



**Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil
concernant
la planification sanitaire 2004-2008**

(Du 16 février 2009)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

RESUME

La planification du secteur de la santé en général, des institutions de soins en particulier, relève dans le canton de Neuchâtel de la compétence du Conseil d'Etat. La loi de santé prévoit cependant que, tous les quatre ans, ce dernier doit soumettre au Grand Conseil un rapport d'information portant non seulement sur l'état de la planification sanitaire, mais aussi, depuis peu, sur les options stratégiques prises par l'EHM (aujourd'hui Hôpital neuchâtelois; ci-après HNe) et le CNP, sur la politique de maintien à domicile suivie par NOMAD, ainsi que sur la réalisation des objectifs qui leur ont été confiés. Par ce rapport, il s'agit de tenir le législateur au courant de la façon dont le Conseil d'Etat a conduit le processus de planification.

Dans le secteur des hôpitaux de soins physiques, la période considérée a notamment vu se poursuivre la mise en œuvre de la planification sanitaire de 1999 selon les objectifs et le calendrier prévus. Ainsi, le Nouvel Hôpital Pourtalès a ouvert ses portes alors que, dans le même temps, celui des Cadolles fermait les siennes. L'Hôpital du Locle a quant à lui été passablement rénové. S'agissant de l'Hôpital du Val-de-Ruz, ce dernier a connu des modifications importantes quant à ses missions avec la fermeture de sa maternité et de son bloc opératoire ainsi que sa transformation en centre de traitement et de réadaptation, de même qu'en unité de médecine physique et de réadaptation, après d'importants travaux. Mais c'est avant tout l'adoption, par la population neuchâteloise en 2005, de la LEHM et la mise en place de ce nouvel établissement hospitalier multisite de droit public qui retiennent l'attention dans le présent rapport. Aussitôt créée, et compte tenu de la situation financière très difficile de l'Etat et de l'introduction du mécanisme de frein aux dépenses, l'EHM, rebaptisé depuis lors HNe, s'est vu confier par le Conseil d'Etat la tâche d'établir un plan d'actions dont l'objectif consistait à économiser plusieurs millions de francs sur la participation de l'Etat. Courant 2007, le gouvernement a chargé HNe de lui présenter un projet de nouvelle répartition des missions de soins aigus dans le canton, avec notamment la création d'une unité mère-enfant sur un seul site. Il a manifesté ses choix à ce sujet au début 2008.

S'agissant des institutions de soins psychiatriques, la période considérée a vu la création, par l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, d'une antenne de psycho-gériatrie ainsi que d'une activité d'hôpital de jour au sein de l'Hôpital du Locle. Dans ce secteur également, c'est l'adoption toute récente d'une nouvelle loi, la loi sur le CNP (LCNP) et la mise en place de ce nouvel établissement de droit public cantonal, indépendant de l'Etat, qui sont mis en exergue.

Concernant les homes pour personnes âgées, la période sous revue a été marquée par la pratique très restrictive des autorités compétentes en matière d'octroi d'autorisation pour de nouvelles installations, l'objectif étant de stabiliser, voire de réduire dans le canton le nombre de lits en homes. Le taux d'institutionnalisation des personnes âgées y est en effet comparativement plus élevé que la moyenne suisse. Cette pratique répond également à la volonté exprimée par le Grand Conseil que soit mise en place une véritable politique cantonale de maintien à domicile afin de diminuer l'accueil institutionnel. Le projet de création d'un home d'accueil temporaire avec foyer de jour sur le Littoral neuchâtelois, dont faisait état le programme de législature 2002-2005 du Conseil d'Etat ainsi que le précédent rapport quadriennal, ne s'est pas concrétisé. Ceci s'explique par les importantes difficultés financières rencontrées par l'Etat au début de la présente législature et par la création de NOMAD et le mandat qui lui est imparti. S'agissant du mode de financement des homes, un projet de financement à la prestation est à l'étude dans le canton. Il est appelé à remplacer l'actuel système de financement des coûts d'exploitation.

Pour ce qui est du secteur du maintien à domicile, c'est l'adoption en 2006 de la loi sur NOMAD et la mise en place de ce nouvel établissement de droit public – avec, pour corollaire, la suppression des fondations régionales d'aides et de soins à domicile –, qui retiennent l'attention. NOMAD a pour objectif de mettre en place une véritable politique du maintien à domicile sur tout le territoire cantonal. Un concept de maintien à domicile est actuellement à l'étude. S'agissant du mode de financement de ce secteur, la volonté existe également de passer à un système de financement par prestation.

En ce qui concerne le secteur des services ambulatoires, il a pris ces dernières années une importance de plus en plus grande dans le paysage sanitaire, grâce notamment à l'amélioration constante des technologies médicales, et a connu de profondes mutations qui sont appelées à se poursuivre ces prochaines années.

Concernant la prévention des maladies, de nombreuses mesures ont été prises depuis le précédent rapport. On peut citer notamment la mise en place d'un programme cantonal de dépistage du cancer du sein destiné aux femmes du canton âgées de 50 ans et plus, celle toute récente d'un programme cantonal de vaccination contre le cancer du col de l'utérus pour les jeunes filles proches de l'âge d'activité sexuelle ainsi que le renforcement des mesures contre le tabagisme passif. Des efforts importants sont en outre entrepris depuis quelques années par les autorités sanitaires cantonales pour améliorer la couverture vaccinale dans le canton là où des vaccins existent, efforts qui ont déjà produit des résultats positifs, mais qui doivent être poursuivis. La préparation à la pandémie de grippe a constitué également un dossier phare de la période passée sous revue, qui a passablement occupé les services compétents de l'Etat.

S'agissant de la promotion de la santé, un plan directeur, destiné à faciliter la coordination dans ce domaine, est en cours d'élaboration. Il est appelé à définir un certain nombre d'objectifs généraux considérés comme essentiels pour la politique de prévention et de promotion de la santé, et, dans ce cadre, un certain nombre de champs d'actions prioritaires. Dans le cadre de sa politique actuelle de promotion de la santé, le Conseil d'Etat intègre déjà la protection de la population contre le tabagisme passif. Une initiative populaire "Fumée passive et santé" ainsi qu'une motion parlementaire et deux motions populaires demandent dans ce cadre notamment l'interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public. Le Conseil d'Etat a soumis courant 2008 un rapport à ce sujet au Grand Conseil à l'appui d'une projet de modification de la loi de santé, qui l'a adopté.

Sur le plan des ressources financières, la période passée sous revue a été marquée, dans un premier temps, par l'introduction du deuxième volet du désenchevêtrement des tâches entre l'Etat et les communes (Codeta), qui a notamment entraîné le transfert à

l'Etat des responsabilités financières relevant du domaine de la santé, puis par l'application du principe d'échéance en 2006 en lieu et place du principe de caisse pratiqué jusque-là ainsi que par l'entrée en vigueur de la RPT. Il faut rajouter à cela la mise en place des mécanismes de maîtrise des finances et les difficultés financières qu'a connues le canton. Il en a résulté un plan financier très serré du Conseil d'Etat pour les années 2007 à 2009 et, notamment au début de la présente législature, des coupes budgétaires très importantes. Ces dernières ont tout particulièrement touché les institutions du secteur de la santé, qui est l'un des plus importants consommateurs de ressources financières de l'Etat.

S'agissant des ressources humaines, il faut relever, notamment sur le plan des conditions de travail du personnel de la santé, l'acceptation par le Conseil d'Etat, en juin 2006, de la nouvelle échelle de fonction et de la nouvelle grille salariale de la Convention collective de travail CCT Santé 21 et les difficultés qui en ont découlé. La Convention emploi santé 21, qui traitait de la protection des employés suite à des licenciements collectifs dus à la mise en œuvre de la planification sanitaire de 1999, a été remplacée par un Règlement sur les licenciements collectifs qui fait maintenant partie intégrante de la CCT Santé 21. Dans le secteur hospitalier, diverses CCT ont été adoptées, en particulier une CCT pour les médecins-cadre d'HNe ainsi qu'une CCT des médecins-assistants et des chefs de clinique. Enfin, la CCT Santé 21 et ses annexes ont fait l'objet récemment d'un renouvellement, dans la mesure où elles arrivaient à échéance au 30 juin 2008.

En ce qui concerne enfin l'environnement législatif, il s'est caractérisé pendant la période couverte par le présent rapport par l'adoption ou la modification de plusieurs législations fédérales qui ont influé ou sont susceptibles d'influer plus ou moins directement sur la politique sanitaire cantonale et la législation y relative. C'est notamment le cas des révisions partielles de la LAMal portant sur le financement hospitalier et sur celui des soins, mais aussi d'autres textes législatifs comme la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales - LPMéd), la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation). Certaines de ces réformes ont conduit le Conseil d'Etat à proposer au Grand Conseil des modifications de la loi neuchâteloise de santé que celui-ci a adoptées fin 2008.

En conclusion, on peut relever que la période passée sous revue dans le présent rapport a été marquée par la réalisation de plusieurs réformes d'importance, que ce soit au niveau institutionnel ou financier, qui modifient déjà et vont encore modifier profondément le paysage sanitaire neuchâtelois et lui permettre d'affronter les défis futurs dans de bien meilleures conditions.

1. INTRODUCTION

1.1. Structure et périmètre du rapport

Le présent rapport est destiné à informer le Grand Conseil, d'une part, sur l'état d'avancement de la planification sanitaire cantonale et d'autre part, avec l'adoption récente et successive de la LEHM, de la loi sur NOMAD et de la LCNP, sur les options stratégiques prises par HNe et le CNP, sur la politique de maintien à domicile suivie par NOMAD et sur la réalisation des objectifs qui leur ont été confiés. Il tire son fondement de l'article 83, alinéa 3 de la loi de santé qui impose au Conseil d'Etat d'établir un tel rapport d'information tous les quatre ans.

Pour rappel, depuis son entrée en vigueur le 1er janvier 1996, la LAMal, à son article 39, oblige les cantons à établir une planification de leurs institutions de soins (hôpitaux et établissements médico-sociaux) afin de couvrir les besoins en soins de leur population

dans ces secteurs. L'article 83, alinéa 1 de la loi de santé confère cette compétence au Conseil d'Etat. Il n'en demeure pas moins que le Grand Conseil ne peut être totalement absent d'un processus aussi important que la planification sanitaire cantonale, d'où l'obligation faite au Conseil d'Etat de l'informer à son sujet contenue à l'alinéa 3 de la disposition précitée.

Le premier rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil à ce sujet date du 25 août 1999. Il fixe les orientations de base de la planification sanitaire neuchâteloise, notamment hospitalière (voir à ce sujet le chapitre 2). Ce texte a été suivi d'un deuxième rapport couvrant la période 2000 à 2003. Il a été transmis en 2004 par le Conseil d'Etat au Grand Conseil, qui en a pris acte à l'unanimité.

Plus de quatre ans s'étant écoulés depuis lors, nous avons l'honneur de vous présenter ce troisième rapport d'information. Il décrit le processus de planification de 2004 à fin 2008.

De même, comme cela ressort de la table des matières figurant à la fin du présent rapport, le Conseil d'Etat a décidé de rapporter non seulement sur la planification des institutions de soins au sens étroit, et en particulier sur celle des hôpitaux, mais aussi sur d'autres secteurs de la santé (maintien à domicile, services ambulatoires) et d'autres aspects de politique sanitaire cantonale (notamment la politique de promotion de la santé et de prévention des maladies).

