peuvent l'être les règles du code des obligations en matière de société anonyme. Nous ne voyons pas vraiment ce qui pourrait nous amener à considérer qu'il existe une hiérarchie des normes juridiques, de laquelle il résulterait que les normes propres à la société anonyme sont par essence meilleures et plus efficaces que celles que nous proposons et qui sont contenues dans le projet de loi créant l'établissement de droit public. Nous croyons même pouvoir dire que les auteurs de la nouvelle loi se sont d'ailleurs inspirés de la structure de la société anonyme pour concevoir un établissement de droit public souple, efficace et fonctionnel. L'exemple de la Banque cantonale neuchâteloise prouve, si besoin est, qu'une entreprise peut être parfaitement gérée en étant un établissement de droit public. D'autres banques cantonales, précisément converties en société anonyme, ne peuvent en dire autant.

Une société anonyme doit avoir un capital actions. Sachant que les biens immobiliers et mobiliers qui sont actuellement en main des propriétaires des établissements hospitaliers représentent plusieurs centaines de millions de francs, quel devrait être le montant du capital de la société anonyme que nous devrions créer pour que ce capital joue effectivement et de manière crédible son rôle de garant envers les actionnaires et les créanciers sociaux? Nous pensons qu'il s'agirait d'un montant de plusieurs millions qui serait ainsi immobilisé sans véritable besoin. L'établissement de droit public, par contre, n'implique aucune obligation de capitalisation initiale. Cela représente un avantage important compte tenu des difficultés actuelles qui sont les nôtres.

Pour que le caractère d'intérêt public des hôpitaux soit sauvegardé, en cas de fondation d'une société anonyme, l'État devrait conserver au minimum deux tiers du capital de la société. Une telle obligation viderait de son sens la société anonyme qui se veut fondamentalement flexible. En fait, dans la quasi totalité des cas connus dans les autres cantons, l'État est seul actionnaire de la société anonyme qu'il a fondée. Cette situation rend impossible le jeu normal du pouvoir entre l'Assemblée générale et le Conseil d'administration. Tel serait le cas s'il fallait fonder une société anonyme dont l'État serait seul actionnaire. Autant dès lors ne pas constituer une société anonyme dont l'Assemblée générale ne serait composée que d'un seul actionnaire et fonder un établissement de droit public sur mesure, parfaitement adapté aux besoins.

Enfin, il est important de souligner que l'établissement de droit public peut demander la garantie de l'État pour ses engagements financiers. En effet, au vu des directives internes des instituts bancaires en matière d'octroi de crédits, il est pratiquement certain que le cautionnement de l'Etat sera exigé sur l'ensemble des limites bancaires octroyées à l'EHM, qu'elles soient destinées au financement du fonds de roulement, des équipements ou des biens immobiliers. Toutefois, cette garantie supplémentaire fournie aux bailleurs de fonds permettra en contrepartie de négocier des taux d'intérêts préférentiels, aspect non négligeable au vu des montants en jeu.

Dans la société anonyme, les actionnaires ne peuvent être tenus qu'à la libération intégrale ou partielle des actions qu'ils ont souscrites. Cette impossibilité d'engager l'actionnaire dans la garantie des engagements financiers pris par la société anonyme entraîne souvent une perturbation dans le fonctionnement même de la société anonyme. C'est ainsi que l'actionnaire d'une société anonyme est très souvent obligé de garantir à titre personnel, par un cautionnement par exemple, les engagements de la société anonyme sous peine de se voir refuser l'accès au crédit. En l'espèce, cela reviendrait à exiger de l'État qu'il se porte garant des engagements de la société anonyme alors qu'en tant qu'actionnaire il ne devrait être responsable que du paiement des actions qu'il a souscrites. Il y a là matière à disfonctionnement qui porte atteinte à l'autonomie de la société anonyme. Et que dire de l'égalité de traitement entre actionnaires s'il doit y avoir des actionnaires minoritaires qui ne pourraient, quant à eux, offrir une telle garantie. Il nous a paru dès lors plus adapté de fonder un établissement de droit public semble plus adaptée pour régler aussi ce type de problématique.