1.2. Contexte de la politique sanitaire

La planification sanitaire doit en tout temps et par nature se focaliser sur la santé de la population. Mais l'objet à planifier, à modeler est le système de santé. En 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a rendu un rapport sur la santé dans le monde, qui contenait une évaluation de la performance des systèmes de santé (Rapport sur la santé dans le monde 2000 - Pour un système de santé plus performant, OMS, Genève 2000). Dans le message qui l'accompagnait, la directrice générale de cette institution relevait notamment que "la responsabilité de la performance du système de santé incombe en dernière analyse au gouvernement" et que "compte tenu des sommes qu'ils consacrent à la santé, de nombreux pays sont loin d'être aussi performants qu'ils le devraient. Il en résulte un grand nombre de décès et d'incapacités évitables. Ce sont les pauvres qui souffrent le plus des effets de cette défaillance".

La politique sanitaire doit donc se pencher sur le rapport entre l'état de santé de la population et la performance du système de santé à promouvoir, à restaurer ou à entretenir la santé. S'agissant de la restauration de cette dernière, cette politique doit également veiller à ce que les prestations de soins fournies le soient au meilleur coût, d'où la nécessité d'une planification sanitaire non seulement comme instrument de garantie de couverture des besoins en soins, mais également comme instrument de maîtrise des coûts.

La santé de la population

Les Neuchâtelois sont-ils en bonne santé? On peut répondre oui si l'on considère deux indicateurs. D'une part, l'Enquête suisse sur la santé 2002 a montré que 90% des hommes et 80% des femmes percevaient leur état de santé comme bon ou très bon. D'autre part, l'espérance de vie à la naissance n'a cessé d'augmenter et s'élevait, en 2002, à 77 ans pour les hommes et à 84 ans pour les femmes.

Si, dans les faits, près de deux tiers des Neuchâtelois sont en bonne santé, il n'en demeure pas moins qu'un tiers est atteint plus ou moins sérieusement dans sa santé. Il ressort d'une étude sur l'état de santé des populations jurassienne et neuchâteloise publiée en mars 1999 (Etude sur l'état de santé des populations jurassienne et neuchâteloise, IUMSP, Lausanne) que les accidents de la route, le suicide des hommes, les maladies du cœur ainsi que les cancers du poumon et du sein constituent les principales maladies responsables de la mortalité précoce.

La politique de santé doit se concentrer sur les problèmes prioritaires de santé. A Genève, une étude réalisée il y a quelques années, qui combinait les données de mortalité et la charge liée à la maladie, a montré que les domaines prioritaires de santé étaient les cancers, les traumatismes (résultant d'accidents sur la route, sur le lieu de travail, à domicile), les problèmes de santé mentale et les maladies transmissibles. La situation neuchâteloise est sans doute proche des conclusions genevoises.

La santé résulte aussi de facteurs dénommés déterminants de la santé. S'occuper de cette dernière, c'est avant tout se préoccuper de la manière dont ces déterminants conditionnent l'état de santé d'une population. On en définit quatre qui sont: l'environnement au sens large (physique, social notamment), les comportements, les facteurs bio-médicaux et le système de santé, les deux premiers étant les principaux. Les comportements en particulier sont liés à des facteurs de risque dont les plus importants sont les dépendances à des substances (alcool, tabac, drogues), l'alimentation et l'activité physique. On estime que la santé d'une population dépend pour 20% environ de son système sanitaire, le reste étant expliqué par l'environnement au sens large et les comportements. Toutefois, ce système reste la seule voie d'intervention pour prendre en charge des maladies qui ne sauraient être prévenues. Dès lors, la qualité, la performance et le bon fonctionnement du système de santé représentent des aspects essentiels pour les responsables des autorités sanitaires et la population concernée.

Le système de santé

Le système de santé est défini par l'OMS comme "toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé de la population". La politique sanitaire doit prendre en compte ce système dans sa globalité. Elle doit donc s'intéresser non seulement au système de soins, autrement dit à la restauration de la santé et aux institutions qui en sont chargées, mais aussi aux activités de prévention et de promotion de la santé.

Le présent rapport va décrire cette globalité du système de santé en mettant toutefois principalement l'accent sur celui des soins, notamment dans sa dimension hospitalière. Il constitue en effet l'élément principal de la planification sanitaire.

Les coûts et le financement du système de santé

La question de la performance du système de santé est cruciale. Elle nous interpelle sur le rapport entre les moyens qui y sont dévolus et les résultats obtenus en terme d'état de santé de la population. En l'occurrence, si la qualité du système de santé suisse en général, et celui du canton de Neuchâtel en particulier, est incontestablement élevée, son coût l'est tout autant. Ainsi, selon les chiffres de l'Office fédéral de la statistique (OFS), en 2006, les coûts de la santé en Suisse se sont élevés à un peu moins de 53 milliards de francs, ce qui représentait 10,8% du produit intérieur brut (PIB). Seuls les Etats-Unis, avec une part des dépenses de santé par rapport au PIB de 15,3% et la France, avec une part de 11%, dépassent la Suisse. En 1995, cette part en Suisse ne s'élevait encore qu'à 9,7 milliards de francs, alors qu'en 1960, elle était d'un peu moins de 6% et

correspondait à un montant de 1,9 milliards de francs. Les hôpitaux représentent environ le 35% des coûts de la santé en Suisse, les services ambulatoires (médecins, dentistes et autres professionnels de la santé actifs dans le secteur ambulatoire) le 31% et les institutions médico-sociales (EMS, établissements pour handicapés et autres établissements) le 17%. Le reste est imputable aux ventes du commerce de détail de médicaments et d'appareils thérapeutiques (9,3%), aux coûts administratifs et de prévention des assureurs (4,4%) et des collectivités publiques (1,9%), considérés comme des prestations du système de santé, ainsi qu'aux institutions sans but lucratif, en particulier les ligues de santé. Les dépenses de santé par habitant en 2006 se sont ainsi élevées à environ 7.000 francs.

S'agissant des agents payeurs, les assurances sociales (assurance-maladie, assurance-accidents, assurance-invalidité) supportaient en 2006 environ 43% des coûts du système suisse de santé, soit un peu plus de 22,5 milliards de francs. L'essentiel, soit environ 18 milliards de francs, a été pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Les ménages privés ont pris en charge un peu plus de 31% des coûts de la santé, soit environ 16,2 milliards de francs. Les pouvoirs publics (Confédération, cantons, communes) ont assumé quant à eux un peu moins de 16% de ces coûts, correspondant à un montant d'environ 8,5 milliards de francs. Le reste est supporté par d'autres agents payeurs comme les assurances privées ou d'autres financements privés.

La prime moyenne cantonale de l'assurance obligatoire des soins pour 2008 dans le canton de Neuchâtel est de 363 francs (prime adulte avec franchise minimale et risque accidents). En comparaison intercantonale, c'est la cinquième plus élevée, après celles des cantons de Genève, de Bâle-Ville, de Vaud et du Tessin (qui se montaient en chiffres arrondis à, respectivement, 418 francs, 409 francs, 370 francs et 369 francs). La prime moyenne suisse s'élevait, quant à elle pour la même année, à 314 francs. Il convient toutefois de relever que l'augmentation de la prime moyenne cantonale en 2008 s'est révélée plus faible à Neuchâtel.

Les montants financiers toujours plus élevés consacrés au secteur des soins et les dépenses toujours plus importantes de l'assurance obligatoire des soins qui se répercutent sur les primes montrent l'importance d'une planification sanitaire non seulement pour garantir une couverture appropriée des besoins en soins de la population, mais aussi comme instrument de maîtrise des coûts. En effet, si les besoins dans ce domaine sont par nature illimités, il n'en va pas de même des ressources financières qui doivent permettre de les couvrir.

2. PLANIFICATION SANITAIRE CANTONALE DE 1999

2.1. Rappel des orientations de la planification de 1999

Comme cela a été relevé dans l'introduction, les orientations de base de la planification sanitaire cantonale sont issues d'un rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil, du 25 août 1999. La volonté d'alors était de construire un système de santé plus équilibré, mieux intégré, axé sur le travail en réseau et la complémentarité des institutions. Le rapport en question était avant tout un rapport de planification hospitalière qui concernait les hôpitaux de soins physiques et ceux de soins psychiatriques. Ce rapport constituait la réponse du canton de Neuchâtel au mandat donné aux cantons par le législateur fédéral dans la LAMal de planifier leur secteur hospitalier.

2.2. Hôpitaux de soins physiques

Suivant les orientations de base fixées dans le rapport précité, les axes forts de la planification sanitaire de 1999 dans le domaine des hôpitaux de soins physiques consistaient à spécialiser les hôpitaux régionaux (Le Locle, La Béroche et Landeyeux) dans les suites de traitement et la réadaptation, à conserver un hôpital de soins aigus à Couvet en raison de l'éloignement géographique de la population desservie, à spécialiser l'Hôpital de La Providence dans certains types de pathologies pour le rendre complémentaire à l'Hôpital Pourtalès et, enfin, à répartir les missions entre les hôpitaux de soins aigus des villes de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel.

2.3. Hôpitaux de soins psychiatriques

Pour ce qui est du secteur stationnaire psychiatrique, le rapport de planification de 1999 prévoyait, toujours dans l'idée d'un travail en réseau entre les institutions de soins du canton, un rapprochement entre l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux et la Maison de santé de Préfargier. Ces derniers étaient appelés à créer une association de gestion hospitalière et à devenir le Centre hospitalier psychiatrique du canton comprenant deux sites hospitaliers et une antenne au Locle. A terme, la Clinique La Rochelle devait rejoindre l'association de gestion. Une importante baisse du nombre de lits de psychiatrie devait accompagner ces réformes. Enfin, dans ce contexte, mandat avait été donné à la commission cantonale de psychiatrie d'étudier les synergies et les complémentarités envisageables entre Perreux et Préfargier.

3. PROGRAMMES DE LEGISLATURE 2002-2005 ET 2006-2009

La période passée sous revue dans le présent rapport recouvre, pour partie, celle concernée par le programme de législature 2002-2005 et, pour partie, celle faisant l'objet de celui pour les années 2006 à 2009. Dans la mesure où les options prises par le Conseil d'Etat dans ces documents ont influencé de manière importante la planification, l'organisation et la gestion du système de santé cantonal pendant la période visée par le présent rapport, il paraît important de les évoquer dans ce cadre.