La société anonyme pourrait permettre la privatisation totale du système hospitalier. Cela n'apporterait pas d'avantage particulier mais générerait par son contexte de monopole une situation hors de tout contrôle. Rappelons que les lois du marché ne peuvent réguler à elles seules le domaine des soins hospitaliers. Les pouvoirs publics sont un financeur très important du système et surtout assument in fine la sécurité financière du système. Il est donc légitime que la propriété du capital soit dans les mains de l'État par l'intermédiaire d'un établissement de droit public.

Dans l'idée d'une institution non orientée vers le profit et fortement subventionnée, l'établissement de droit public est la meilleure solution. Ce statut juridique doit s'accompagner de mesures structurelles et fonctionnelles qui favorisent des modes d'organisation et de gestion clairs et flexibles. L'établissement de droit public, à l'instar de la Banque cantonale neuchâteloise, est indépendant au niveau de la gestion mais reste affecté au service de la population neuchâteloise.

Le patrimoine n'appartient pas à l'État mais à l'établissement de droit public. Ce dernier décide des investissements à effectuer et emprunte sur le marché des capitaux. Tout au plus, l'État peut-il garantir les emprunts de manière à faire bénéficier l'EHM de conditions préférentielles au niveau des taux d'intérêts. Par contre, les investissements exceptionnellement importants comme ceux nécessaires à la rénovation totale d'un hôpital principal, ou ceux indispensables à la construction d'un nouveau site, devront bien évidemment recevoir l'accord du Conseil d'État et, cas échéant, celui du Grand Conseil.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Liste des membres des différents groupes de travail (assemblée plénière et sous-groupe) qui ont participé à la rédaction de ce rapport, en fonction de l'organisation qui les a délégués:

– **Fondation pour l'aide, les soins et l'action sociale à domicile des montagnes neuchâteloises**
  Madame M. Maire, présidente du bureau du Centre de santé du Locle et environs
  Madame D. Neuenschwander, directrice du Centre de santé du Locle et environs
  Madame J. Nicolet, directrice du Centre de santé de La Chaux-de-Fonds

– **Fondation pour le centre de santé de Neuchâtel et environs**
  Monsieur P. Mühlemann, président du comité de direction
  Madame H. Reynaud, directrice du Centre de santé

– **Fondation pour un centre d'aide, de soins à domicile et d'action sociale de la Basse-Areuse**
  Monsieur M. Wirz, président du comité de direction
  Madame P. Fahrni, ancienne directrice du Centre de santé

– **Association du centre de santé de l'Entre-deux-Lacs**
  Madame M.-C. Capelli, présidente du comité de direction
  Monsieur D. Struchen, membre du comité de direction
  Madame V. Rothenbühler, administratrice du Centre de santé

– **Fondation pour un service d'aide et de soins à domicile du Val-de-Travers**
  Madame M.-M. Chablaix, présidente du comité de direction
  Madame J. Masi, administratrice du service

– **Fondation pour un centre de santé régional de La Béroche et Bevaix**
  Monsieur B. Perregaux, président du comité de direction
  Madame S. Chuat, directrice du Centre de santé