3.1. Programme de législature 2002-2005

Dans son programme de législature 2002-2005, le Conseil d'Etat s'est fixé, en des termes très généraux, un certain nombre d'objectifs sectoriels. S'agissant du domaine de la santé, ils peuvent être synthétisés comme suit:

1. Poursuivre la mise en œuvre de la planification sanitaire de 1999 dans de bonnes conditions et en respectant les échéances prévues;
2. Créer un établissement hospitalier de droit public multisite pour les soins physiques;
3. Adapter le dispositif de prise en charge des personnes âgées, et dans ce cadre notamment:
 - ramener à la moyenne suisse le taux d'institutionnalisation en homes de ces personnes, celui-ci étant comparativement élevé dans notre canton,
 - développer des structures intermédiaires permettant de retarder ou d'éviter le placement en institution et, à cet égard, notamment créer sur le Littoral une

institution de court séjour comme le Home médicalisé Le Temps Présent à La Chaux-de-Fonds, offrant des séjours de répit pour soulager les familles s'occupant d'un proche et pour permettre un bon aiguillage lors de sorties d'hôpital ne nécessitant pas un transfert dans un CTR,

- renforcer et assouplir l'action des services d'aide et de soins à domicile et augmenter les moyens globalement mis à leur disposition;
4. Renforcer le dispositif étatique permettant de conduire et de coordonner les actions de prévention primaire et de promotion de la santé afin que les priorités retenues par le Conseil d'Etat en la matière soient mises en exergue par les campagnes ou les activités prévues.

Dans le courant de cette législature, le Conseil d'Etat s'est encore fixé comme objectif la mise en place d'un programme de dépistage du cancer du sein dans le canton de Neuchâtel.

Sous réserve pour partie du troisième objectif, il est à noter que ces objectifs ont pour l'essentiel été atteints pendant la période couverte par le présent rapport, plus particulièrement au cours de la présente législature.

3.2. Programme de législature 2006-2009

Pour la législature 2006 à 2009, le Conseil d'Etat s'est fixé dans son programme des objectifs beaucoup plus précis, avec des délais. Dans le domaine de la santé, ces objectifs sont au nombre de quatre et les délais s'y rapportant sont les suivants.

1. Mettre en place l'EHM. Etablir les mandats de prestations et fixer un cadre financier adapté aux ressources à disposition du canton. Réexaminer le nombre de sites et la répartition des missions (délai: 2006-2007);
2. Réformer la psychiatrie cantonale. Mettre en place des filières de soins dans un seul établissement de droit public autonome chapeautant tant le secteur de l'ambulatoire que celui du stationnaire. Mettre sur pied une direction médicale centralisée, développer les soins ambulatoires permettant ainsi la suppression à terme d'une centaine de lits. Réexaminer le nombre de sites (délai: 2006-2007);
3. Supprimer les fondations régionales de soins à domicile au profit d'une organisation cantonale. Développer l'offre dans le cadre d'une nouvelle politique de maintien à domicile afin de diminuer l'accueil institutionnel (délai: 2006-2007);
4. Etudier le passage à un mode de financement basé sur les prestations rendues plutôt que sur la couverture du déficit dans le domaine des homes pour personnes âgées (délai: 2007).

Comme les chapitres suivants le démontreront, les objectifs que s'est fixé le Conseil d'Etat pour cette législature sont pour l'essentiel en voie d'être atteints à la fin de la période décrite dans le présent rapport.

4. HOPITAUX DE SOINS PHYSIQUES

S'agissant des hôpitaux de soins physiques, ce sont notamment la poursuite de la mise en œuvre des options prises par le Conseil d'Etat dans le cadre de la planification

hospitalière de 1999, la création et la mise en place d'HNe ainsi que la nouvelle répartition des missions voulue par le Conseil d'Etat qui doivent être mises en exergue.

4.1. Poursuite de la mise en œuvre de la planification hospitalière de 1999

Pour rappel, la période couverte par le précédent rapport d'information (2000-2003) s'était notamment caractérisée, s'agissant de la mise en œuvre de la planification hospitalière de 1999, par la fermeture des services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie des hôpitaux du Locle et de La Béroche, par le démarrage des travaux de rénovation du premier et sa transformation afin de lui permettre d'accueillir une antenne de psychiatrie gériatrique ainsi que par la reprise des activités d'orthopédie élective par l'Hôpital de la Providence.

La période passée sous revue dans le présent rapport a vu se poursuivre la mise en œuvre de la planification de 1999, marquée notamment par les réalisations et les changements suivants dans les sites ci-après:

Hôpitaux Cadolles-Pourtalès, Nouvel Hôpital de Pourtalès (NHP)

Pour rappel, les travaux préparatoires du NHP ont débuté en mars 1999. Conformément au planning prévu, celui-ci a été inauguré le 5 mai 2005. Les travaux de finition et de garantie se sont déroulés jusqu'en 2006.

Le 12 octobre 2005, l'Hôpital des Cadolles a définitivement fermé ses portes. Avant cela, les équipements et le personnel ont été progressivement transférés et centralisés sur le site de Pourtalès (NHP) afin de permettre une interruption de l'activité aussi brève que possible. Grâce à une planification bien préparée, cette opération s'est parfaitement bien déroulée.

Une fois en fonction, le NHP a repris une grande partie de l'activité aiguë de l'Hôpital du Val-de-Ruz suite à la fermeture de son bloc opératoire et de sa maternité conformément à la décision prise par le Conseil d'Etat dans son rapport de planification. Quant à la collaboration entre l'Hôpital de Pourtalès et La Providence, s'agissant du service de chirurgie intégrée, elle s'est poursuivie avec la création du NHP.

Hôpital de La Chaux-de-Fonds

A l'automne 2004, le Conseil d'Etat a accueilli favorablement, sur le principe, un projet global de rénovation (remise à niveau sur le plan architectural et technique) du site de La Chaux-de-Fonds, le besoin à cet égard étant avéré. Le projet global, présenté sous une forme plus aboutie à fin 2005, a été considéré par l'Etat comme cohérent et modulable dans le temps en fonction de l'évolution des besoins. L'Etat a toutefois relevé qu'avant d'être avalisées, les modalités de mise en œuvre de ce projet devaient être évaluées par HNe dans le contexte de la nouvelle organisation hospitalière (voir également le chapitre 4.2.).

Hôpital du Locle

Comme déjà relevé dans le rapport d'information de 2004, suite à la décision prise par le Conseil d'Etat de créer une antenne de psycho-gériatrie de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux au Locle et de transformer le bâtiment de l'hôpital de cette ville afin de l'adapter à ses nouvelles missions, celui-ci a fait l'objet de travaux de rénovation

importants qui ont démarré en août 2003. L'inauguration officielle a eu lieu en mai 2006. Les travaux de finition ont été terminés dans le courant de l'année 2007.

Initialement budgétée à 18,9 millions de francs, la facture des travaux de rénovation s'est finalement élevée à 17,5 millions, soit 1,4 millions de francs de moins que prévu.

En terme d'activité hospitalière, aucun changement significatif n'est intervenu depuis le rapport de planification de 2003, si ce n'est celui lié à la création de l'antenne de psychogériatrie de Perreux dans l'enceinte de cet hôpital. Ce point sera développé ultérieurement, au chapitre 5.1.2..

Hôpital du Val-de-Ruz (Landeyeux)

Conformément à la planification de 1999, l'Hôpital du Val-de-Ruz a subi d'importants changements en terme de missions durant la période passée sous revue, avec la fermeture, en mai 2005, de ses services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie ainsi que de son bloc opératoire. Cette fermeture n'a pu se réaliser qu'à ce moment-là, une fois que les mêmes services du NHP étaient en place et en mesure de prendre en charge les effectifs de patients de l'Hôpital du Val-de-Ruz.

Immédiatement après cette fermeture, des travaux de rénovation et de réaménagement ont été menés pour permettre, conformément à ce que prévoit le rapport de 1999, la mue de l'hôpital de soins aigus qu'était Landeyeux en un Centre de traitement et de réadaptation (CTR), comportant notamment une nouvelle unité à même d'effectuer des rééducations orthopédique et neurologique. Ces travaux, liés en particulier à la création de cette nouvelle unité, ont notamment consisté, au niveau architectural, en la transformation des bâtiments existants pour accueillir des lieux de traitement et la construction d'une 30 des 40 lits planifiés pour l'Hôpital du Val-de-Ruz ont pu être exploités durant la période des travaux.

L'Hôpital du Val-de-Ruz a accueilli dans le même temps la direction d'HNe, ce qui a nécessité également un certain nombre d'aménagements de ses locaux pour les transformer en des bureaux fonctionnels.

Le 2 novembre 2007, la nouvelle unité de médecine physique et de réadaptation (MPR) a été inaugurée. La nouvelle mission de Landeyeux est une mission de CTR. Celui-ci est constitué de deux unités de 20 lits chacune, adaptable en fonction de la demande: une unité de traitement et de réadaptation, déjà existante et équivalente aux lits B (suite de traitement et réadaptation) et la nouvelle unité MPR. Le fonctionnement de cette dernière a nécessité la création d'une quinzaine de postes supplémentaires (médecin-chef, neuro-psychologue, physiothérapeutes, ergothérapeutes et autre personnel soignant).

4.2. Création d'HNe

Les raisons de la création d'HNe

La création de l'établissement hospitalier multisite (EHM), rebaptisée depuis lors Hôpital neuchâtelois (HNe), terminologie qui sera reprise dans la suite du présent rapport, avait principalement pour but de placer les hôpitaux de soins physiques du canton dans les meilleures conditions possibles pour faire face aux nombreux défis qui les attendent. Citons notamment le changement du mode de financement hospitalier dans le cadre de la révision de la LAMal y relative, mais aussi la nécessaire maîtrise des coûts liée à des ressources financières étatiques restreintes et les coûts particulièrement élevés du

dispositif hospitalier neuchâtelois en comparaison intercantonale ainsi que les difficultés croissantes de recruter du personnel qualifié, notamment médical.

Selon la planification sanitaire de 1999, les hôpitaux étaient appelés à travailler en réseau. Or, force a été de constater que la multiplicité des structures juridiques qui en étaient les propriétaires représentait une entrave à la collaboration. D'autre part, la séparation des rôles entre les hôpitaux et l'État n'était pas claire, ce dernier étant appelé à intervenir dans la gestion des institutions. Le système hospitalier neuchâtelois, qui fonctionnait de manière satisfaisante jusque-là, avait atteint les limites de son organisation.

Lorsqu'on parle d'une organisation plus centralisée des hôpitaux et des services médicaux, on pense surtout aux avantages obtenus grâce aux économies d'échelle et à l'élimination de redondances. Un aspect peu évoqué, car plus difficile à cerner, est la question de la qualité des soins et de la sécurité des patients. En effet, ces dernières passent par une infrastructure et une technologie constamment mises à jour. La qualification et la dotation en personnel en constituent aussi des facteurs déterminants. Il est généralement admis que les petits services, qui ne peuvent traiter suffisamment de cas, risquent de ne plus pouvoir maintenir un haut niveau de compétence. La réunion des services de trop petite taille est un élément important pour maintenir la compétence du personnel et donc la qualité des soins. C'est précisément ce que la création d'HNe doit également favoriser.

Par ailleurs, le maintien d'une activité hospitalière de qualité passe par la formation et la qualification du personnel. Or, le constat a été fait qu'il devenait de plus en plus difficile de recruter certains spécialistes en raison d'une véritable pénurie de personnel formé dans plusieurs professions. C'est le cas notamment des infirmières en salle d'opération et des pédiatres (voir chapitre 4.3.2). A cet égard, il convient de relever que les conditions financières ne sont pas les seuls atouts capables de retenir ou d'attirer de bons éléments. La renommée des institutions, la diversité des pathologies prises en charge et les possibilités de formation et de recherche sont d'autres facteurs importants qui interviennent dans la décision des professionnels de se mettre au service d'un établissement.

De manière générale, la création d'HNe doit permettre aux hôpitaux qui lui sont rattachés de faire face aux changements des conditions-cadres du système de santé dans de bien meilleures conditions que jusque-là, notamment grâce à une répartition claire des compétences entre l'État et l'HNe. Alors que le système précédent était davantage tourné vers la conservation des acquis de chacun des hôpitaux, HNe doit fonctionner dans un univers qui incite à la bonne gestion et qui favorise l'amélioration des processus administratifs et soignants, ceci indépendamment d'une logique de sites.

Procédure d'élaboration et d'adoption de la LEHM

Le projet de création d'un établissement hospitalier multisite dépendant d'une structure juridique unique pour le canton faisait partie du programme de législature 2002-2005 du Conseil d'État. Il a été, dans un premier temps, élaboré par les services compétents de l'État. Puis, suite à une large consultation des milieux intéressés organisée durant l'été 2003, le projet a été discuté et remanié au sein d'un groupe de travail réunissant des délégués des hôpitaux concernés.

Accepté en septembre 2004 par le Conseil d'Etat, puis en novembre 2004 par le Grand Conseil, le rapport à l'appui du projet de LEHM est le résultat d'un travail commun entre l'Etat et les partenaires concernés.

Initialement, le projet d'HNe visait les huit hôpitaux de soins physiques du canton, subventionnés par les pouvoirs publics. Appelés à se positionner sur leur intégration ou non à HNe, seuls sept d'entre eux ont déclaré vouloir y adhérer, l'Hôpital de La Providence ne le souhaitant pas (voir chapitre 4.3).

Suite à son acceptation par le Grand Conseil, la LEHM a fait l'objet d'un référendum et a été soumise en votation populaire le 5 juin 2005. Le peuple a plébiscité cette loi en se prononçant favorablement à 74,7% à son sujet.

S'agissant du contenu et des implications de la LEHM, il est renvoyé à cette loi ainsi qu'au rapport du Conseil d'Etat du 30 novembre 2004 à l'appui du projet de loi.

Intégration des hôpitaux de soins physiques à HNe

Tous les propriétaires des institutions qui avaient manifesté la volonté d'adhérer à HNe, une fois cette structure créée, ont concrétisé cette intention en signant une convention d'intégration avec cet établissement dans le délai imparti par la LEHM. Les conventions d'adhésion ont été ensuite soumises au Conseil d'Etat qui les a toutes ratifiées.

4.3. Nouvelle répartition des missions

4.3.1. Plan d'actions d'HNe d'octobre 2006 et déclaration du Conseil d'Etat y relative de janvier 2007

Pour faire face aux exigences d'assainissement des finances publiques dictées notamment par l'introduction simultanée à la création d'HNe des instruments de maîtrise des finances, le Conseil d'Etat a fixé, dans le plan financier du programme de la législature actuelle, sa volonté de réduire ses dépenses en faveur des hôpitaux de soins physiques de près de 25 millions de francs. Dans ce contexte, le gouvernement a demandé à HNe de préparer et de lui soumettre un plan d'actions avec, pour objectif, la réalisation d'une économie de cet ordre sur la participation de l'Etat en quatre ans, soit d'ici 2009. Le Conseil d'administration d'HNe a rempli son mandat dans les délais très courts qui lui étaient impartis en remettant son plan d'actions au Conseil d'Etat au mois d'octobre 2006.

Plan d'actions d'HNe d'octobre 2006

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

- La variante minimale incluait pour l'essentiel des mesures d'organisation interne dont la mise en œuvre relève de la seule compétence d'HNe et qui conduisaient à une économie globale maximale de 13 millions de francs à l'horizon 2009;
- la variante intermédiaire, soutenue par HNe, comprenait des mesures de la variante précédente complétées d'autres liées à la capacité et aux missions du dispositif hospitalier requérant une prise de décision du Conseil d'Etat (changement de mission pour le site de Couvet, fermeture des policliniques régionales et centralisation de la pédiatrie hospitalière) . Sa mise en œuvre aurait conduit à une diminution des coûts de plus de 26 millions à l'horizon 2009, sans toutefois que l'objectif financier recherché puisse être atteint, compte tenu des baisses de recettes attendues en parallèle;

- une variante maximale proposée par HNe, mais non soutenue par lui compte tenu des implications qu'elle aurait pu avoir quant à son bon fonctionnement futur, permettait d'atteindre l'objectif financier du Conseil d'Etat. Elle comprenait non seulement des mesures de la variante intermédiaire, mais aussi d'autres comme la fermeture d'un site, la modification de la politique salariale et la mise en place d'un nouveau plan de prévoyance professionnelle qui pour certaines, en particulier la première citée, sont de la compétence du Grand Conseil.

Le Conseil d'Etat a décidé de mettre le plan d'actions en consultation auprès des milieux intéressés durant les mois de novembre et décembre 2006 avant de se prononcer à son sujet. Pendant cette période, de nombreuses signatures ont été récoltées dans les régions concernées à l'appui de textes s'opposant à certaines mesures proposées par HNe. Des pétitions, une motion populaire ainsi qu'une résolution ont ainsi été déposées à la Chancellerie cantonale. Le plan d'actions a ensuite été soumis pour préavis au Conseil des hôpitaux au mois de janvier 2007.

Déclaration du Conseil d'Etat de janvier 2007

Par le biais d'une déclaration de janvier 2007, le Conseil d'Etat a annoncé ses décisions quant au plan d'actions qui allaient pour la plupart dans le sens des mesures proposées par HNe dans la variante intermédiaire de celui-ci, variante qu'il soutenait. Elles peuvent être résumées comme suit:

En préambule, il a décidé que tous les sites d'HNe seraient conservés.

S'agissant des *sites hospitaliers de soins aigus*, le Conseil d'Etat a considéré que:

- le réseau hospitalier neuchâtelois (HNe, y compris l'Hôpital de La Providence) devait réduire sa capacité en lits aigus conformément au plan d'actions d'HNe;
- la répartition des missions entre les sites de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds devait s'effectuer en termes de complémentarité et que, dans ce but, les sites de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès devaient conserver tous deux une maternité (service de gynécologie-obstétrique), que la pédiatrie hospitalière devait être centralisée dès le 1^{er} janvier 2008 sur le site de Pourtalès, un service de pédiatrie ambulatoire et une garde pédiatrique 24h/24 devant être assurés sur le site de La Chaux-de-Fonds et que le projet de rénovation du site de La Chaux-de-Fonds devait être mis en œuvre avec comme priorité la construction des plateaux techniques;
- le site du Val-de-Travers devait conserver ses missions de soins aigus, s'écartant en cela de la position d'HNe et du préavis du Conseil des hôpitaux, mais a demandé au DSAS de se pencher sur l'avenir de ce site, notamment compte tenu des incertitudes pesant sur la capacité de ce dernier d'assumer à terme ses missions.

Pour ce qui est des sites régionaux et du Centre de soins palliatifs La Chrysalide, le Conseil d'Etat a confirmé les hôpitaux concernés dans les missions qui leur ont été attribuées par la planification sanitaire de 1999.

Dans le cadre de sa déclaration, et dans le prolongement du plan d'action d'HNe d'octobre 2006, le Conseil d'Etat a donné mandat à HNe de développer un projet d'organisation des départements médicaux cantonaux avec une répartition régionalement équilibrée des missions sur les sites de soins aigus. Il a également chargé le DSAS d'étudier, comme cela a déjà été relevé plus haut, les perspectives d'avenir du site du Val-de-Travers ainsi que celles des policliniques régionales sous l'angle notamment de la sécurité sanitaire, de la qualité des prestations et de l'économicité. A cet égard, il

convient de relever que le Conseil d'Etat n'a pas retenu la proposition d'HNe de fermeture rapide de ces polycliniques formulée dans la variante intermédiaire de son plan d'action.

Pour fonder ses décisions, le Conseil d'Etat est notamment parti des constats suivants:

- Pour les prises en charge d'urgence, la sécurité sanitaire de la population est assurée essentiellement par l'existence de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), ainsi que par des moyens de transports rapides des patients. Compte tenu de cet élément, la proximité d'un hôpital n'est pas déterminante dans la prise en charge des urgences vitales;
- Le réseau hospitalier est surdoté en lits aigus et dans une moindre mesure en lits de CTR;
- La pédiatrie est une discipline qui s'exerce essentiellement de manière ambulatoire. L'activité hospitalière développée dans les services pédiatriques des deux sites principaux n'est pas suffisante;
- Les services de chirurgie et de maternité du site de Couvet sont actuellement efficaces. Mais la question se pose de leur maintien à terme en raison notamment des difficultés de recrutement des cadres médicaux et de l'augmentation des exigences techniques et professionnelles. Il faut aussi prendre en considération la réalisation du contrat région établi dans le cadre du RUN;
- Les polycliniques régionales devraient être financièrement autoporteurs, les prestations qu'elles livrent étant du ressort de la médecine en cabinet privé. Les pouvoirs publics ne devraient intervenir que lorsque la sécurité sanitaire n'est pas garantie (densité de cabinets médicaux insuffisante et distances trop longues).

4.3.2. *Projet de nouvelle répartition des missions de soins aigus d'HNe et déclaration du Conseil d'Etat y relative de janvier 2008*

A la suite des décisions prises par le Conseil d'Etat dans sa déclaration de janvier 2007, présentées au chapitre précédent, HNe a dû faire face aux démissions communes de quatre médecins adjoints du service de pédiatrie de La Chaux-de-Fonds (tous employés à 20%), ces derniers estimant que la sécurité de la pédiatrie et surtout de la maternité du site de La Chaux-de-Fonds ne pouvait plus être garantie et demandant la création d'une unité mère-enfants regroupant la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie sur un site unique à Neuchâtel ou à La Chaux-de-Fonds. Peu après, le médecin-chef adjoint et le médecin-chef de département de pédiatrie à Pourtalès ont également donné leur congé. Ainsi, à la fin du premier trimestre 2007, seul un des sept pédiatres d'HNe ayant le statut de médecins-cadres n'avait pas démissionné.

En raison des difficultés de recrutement et des problèmes de relève médicale, les prestations de pédiatrie hospitalière étaient, par ces décisions individuelles et conjointes, mises en péril à court terme, tant à Neuchâtel qu'à La Chaux-de-Fonds. Le risque que le canton de Neuchâtel ne dispose plus de pédiatrie hospitalière et que les cas nécessitant ces prestations soient traités hors canton dès 2008 était en effet réel.

Ce contexte de crise a précipité les réflexions sur la répartition des missions de soins aigus au sein d'HNe et a contraint ce dernier et, a fortiori le Conseil d'Etat, à considérer des options plus radicales que celles prévues initialement. HNe a ainsi gelé la mise en oeuvre de la centralisation de la seule pédiatrie hospitalière décidée par le Conseil d'Etat en janvier 2007. Il a par ailleurs demandé à ce dernier et obtenu de lui de pouvoir mener une étude sur la faisabilité, la nécessité et l'opportunité de créer une unité mère-enfant sur un seul site, dont les conclusions ont été positives.