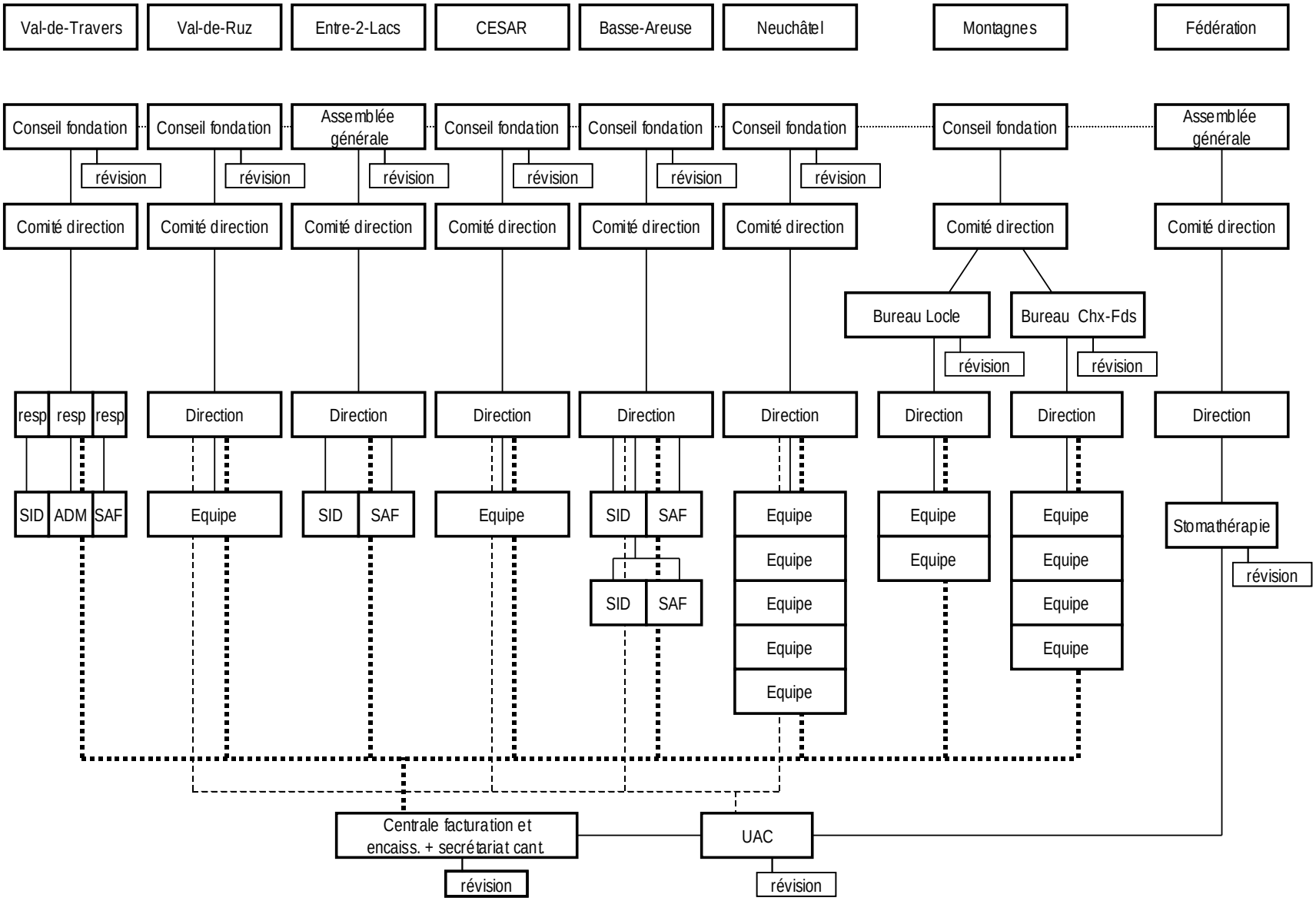
– **Fondation d'aide et de soins à domicile du Val-de-Ruz**
  Monsieur E. Martin, président du comité de direction
  Madame R. Duvanel, directrice du service

– **Fédération neuchâteloise des fondations d'aide et de soins à domicile**
  Monsieur Y. Scheurer, président du comité de direction
  Madame O. Duvoisin, directrice de la Fédération
  Monsieur J. Messerli, directeur du service de stomathérapie

– **État de Neuchâtel**
  Monsieur A. Simon-Vermot, chef du service juridique
  Monsieur J.-P. Jeanneret, chef du service cantonal de la santé publique (SCSP)
  Monsieur C. Guye, adjoint au chef du SCSP
  Madame I. Jeanneret, infirmière-conseil au SCSP
  Monsieur Y. Grosclaude, responsable filière aide et soins à domicile au SCSP

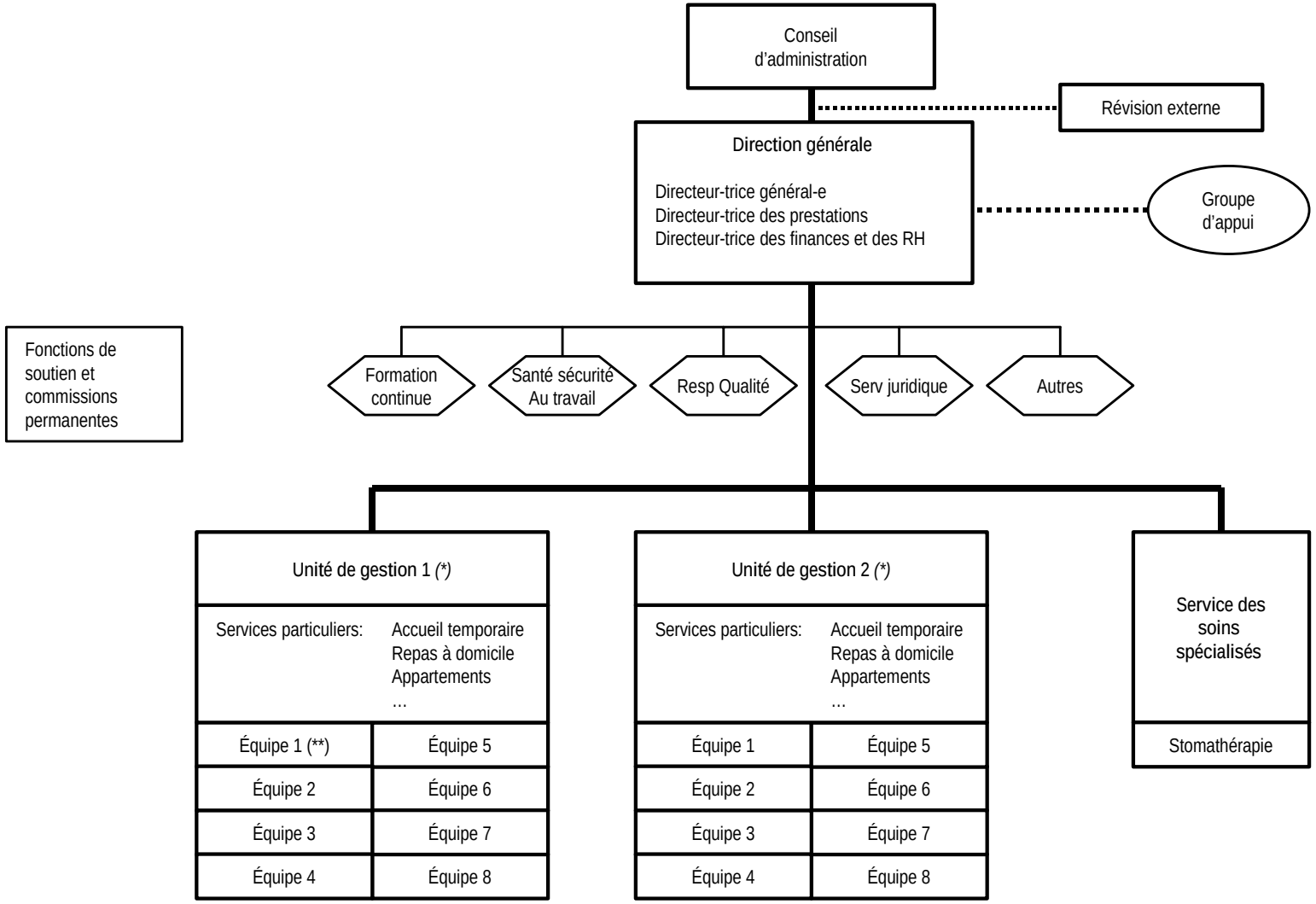
Annexe D

ORGANIGRAMME ACTUEL DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE



Annexe E

PROJET D'ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DE NOMAD



(*) Le nombre d'unités est de la compétence du Conseil d'administration et sera fixé en fonction de critères d'efficacité opérationnelle.