Début septembre 2007, le Conseil d'Etat a fait savoir à HNe qu'il partageait son analyse de la situation s'agissant plus spécifiquement des risques concernant l'avenir de la pédiatrie hospitalière et de l'obstétrique ainsi que de la nécessité de définir une stratégie permettant d'assurer la pérennité de ces deux prestations importantes dans le canton. Dans ce contexte, il a considéré que la création d'un site unique mère-enfant constituait la seule issue possible pour remédier à cette problématique. Cette stratégie soulevait cependant d'importantes interrogations, notamment s'agissant du choix du site unique pour le centre mère-enfant et de la répartition des missions entre les sites de soins aigus en résultant, qui ne permettaient pas au Conseil d'Etat de prendre une décision définitive à cet égard. C'est la raison pour laquelle ce dernier a donné mandat à HNe de lui présenter un projet complet de réorganisation des activités médicales entre les sites de soins physiques aigus en tenant compte de cette nouvelle donnée (création d'un centre mère-enfant sur un site unique). Les objectifs et le cadre du mandat impartis par le Conseil d'Etat à HNe étaient les suivants:

- Une unité mère-enfant est à terme créée sur un seul site, à La Chaux-de-Fonds ou à Neuchâtel;
- les soins aigus sont regroupés à La Chaux-de-Fonds et à Neuchâtel et les missions de tous les sites aigus, y compris celles de l'Hôpital de La Providence, sont réorganisées et rééquilibrées de manière à redonner des activités à la ville qui n'hébergera pas l'unité mère-enfant;
- le site du Val-de-Travers est maintenu avec la création d'une policlinique régionale et le développement d'activités s'inscrivant dans la politique sanitaire régionale;
- les activités hospitalières des autres sites (Le Locle, Val-de-Ruz et La Béroche) restent inchangées, sous réserve de l'étude à mener par le DSAS, en collaboration avec HNe, concernant les policliniques régionales.

En parallèle, pour lui apporter un éclairage complémentaire dans cette phase d'analyse sur un sujet particulièrement sensible, le Conseil d'Etat a décidé de s'adjoindre la collaboration d'un groupe d'accompagnement.

De son côté, HNe a sollicité l'appui d'un consultant externe, le bureau Antarès Consulting, qui a déjà conduit de nombreux mandats du même type dans toute l'Europe, mais aussi en Suisse, pour l'aider à formuler des propositions de répartition des missions entre sites de soins aigus. Les travaux menés à ce sujet par HNe, en collaboration avec le consultant précité, ont débouché sur un rapport présenté formellement par HNe au Conseil d'Etat tout début janvier 2008.

Projet de nouvelle répartition des missions de soins aigus d'HNe

Ce rapport a mis en perspective plusieurs points justifiant la réorganisation du dispositif hospitalier neuchâtelois souhaitée par le Conseil d'Etat, notamment son surdimensionnement. Ce dernier n'est pas sans poser problème compte tenu de l'état préoccupant des finances publiques du canton et du caractère globalement stable de la demande en soins physiques aigus attendue dans les années futures. L'étude mettait également en avant le fait que le modèle de prise en charge, fortement axé sur l'hospitalisation, était peu adapté et qu'il existait un fort potentiel de développement basé sur l'ambulatoire. Enfin, le rapport mettait en évidence le fait que l'organisation actuelle du système hospitalier somatique neuchâtelois rend difficile le recrutement de personnel hautement qualifié, indispensable au maintien durable d'une qualité élevée de soins.

Le rapport d'HNe concluait par la proposition de deux scénarios répondant au mandat imparti :

- le premier prévoyait la création d'un centre mère-enfant (regroupant la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie et la néonatalogie) sur le site de La Chaux-de-Fonds et un centre de l'appareil locomoteur (regroupant l'orthopédie, la traumatologie osseuse, la rhumatologie, la neurologie, la chirurgie du rachis et disciplines associées) à Neuchâtel (site de Pourtalès);
- le second proposait l'inverse.

Pour le reste, il convient de souligner que, dans les deux scénarios présentés par HNe, les missions hospitalières de La Providence sont reprises par HNe dans ses sites de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds et qu'un nouveau rôle est proposé pour le site du Val-de-Travers.

A l'analyse des deux scénarii, le Conseil d'Etat est arrivé à la conclusion qu'ils répondaient aux objectifs fixés dans le mandat imparti à HNe, dont il est fait état plus haut. Ils permettaient notamment d'assurer une accessibilité globale aux soins adéquate à plus de 80% pour toute la population, de renforcer de manière marquée le dispositif hospitalier de La Chaux-de-Fonds, d'optimiser l'utilisation des ressources et de réaliser une économie financière conséquente de 11,5 millions de francs à l'horizon 2015, date de la mise en oeuvre complète prévue pour le nouveau dispositif. En terme de ressources humaines, les deux scénarii impliquaient une réduction de personnel d'environ 80 équivalents plein temps. Compte tenu du temps nécessaire pour réaliser cette réforme, du taux de rotation élevé existant dans le domaine de la santé et du nombre important de collaborateur-trice-s employé-e-s par HNe et La Providence, cette réduction devrait toutefois pouvoir être menée sans licenciement. Sur le plan des investissements enfin, les deux variantes impliquaient l'engagement de ressources financières équivalentes.

Déclaration du Conseil d'Etat de janvier 2008

Considérant ce qui précède, et dans une volonté politique réaffirmée de renforcer l'équilibre régional dans l'intérêt général de l'ensemble de la population neuchâteloise, le Conseil d'Etat a opté, dans une déclaration du 15 janvier 2008, pour la variante 1 «Création d'un centre mère-enfant à La Chaux-de-Fonds et d'un centre de l'appareil locomoteur à Pourtalès », au détriment de la variante 2, privilégiée par HNe et soutenue par le Conseil des hôpitaux, organe consultatif du Conseil d'Etat en matière de réforme hospitalière. Le gouvernement a notamment pris en considération le fait que le scénario choisi devait permettre d'inscrire le site de La Chaux-de-Fonds dans une perspective d'avenir plus positive.

Concernant le site du Val-de-Travers, le scénario retenu par le Conseil d'Etat prévoyait sa transformation en CTR de 35 lits, l'octroi à ce dernier d'une nouvelle mission cantonale dédiée à la gériatrie, le maintien d'une polyclinique régionale desservie durant les heures ouvrables et la mise en place d'une structure d'accueil de nuit et de week-end, en collaboration avec les médecins en cabinet. La variante choisie par le Conseil d'Etat prévoit encore, pour ce site, le maintien d'une consultation de gynécologie-obstétrique et d'une consultation sage-femme et le lancement d'une expérience pilote de plate-forme régionale de santé dont les objectifs sont de garantir, à long terme, l'accès à des soins de proximité à la population du Val-de-Travers et de contribuer à la formation des professionnels de santé de la région. Enfin, l'existence du SMUR et d'un service d'ambulance, voire leur développement, sont garantis par la déclaration du Conseil d'Etat. Conscient de l'importance que revêtent ces réformes pour la région du Val-de-Travers, le Conseil d'Etat a réuni très rapidement l'ensemble des partenaires concernés

(représentants politiques et médecins de la région, HNe, DSAS) au sein d'un groupe de travail ad hoc appelé à mettre en œuvre les décisions politiques décrites ci-dessus et à rechercher en commun des solutions appropriées. Il résulte de ses travaux un projet très intéressant qui satisfait tous les partenaires, à l'exception des médecins de la région.

Le bloc opératoire ainsi que la maternité ont été fermés au mois de décembre 2008 afin de permettre au site de poursuivre sa mutation en CTR et d'accueillir les médecins de la plate-forme régionale de santé.

Quant à l'Hôpital de La Providence, la déclaration du Conseil d'Etat prévoyait à terme le seul maintien de sa mission de dialyse ambulatoire et le transfert de ses autres missions, soit la médecine interne et spécialités, l'orthopédie élective et l'ophtalmologie hospitalière, à HNe. Dans le but de minimiser les conséquences de l'arrêt des activités de cet hôpital, le Conseil d'Etat a donné mandat au DSAS, en concertation avec tous les acteurs concernés, de lui fournir d'ici au 30 juin 2008 un rapport contenant le plan opérationnel du transfert des activités hospitalières de La Providence vers les sites de Pourtalès et La Chaux-de-Fonds.

Sur la base des options prises, le Conseil d'Etat a fixé dans sa déclaration un calendrier pour la réorganisation des activités médicales dans les sites de soins aigus du canton dont l'échéance pour la mise en œuvre est prévue à l'horizon 2015. Ce calendrier est le suivant:

- 2008: – études et travaux préparatoires de rénovation du site de La Chaux-de-Fonds,
 – transfert de la pédiatrie hospitalière du site de La Chaux-de-Fonds sur le site de Pourtalès,
 – transfert sur le site de Pourtalès des activités d'hospitalisation aiguës du site du Val-de-Travers;
- 2009: – transfert des activités « mère-enfant » du site de La Chaux-de-Fonds sur le site de Pourtalès;
- 2010: – phase I de construction et de rénovation du site de La Chaux-de-Fonds: plateaux techniques et 1^{ère} partie des unités de soins;
- 2013: – phase II de rénovation du site de La Chaux-de-Fonds: 2^{ème} partie des unités de soins;
- 2015: – transfert dans un premier temps des activités « mère-enfant » du site de Pourtalès sur le site de La Chaux-de-Fonds et intégration, dans un deuxième temps, des activités de l'appareil locomoteur sur le site de Pourtalès.

S'agissant d'une réforme d'importance dans un domaine particulièrement sensible, les décisions stratégiques prises par le Conseil d'Etat quant à la réorganisation des activités médicales hospitalières entre les sites de soins physiques aigus ont provoqué des remous au sein de la population, en particulier sur le Littoral, en raison notamment du choix du site d'implantation du centre mère-enfant à La Chaux-de-Fonds, et au Val-de-Travers, région qui voit ses missions de soins aigus disparaître. Une initiative législative populaire cantonale, demandant, dans le cadre d'une modification de la LEHM, l'implantation du site unique mère-enfant sur le site de Pourtalès et intitulée "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique" et comptant plus de 9000 signatures, a été déposée à la Chancellerie d'Etat. Il en va de même d'une autre initiative venant de la région Val-de-Travers qui demande le statu quo en matière d'organisation hospitalière par rapport à la situation ayant cours à l'été 2008. Enfin, le Conseil général de la Ville de la Chaux-de-Fonds a adopté au mois de juin 2008 une

initiative communale urgente, intitulée "Hôpital neuchâtelois, pour un retour des responsabilités", qui préconise une reprise en main du politique dans l'organisation ainsi que la gestion opérationnelle d'HNe et demande la reconnaissance des hôpitaux de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds comme sites principaux dans la LEHM. Cette initiative communale a, par la suite, été reprise dans sa première partie par d'autres communes.

Ces diverses réactions rendront plus difficile la conduite du processus de réformes dont le dispositif hospitalier neuchâtelois a un urgent besoin, et en particulier les travaux de transformation et de rénovation du site de La Chaux-de-Fonds. Ces derniers doivent lui permettre de poursuivre ses missions de soins aigus et d'accueillir à terme celles qui lui ont été confiées par le Conseil d'Etat.

4.4. Hôpital de La Providence

Dès le début du processus d'élaboration de la LEHM et pendant toutes les discussions qui l'ont accompagné, la Fondation de l'Hôpital de La Providence a fait savoir qu'elle ne désirait pas céder son activité hospitalière à HNe et a donc choisi de suivre une voie solitaire. Il faut noter que la LEHM modifie profondément la gouvernance des sites hospitaliers transférés à HNe.

Éléments de planification

Comme relevé plus haut, l'entrée en vigueur de la LEHM n'a pas modifié en tant que telle la planification hospitalière. L'Hôpital de La Providence a conservé durant toute la législature les missions qui lui étaient attribuées dans le rapport de planification du Conseil d'Etat de 1999.

Toutefois, cette situation n'est pas pérenne puisque le Conseil d'Etat a indiqué, dans sa déclaration du 24 janvier 2008, qu'il entendait retirer à terme les missions hospitalières à l'Hôpital de La Providence, ceci en cohérence avec l'option qu'il a pris de créer un centre de l'appareil locomoteur sur le site de Pourtalès. Comme cela a déjà été relevé, un mandat a été donné au DSAS de mener, en collaboration avec La Providence et HNe, une réflexion sur la manière de conduire ce retrait des missions et d'organiser le transfert des activités hospitalières de La Providence vers les sites de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds ainsi qu'un calendrier.

Un groupe de travail réunissant les partenaires concernés a été constitué pour réaliser ce mandat. Conformément à celui-ci, le document à produire doit proposer des mesures visant à minimiser les conséquences de l'arrêt de ces activités pour La Fondation de l'Hôpital de La Providence, les patients et le personnel de l'hôpital, HNe et l'Etat.

Malgré les efforts entrepris par le DSAS en vue de répondre au mandat imparti par le Conseil d'Etat dans un cadre partenarial, et le recours à un médiateur professionnel pour aider les parties à trouver une solution en commun, les bases d'une collaboration pour remédier à la problématique évoquée plus haut n'ont pas pu, à ce stade, être établies, la Fondation de l'Hôpital de La Providence n'entendant pas abandonner ces activités hospitalières comme prévu dans la déclaration du Conseil d'Etat du 24 janvier 2008.

Eléments financiers

A compter de l'exercice 2004, l'Etat a versé sa subvention aux institutions hospitalières sous la forme d'une enveloppe globale, abandonnant ainsi le système de couverture de déficit qu'il utilisait jusqu'alors.

L'Hôpital de La Providence a clôturé son exercice 2005 sur un résultat d'exploitation déficitaire de 460'000 francs dont seuls 134'000 francs ont été reconnus par l'Etat. Le déficit résiduel (326'000 francs) a été laissé à la charge de la Fondation.

L'Hôpital de La Providence a, lors de l'exercice 2006 et pour la dernière année, bénéficié d'un financement direct de la part de l'Etat au travers d'une subvention globale. En raison des difficultés financières que rencontraient alors les pouvoirs publics, la subvention octroyée par l'Etat a été calculée de manière extrêmement serrée, comme cela a été le cas pour HNe avec, pour conséquence, un effort d'économies demandé très important.

Conscient que les moyens financiers accordés pourraient finalement ne pas se révéler suffisants, le Conseil d'Etat a autorisé l'institution, au même titre que l'HNe, à suspendre tout ou partie de ses amortissements afin de couvrir l'éventuel déficit. L'Hôpital de La Providence a décidé de ne pas utiliser cette possibilité et a réalisé un déficit d'exploitation de près de 2,37 millions de francs. Ce déficit résiduel n'a pas été financé par l'Etat.

Il convient de relever qu'à fin 2008, La Fondation de l'Hôpital de la Providence a intenté une action de droit administratif contre l'Etat pour recouvrer les montants non reconnus par ce dernier en 2005 et 2006, soit près de 2,7 millions de francs, faisant valoir notamment que le régime de la couverture des déficits trouvait toujours application ces années-là.

Depuis le 1er janvier 2007 et en vertu de la LEHM, l'Hôpital de La Providence ne peut plus prétendre à une subvention étatique mais doit rechercher son financement auprès d'HNe. Un accord de partenariat a été signé en février 2007 entre les deux institutions, qui réglait plus spécifiquement leur mode de collaboration. Toutefois, les deux partenaires n'ont pu s'entendre sur les éléments financiers de leur relation et HNe a finalement décrété de manière unilatérale le montant de sa contribution à l'activité de La Providence. Il s'est pour cela basé sur le modèle de calcul qu'il s'était vu lui-même imposer par le Conseil d'Etat. La Providence a ainsi dû réaliser les mêmes efforts d'économies que ceux demandés à HNe, tout en ayant comme ce dernier la possibilité de reporter la moitié des amortissements en 2007 afin d'équilibrer ses comptes. Cette mesure n'a finalement pas été nécessaire puisque le Grand Conseil a décidé, lors de l'acceptation des comptes 2007 de l'Etat, d'augmenter la subvention aux hôpitaux de soins physiques du montant des amortissements. La part revenant à La Providence devait permettre à cette institution de réaliser entièrement ses amortissements de l'exercice.

S'agissant de l'année 2008, les négociations entre HNe et La Providence se sont révélées particulièrement difficiles étant donné, d'un côté, la poursuite des efforts d'économies demandés par le Conseil d'Etat à HNe qui se sont répercutés sur la Providence et, de l'autre côté, les exercices déficitaires de cet établissement durant les années précédentes. Les deux partenaires ont cependant pu trouver un terrain d'entente.

4.5. Hospitalisations hors canton

La procédure de traitement des hospitalisations hors canton trouve sa raison d'être à l'article 41, alinéa 3 LAMal. Cette disposition prévoit que si, pour des raisons médicales, soit dans les cas d'urgence et dans les cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies dans le canton de l'assuré, ce dernier recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, celui-ci prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton.

Suite à l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1^{er} janvier 1996, une procédure de garantie de paiement relative aux hospitalisations hors canton a été mise en place dont le traitement relevait de la compétence du SCSP, qui l'exerçait par le médecin cantonal qui lui est rattaché. Cette procédure comportait un volet médical impliquant notamment l'examen de l'existence de raisons médicales au sens de l'article précité justifiant la prise en charge par le canton d'une hospitalisation hors canton, et un volet administratif lié au traitement des garanties depuis leur réception jusqu'au paiement de la facture.

Comme déjà relevé plus haut, une garantie de paiement pour une hospitalisation hors canton est accordée soit lorsque le cas médical relève de l'urgence qui survient à l'extérieur du canton et qu'un retour dans celui de domicile n'est pas approprié, soit lorsque la prestation médicale n'est pas disponible dans le canton. Un arrêté cantonal fixe la liste des hôpitaux sis hors canton pour les prestations non disponibles sur territoire neuchâtelois et c'est avec ces établissements que le canton négocie des conventions tarifaires.

Jusqu'à ce que le SCSP soit déchargé de cette tâche en 2007 pour des raisons qui seront évoquées plus bas, ce sont annuellement environ 3000 demandes de garantie de paiement pour des hospitalisations hors canton qui lui parvenaient, soit à peu près soixante demandes par semaine. Un peu plus du 10% de ces garanties était refusé parce qu'elles ne remplissaient pas les conditions énoncées plus haut.

Les cas d'urgence représentaient en moyenne chaque année le 10% de l'ensemble des garanties, le 90% restant étant constitué par les prestations nécessaires non fournies en terre neuchâteloise.

Une part importante des garanties concerne la cardiologie invasive et la chirurgie cardiaque, mais aussi les prestations neurochirurgicales et les réadaptations (pour la cardiologie, la pneumologie, la neurologie et l'orthopédie). La part restante se rapporte à d'autres prestations médicales non disponibles dans le canton toutes spécialités confondues. A plusieurs reprises, des réflexions ont été menées au sein de groupes de travail pour évaluer la pertinence de développer la cardiologie invasive ou un plateau neurochirurgical dans les hôpitaux du canton. Bien que la masse critique existe pour faire fonctionner dans le canton des services fournissant de telles prestations, ces projets n'ont pas été concrétisés. Le recours aux établissements hors canton pour fournir l'ensemble de la réadaptation hospitalière a été pendant longtemps une particularité neuchâteloise. Neuchâtel était en effet, jusqu'il y a peu, le seul canton à ne pas disposer de telles infrastructures en Suisse romande. La situation a changé depuis la fin 2007 avec la création, sur le site hospitalier de Landeyeux, de l'unité de MPR (voir chapitre 4.1.2) qui est à même de prendre en charge des cas de rééducation orthopédique et de rééducation neurologique traités jusque-là hors canton.

Durant la période couverte par le présent rapport, la contribution du canton au financement des séjours hospitaliers hors canton s'est élevée chaque année à environ 20 millions de francs, sans compter les frais administratifs engendrés par l'examen des demandes par le SCSP.

Avec la création d'HNe, et conformément à ce que prévoit la LEHM, il a été décidé que le budget affecté aux hospitalisations hors canton, qui faisait jusque-là l'objet d'une rubrique budgétaire séparée, serait pris en compte dans le subventionnement global annuel de cet établissement et que, de ce fait dans un souci de cohérence, la gestion administrative du traitement des garanties de paiement pour ces hospitalisations serait retirée au SCSP pour être confiée à HNe. Si le transfert financier est intervenu dès la création d'HNe en 2006, celui des tâches liées au traitement des demandes a eu lieu définitivement seulement à la fin du premier trimestre 2007, après une période transitoire où le SCSP a continué de traiter les demandes de garantie, le temps pour HNe de créer et de faire fonctionner une unité administrative opérationnelle pour s'en occuper. Cela dit, le SCSP,

par l'intermédiaire du médecin cantonal, assure toujours la supervision de la procédure et reste l'autorité responsable pour la prise de décisions formelles en cas de contestations et le traitement des recours. Suite à ces changements, un nouvel arrêté sur la procédure des hospitalisations hors canton a été adopté en 2007.

Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)

Comme cela ressort du paragraphe précédent, les hospitalisations hors canton concernent en particulier le secteur de la médecine hautement spécialisée (MHS). Sous cette appellation sont regroupés différentes prestations ou domaines de prestations caractérisés par la rareté de l'intervention, par un fort potentiel d'innovation, par un investissement humain ou technique élevé et/ou par des méthodes de traitement lourdes. En font partie notamment la chirurgie cardiaque, les transplantations et greffes, ainsi que le traitement des grands brûlés.

Aujourd'hui, en raison des modifications des prescriptions de la LAMal sur le financement hospitalier décidées par l'Assemblée fédérale à fin 2007, les cantons sont tenus de procéder à une planification globale pour toute la Suisse dans le domaine de la MHS.

Anticipant ce changement législatif, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) s'est saisie depuis 2000 déjà du problème sensible de la coordination et de la concentration de la médecine hautement spécialisée. Un projet de convention à ce sujet a finalement été validé par l'Assemblée plénière de la CDS en date du 14 mars 2008, après de longues années de vives discussions entre cantons. Il a par la suite été soumis pour ratification à l'ensemble des cantons suisses.

Le canton de Neuchâtel y a adhéré par arrêté du 29 septembre 2008. A fin 2008, tous les cantons disposant d'un hôpital universitaire ainsi qu'une grande majorité des autres ont adhéré à la convention qui entre en vigueur en janvier 2009.