(**) Le nombre d'équipes pluridisciplinaires est de la compétence de la Direction générale.

Annexe F

LISTE DES ABREVIATIONS

CCT Santé 21	Convention collective de travail du secteur de la santé du canton de Neuchâtel
CPEN	Caisse de pension de l'État de Neuchâtel
DSAS	Département de la santé et des affaires sociales
EHM	Établissement hospitalier multisite
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants
LS	Loi de santé
NOMAD	Neuchâtel organise le maintien à domicile
SAD 21	Projet réalisé par la Fédération des fondations d'aide et de soins à domicile portant sur la réorganisation et les missions des centres de santé.
SAD	Service d'aide et de soins à domicile
UAC	Unité administrative cantonale au sein de la Fédération des fondations d'aide et de soins à domicile

TABLE DES MATIERES

Pages

RESUME 1

1. PRÉAMBULE 2

2. INTRODUCTION 3

3. RAPPEL HISTORIQUE 4

4. DEMARCHE 5

5. CONTEXTE 5

6. LIMITES DU SYSTEME ACTUEL 6

7. OBJECTIFS 7

7.1. Maintien à domicile 8
7.2. Livraison de prestations 9
7.3. Uniformisation de la gamme de prestations 9
7.4. Rôle des partenaires 9

8. SITUATION DANS LES AUTRES CANTONS 9

9. SOLUTION 10

10. NOMAD 11

10.1. Services d'aides et de soins à domicile concernés 11
10.2. Nature juridique de NOMAD 12
10.3. Rôle de l'État 12
10.3.1. Le Grand Conseil 13
10.3.2. Le Conseil d'État 13
10.3.3. Le Conseil de santé 13
10.3.4. La Commission de gériatrie et de maintien à domicile 13
10.3.5. Les communes 14
10.4. Organisation de NOMAD 14
10.4.1. Politique du personnel 15
10.4.2. Le Conseil d'administration 16
10.4.3. La Direction générale 17
10.4.4. Fonctions de soutien et commissions permanentes 18
10.4.5. Unités de gestion 19
10.4.6. Service des soins spécialisés 20
10.4.7. Groupe d'appui 20

11. REGIME DE FINANCEMENT 21

11.1. Principes 22
11.2. Composition du cadre budgétaire 22
11.3. Financement par prestations 22
11.4. Financement des partenaires de NOMAD 24
11.5. Révision LAMal 24

12. SURVEILLANCE 24

13. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE 24

13.1. NOMAD est un instrument 25
13.2. Collaboration avec les hôpitaux et les institutions psychiatriques 25
13.3. Devenir des fondations et associations 25
13.4. Cadre des négociations 26

14. CONSEQUENCES 26

14.1. Coûts 26
14.2. Avantages 28
14.3. Risques 30
14.4. Institutions partenaires 31
14.5. Devenir d'une fondation hors de NOMAD 31
14.6. Modifications législatives 32

15. CALENDRIER 32

16. CONCLUSION 32

Projet de loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile) 34

Annexe A: Situation dans les autres cantons 46
Annexe B: Nature juridique - établissement de droit public 49
Annexe C: Composition du groupe de travail 52
Annexe D: Organigramme actuel des services d'aide et de soins à domicile 53
Annexe E: Projet d'organigramme fonctionnel de NOMAD 54
Annexe F: Liste des abréviations 55