En adhérant à la CIMHS, les cantons perdent une part de leur compétence dans le domaine de la planification de la prise en charge sanitaire de leur population. En contrepartie cependant, une planification commune permet une prise en charge plus efficace et de meilleure qualité pour les prestations de MHS dont la réalisation exige des capacités spécifiques en terme de personnel et d'infrastructure. Par la centralisation des compétences et la spécialisation des sites (pôles de compétences), on recherche à atteindre des masses critiques propices à l'amélioration de la qualité, ainsi que des économies d'échelles tant sur les investissements que les charges d'exploitation. Cela correspond à la logique suivie par le Conseil d'Etat avec la nouvelle répartition des missions hospitalières de soins aigus entre les sites hospitaliers du canton.

La CIMHS ne revêt pas un caractère stratégique essentiel pour notre canton dans la mesure où celui-ci ne fournit pas lui-même, sur son territoire, des prestations de MHS à sa population. Neuchâtel s'appuie à cet égard principalement sur les hôpitaux universitaires de Lausanne, Genève et Berne. Cette convention permet cependant d'organiser la fourniture de prestations spécialisées et coûteuses de manière mieux coordonnée et plus rationnelle, ce qui devrait permettre au canton de réaliser quelques économies à terme (hausse des tarifs stoppée ou pour le moins limitée). Les patients neuchâtelois seront également gagnants puisqu'ils bénéficieront de prestations de meilleure qualité.

4.6. Cliniques privées

L'article 39 LAMal prescrit que, pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, un hôpital doit notamment "correspondre à la planification établie

par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate" et "figurer sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats". L'inscription d'un hôpital ou d'une de ses divisions sur la liste hospitalière cantonale des hôpitaux constitue donc une condition préalable à son admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le canton de Neuchâtel connaît depuis 1999 une liste hospitalière en deux parties:

- la première comprend les hôpitaux publics ou privés bénéficiant d'une aide financière de la part de l'Etat, qui sont pris en considération pour leur division commune et auxquels est attribué un nombre de lits déterminé, en fonction des besoins définis dans la planification hospitalière cantonale;
- la seconde comporte les cliniques privées qui ne bénéficient d'aucune aide financière de l'Etat et qui sont prises en compte uniquement pour leurs divisions privées et semi-privées.

Le canton de Neuchâtel compte deux cliniques privées, soit La clinique Montbrillant SA et la Clinique de la Tour SA, toutes deux sises à La Chaux-de-Fonds.

Requête de la clinique Montbrillant SA auprès du Conseil d'Etat

La clinique Montbrillant SA est active dans les domaines de la chirurgie (générale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructive, ophtalmique et de la gynécologie-obstétrique). Au mois d'avril 2006, cette clinique a demandé au Conseil d'Etat de pouvoir figurer dans la première partie de la liste hospitalière comme établissement bénéficiant de l'aide de l'Etat, d'être admise à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ainsi que de se voir attribuer des mandats de prestations dans ses domaines d'activité.

Par décision du 18 octobre 2006, le Conseil d'Etat a refusé d'entrer en matière sur la requête de la clinique précitée, considérant notamment qu'en vertu de la planification sanitaire de 1999 et de la liste hospitalière qui en résulte, la population neuchâteloise bénéficie déjà, dans le cadre du réseau hospitalier neuchâtelois subventionné (HNe et Hôpital de La Providence) et d'ailleurs même sur le site de La Chaux-de-Fonds, d'une prise en charge appropriée dans tous les domaines pour lesquels elle souhaitait se voir attribuer un mandat de prestations.

Le 20 novembre 2006, la clinique Montbrillant SA a interjeté un recours administratif au Conseil fédéral contre la décision gouvernementale en se prévalant notamment d'une inégalité de traitement par rapport à HNe et à l'Hôpital de La Providence. Dans une décision du 21 décembre 2007, le Conseil fédéral a rejeté ledit recours, en se prévalant pour l'essentiel des mêmes motifs que ceux avancés dans le chapitre précédent par le Conseil d'Etat. Ladite clinique conserve donc son statut actuel.

4.7. Mode de financement

Principes

Le financement des hôpitaux de soins physiques par l'assurance-maladie obligatoire dans le cadre de la LAMal est complexe et fait intervenir plusieurs partenaires. Dans les grandes lignes, les coûts des séjours hospitaliers sont pris en charge par les assureurs et par l'Etat, alors que les coûts des prestations ambulatoires devraient être couverts

uniquement par les assureurs. Par ailleurs, l'Etat assume seul les dépenses d'infrastructure et les frais de formation.

Prestations stationnaires

En 2004 et 2005, les hôpitaux neuchâtelois ont facturé les séjours hospitaliers aux assureurs-maladie sous forme de «cas service», c'est-à-dire au moyen de tarifs différenciés selon le service dans lequel le patient était pris en charge (médecine, chirurgie, etc.), mais indépendamment des prestations qui lui étaient fournies. Quant à l'aide financière de l'Etat aux hôpitaux, elle a été octroyée sous la forme d'une subvention globale, indépendante de l'activité.

Depuis l'année 2006, la part des assureurs est facturée en tenant compte non plus du service dans lequel le patient est accueilli, mais de la complexité de la prise en charge de ce dernier. Le système de financement dit par pathologie (ou par «AP-DRG») a été introduit à Neuchâtel comme dans plusieurs cantons de Suisse. Ce modèle, qui prend en compte les diagnostics et les opérations réalisées pour les patients, permet de classer ces derniers en fonction de la lourdeur de leur prise en charge.

L'exercice 2006 a toutefois constitué une année de transition du modèle de financement par cas-service à celui par pathologie. HNe et les assureurs (maladie et accident) ont en effet convenu d'une facturation dite « miroir » (appelée Schattenrechnung) pour 2006 qui permettait de s'assurer que le changement de mode de tarification n'engendrerait pas une variation massive de dépenses ou de recettes au détriment de l'un ou l'autre des partenaires concernés. Ce système de facturation « miroir » a mis en évidence le fait que le tarif convenu pour la facturation par AP-DRG sous-estimait la contribution due en 2006 par les assureurs d'un montant de près de 7 millions de francs. Les assureurs ont accepté non sans mal de régler à posteriori ce montant qui a finalement été comptabilisé dans l'exercice 2007 d'HNe.

Durant les années passées sous revue, la part étatique aux hôpitaux neuchâtelois a été versée sous la forme d'une subvention globale, non liée à l'activité.

A ce stade, on peut relever que le financement par pathologie a été utilisé de manière satisfaisante pour la facturation aux assureurs. Le potentiel opérationnel de ce type de financement n'est toutefois pas encore pleinement utilisé car les hôpitaux neuchâtelois n'ont pas encore mis en place le système d'information indispensable pour la conduite et la recherche de l'efficacité (comptabilité analytique par unité finale d'imputation), ni le système de gouvernance adapté (responsabilisation des médecins-cadres sur les aspects financiers de leurs unités).

Si le système AP-DRG est utilisé dans un certain nombre de cantons, il est prévu qu'un système de tarification par pathologie, appelé Swiss-DRG, soit introduit de manière uniforme sur tout le territoire suisse. L'assemblée fédérale a en effet adopté fin 2007 un projet de révision de la LAMal, portant précisément sur le financement hospitalier, qui prévoit cette mesure. Le système Swiss-DRG est appelé à remplacer dans le canton l'actuel système «AP-DRG» dans quelques années.

Prestations ambulatoires

Les prestations ambulatoires fournies en milieu stationnaire par les médecins sont en principe pleinement couvertes par le tarif médical facturé aux assureurs (TARMED). Dans la réalité, l'Etat contribue au financement d'un certain nombre de prestations ambulatoires non rentables mais demandées aux hôpitaux. Citons notamment les policliniques régionales dont le maintien est actuellement à l'étude au sein du DSAS.

5. INSTITUTIONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

5.1. Poursuite de la mise en œuvre de la planification hospitalière de 1999

Pour rappel, la période couverte par le précédent rapport d'information (2000-2003) s'est notamment caractérisée, s'agissant de la mise en œuvre de la planification hospitalière de 1999, par une réorganisation de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux sur le plan de la gouvernance d'entreprise, la répartition des missions entre Perreux et Préfargier et la création courant 2000 d'une unité pour adolescents dans cette dernière institution.

La période passée sous revue dans le présent rapport a vu se poursuivre la mise en œuvre de la planification de 1999. Elle a été marquée notamment par les réalisations et changements décrits dans les chapitres suivants:

Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux

Aucun changement significatif n'est intervenu dans l'organisation ou les structures de l'institution sur son site de Boudry depuis le précédent rapport d'information de 2004.

Par contre, cette période a été marquée pour Perreux par la création d'une antenne de psycho-gériatrie sur le site hospitalier du Locle, placée sous sa responsabilité médicale. Selon la planification de 1999, cette antenne devait initialement dépendre de l'association de gestion qui devait réunir Perreux et Préfargier au sein d'une seule et même institution mais, pour différentes raisons, cette structure n'a finalement pas vu le jour.

Le Centre de psycho-gériatrie (CPG) du Locle a été ouvert le 4 avril 2006. Au début de son fonctionnement, 22 lits sur deux unités ont été transférés de Perreux. Un hôpital de jour (HDJ) a également été ouvert trois jours par semaine qui accueillait 15-20 patients par jour.

Dès le 1^{er} avril 2007, pour s'adapter à l'évolution de la prise en charge vers l'ambulatoire, le CPG s'est regroupé sur une seule unité de 17-19 lits pour sa partie stationnaire et a ouvert son activité HDJ un jour supplémentaire par semaine. Les admissions directes sont possibles depuis 2007.

La mise en œuvre du CPG n'a pas été simple pour Perreux, en particulier pour des raisons d'organisation et de coûts, mais cette unité fonctionne aujourd'hui à satisfaction. Le CPG répond à un besoin en terme de sectorisation des soins psychiatriques. De plus, sa situation au sein d'un site d'HNe permet en partie la déstigmatisation de ce type de prise en charge ainsi que des recherches de synergies pour le traitement de problèmes mixtes (psychiques et physiques).

Maison de santé de Préfargier

La Maison de santé de Préfargier a réalisé sa mutation conformément à la planification sanitaire sur le plan de la répartition des lits. Elle est même allée nettement plus loin que prévu dans la réduction du nombre des lits liés à l'activité hospitalière puisqu'elle en comptait 74 en 2007, alors que la planification de 1999 en prévoyait 100.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} mai 2008, l'unité pour adolescents, créée courant 2000 sur le site de Préfargier, est placée sous la responsabilité médicale du Service médico-

psychologique pour enfants et adolescents (SMPea), ce dans l'attente et dans la perspective de la création du CNP. Une convention à ce sujet a été signée au mois d'avril 2008 entre les autorités compétentes de Prévargier et du SMPea. Une collaboration existait toutefois déjà auparavant, dont le but était d'organiser conjointement le suivi péri-hospitalier des patients concernés.

5.2. Création du CNP

Les raisons de la création du CNP

La démarche de création du CNP s'inscrit dans un processus plus global qui a débuté par la création, en 2006, d'HNe, suivie par celle de NOMAD en 2007, et qui tendait à optimiser l'organisation du système sanitaire cantonal. Les raisons qui ont conduit le Conseil d'Etat à proposer au Grand Conseil la réorganisation des institutions psychiatriques dans notre canton sont très similaires à celles qui sont à l'origine de la création d'HNe: changements législatifs au niveau fédéral, augmentation de la technicité des soins et des exigences des patients ou encore difficulté de former et de recruter du personnel spécialisé. Si les institutions actuelles ont longtemps rempli avec compétence les missions qui leur étaient dévolues, il est toutefois apparu qu'elles étaient confrontées à un contexte de plus en plus difficile et évolutif, notamment en raison des importantes pressions financières qui sont exercées sur les secteurs concernés par les assureurs-maladie, ainsi que par l'Etat. L'activité était rendue chaque jour plus risquée pour les fondations indépendantes et plus complexe pour les services de l'Etat.

Au surplus, le projet de CNP est basé sur les résultats d'une analyse des forces et faiblesses du réseau psychiatrique neuchâtelois. L'étude y relative, réalisée par un bureau de consultants indépendant, a notamment démontré un déséquilibre entre un secteur stationnaire surdimensionné et un secteur ambulatoire trop peu développé, ce malgré les restructurations réalisées dans le cadre de la planification de 1999 (voir à ce sujet chapitre 5.1). Elle a également mis en évidence une organisation centrée sur les institutions et non sur les patients.

L'objectif du CNP est donc de décloisonner les institutions psychiatriques pour qu'à l'avenir un patient soit suivi par une seule autorité médicale, indépendamment du type de prise en charge (ambulatoire ou stationnaire). Il s'agit donc de placer le patient au centre de la réflexion et de lui assurer un continuum des soins, tout au long de son parcours au travers du système psychiatrique cantonal. D'autre part, le projet de réforme de la psychiatrie cantonale est axé sur un déplacement de l'activité stationnaire vers l'ambulatoire. En effet, la baisse du nombre de lits et le développement du nombre de consultations doit permettre une meilleure utilisation des ressources humaines et financières.

En conclusion, la création du CNP relève à la fois d'une logique de moyens, par la recherche d'économies d'échelles en regroupant les institutions et en rationalisant les structures administratives et logistiques des établissements, et d'une logique de besoins liée à l'évolution de la prise en charge psychiatrique, toujours plus ambulatoire et de proximité, ainsi qu'à l'augmentation de la demande liée aux conditions de vie et à l'évolution de la société.

Procédure d'élaboration et d'adoption de la LCNP

Le projet de création d'un établissement de droit public pour les soins psychiatriques fait partie du programme de législation 2006-2009 du Conseil d'Etat. Le rapport à l'appui du projet de LCNP et celui-ci ont été élaborés au sein d'un groupe de travail qui réunissait

les délégués de toutes les institutions concernées, publiques ou privées, soit des présidents des fondations, des représentants des directions administratives, médicales et infirmières et de psychologues. Le rapport et la LCNP sont donc le résultat d'un travail collectif conduit par le chef du DSAS.

Un projet clinique de réorganisation de la psychiatrie cantonale en filières de soins intégrés a par ailleurs été rédigé en collaboration avec les professionnels du domaine et a servi de base à la réflexion structurelle.

Lors de sa séance du 29 mai 2007, le Grand Conseil a accepté à une large majorité d'entrer en matière sur le projet de LCNP présenté par le Conseil d'Etat. Il a toutefois décidé, au vu des nombreux amendements déposés par certains groupes, de renvoyer le projet de loi à une commission spéciale du Grand Conseil. Deux postulats ont été déposés dans ce cadre par le groupe socialiste: l'un, intitulé "Appartements "protégés" (07.141), invitait le Conseil d'Etat à étudier les voies et moyens permettant de remédier au manque de structures intermédiaires du type "appartements protégés" dans le canton; l'autre, dénommé "Coordination avec les autres secteurs de la santé" (07.143), priait le Conseil d'Etat de porter toute son attention sur la coordination entre les établissements de droit publics nouvellement créés (HNe, NOMAD, CNP) au vu des déficiences existant en la matière entre les deux premiers nommés, et d'informer le Grand Conseil dans les 2 ans à partir de la mise en vigueur du CNP sur les mesures adoptées par ces établissements en vue de remédier à ce défaut.

Lors de ses travaux, la commission a examiné les amendements et les postulats déposés avec, en toile de fond, la question du lien entre le CNP et l'Etat. La loi proposée par la commission divergeait du premier projet présenté par le Conseil d'Etat en ce qu'elle renforçait et précisait les compétences du Grand Conseil. Par contre, le CNP conservait le caractère autonome qui lui était conféré dans le premier projet.

Le projet modifié par la commission parlementaire ainsi que les deux postulats ont été acceptés par le Grand Conseil lors de sa séance du 29 janvier 2008.

S'agissant du contenu et des implications de la LCNP, il est renvoyé à cette loi ainsi qu'au rapport du Conseil d'Etat du 19 février 2007 à l'appui du projet de loi et à celui de la commission psychiatrie du Grand Conseil.

Intégration des institutions au CNP

Tous les propriétaires des institutions qui avaient manifesté la volonté d'adhérer au CNP, une fois cette structure créée, ont concrétisé cette intention en signant une convention d'intégration avec cet établissement dans le délai imparti par la LCNP. Sont concernées les institutions suivantes: la Maison de Santé de Préfargier, l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, La Clinique La Rochelle, le Centre psycho-social neuchâtelois et le SMPea. Les conventions d'adhésion ont été soumises au Conseil d'Etat qui les a toutes ratifiées. L'entrée en jouissance par le CNP est fixée au 1^{er} janvier 2009.

5.3. Mode de financement

Principes

Différents fournisseurs de prestations du domaine de la psychiatrie livrent des prestations de types ambulatoire et stationnaire. Différents modes de financement se côtoient en fonction du type de prestations et du statut juridique du fournisseur de prestations.

Prestations stationnaires

Dans les hôpitaux psychiatriques, les séjours hospitaliers sont financés paritairement par les assureurs-maladie et les pouvoirs publics. Les hospitalisations sont facturées à la journée aux assureurs. S'agissant des hôpitaux psychiatriques privés (fondations), le financement public intervient au travers d'une subvention forfaitaire définie en début d'exercice, les éventuels déficits n'étant pas couverts par l'Etat. En tant que service de l'Etat, l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux a quant à lui échappé à cette règle.

Prestations ambulatoires

A l'instar du domaine somatique, les prestations psychiatriques ambulatoires sont facturées aux assureurs-maladie selon le tarif médical en vigueur (TARMED). Il existe plusieurs conventions tarifaires qui réunissent les différents acteurs dans des communautés spécifiques. Les psychiatres en cabinet font partie de la convention tarifaire des médecins alors que les institutions étatiques ou paraétatiques qui bénéficient d'un financement public pour financer des activités non rentables ont négocié des conventions particulières. Il s'agit du Centre psychosocial neuchâtelois (CPSN) et du Service médico-psychologique pour enfants et adolescents (SMPea). Il en va également de même des institutions spécialisées dans l'addiction sans toutefois que ces dernières soient considérées comme des institutions de soins psychiatriques.

A relever que si les prestations ambulatoires fournies dans les hôpitaux psychiatriques sont également facturées aux assureurs au moyen du TARMED, le tarif les concernant ne couvre pas la totalité des coûts. L'Etat prend ainsi en charge un éventuel manque de couverture dans le cadre de la subvention à ces hôpitaux.

Perspectives d'avenir

La création du CNP va changer les relations entre les assureurs-maladie et les institutions que sont le CPSN et le SMPea. Une fois ces institutions publiques ou parapubliques intégrées dans le CNP, une nouvelle convention tarifaire devra être négociée entre ce dernier et les assureurs-maladie pour la rémunération des prestations qu'elles fournissent.

D'autre part, des démarches sont entreprises au niveau national pour quitter la facturation à la journée dans le secteur psychiatrique résidentiel et définir un mode financement global de prise en charge des prestations qui y sont fournies. Le chemin est encore long pour y arriver mais le canton de Neuchâtel entend s'engager dans cette voie et suivra de près ces démarches.

6. HOMES POUR PERSONNES AGEES

Durant la période passée sous revue, l'Etat a poursuivi le travail et les réflexions initiés en vue de réduire l'accueil institutionnel des personnes âgées dans le canton. Rappelons qu'en comparaison intercantonale, Neuchâtel compte un nombre de lits en homes parmi les plus élevés en Suisse, proportionnellement au nombre d'habitants de 65 ans et plus.

Dans son programme de législature 2006-2009, le Conseil d'Etat a manifesté la volonté de supprimer les fondations régionales de soins à domicile au profit d'une organisation cantonale et de développer l'offre dans le cadre d'une nouvelle politique de maintien à

domicile afin de diminuer l'accueil institutionnel. Il a considéré, à cet égard, que l'hébergement en EMS et les séjours hospitaliers qui sont de plus en plus onéreux ne sont pas toujours adaptés aux besoins du patient. De plus, il s'agit de tenir compte de l'aspiration légitime des personnes âgées à rester à domicile plutôt que d'être hébergées en institution, lorsqu'elles en ont le choix.

Dans le même temps, le Conseil d'Etat entendait étudier le passage à un mode de financement basé sur les prestations rendues plutôt que sur la couverture du déficit dans le domaine des homes pour personnes âgées. Cette question sera abordée de manière plus approfondie dans le chapitre 6.3.

6.1. Planification

En préambule, il convient de relever que le DSAS a, en 2006, confié un mandat conjointement à la Haute Ecole Arc Santé et à la Haute Ecole Valaisanne impliquant une analyse de la planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton. Le contenu de ce mandat sera traité plus en détail dans le chapitre 7.2. Une telle analyse a en effet été considérée comme un préalable indispensable à une nouvelle planification et organisation des soins à domicile et du secteur résidentiel, destinées à favoriser le transfert des patients du secteur résidentiel vers le secteur ambulatoire afin de diminuer l'accueil institutionnel.

Les premiers résultats de cette étude seront connus courant 2009. Il appartiendra ensuite au Conseil d'Etat, voire au Grand Conseil, de déterminer quels moyens, notamment financiers, il entend investir pour mettre en œuvre les mesures qui seront préconisées par l'étude réalisée.

Pour le reste, la présente législature a été caractérisée par les mesures, décisions ou réalisations suivantes:

6.1.1. *Pratique restrictive en matière d'ouverture et d'extension de homes*

Depuis 2004, les autorités sanitaires cantonales appliquent une politique très restrictive en matière d'ouverture ou d'extension de homes ayant comme principal objectif de geler le nombre de lits institutionnels dans le canton, voire de le réduire, celui-ci étant, comme cela a été déjà relevé plus haut, élevé en comparaison intercantonale. Elles s'appuient pour cela sur la compétence octroyée au canton par la LAMal de planifier le secteur des EMS. En l'occurrence, cette législation prévoit que ces derniers ne sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire que s'ils correspondent à la planification établie par un canton afin de couvrir les besoins en soins dans ce domaine et s'ils figurent sur la liste cantonale des EMS. En l'occurrence, le Conseil d'Etat n'a, durant la présente législature, admis aucun nouvel établissement dans l'arrêté fixant la liste des établissements médico-sociaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Cette pratique restrictive, combinée à la fermeture décidée volontairement par leurs propriétaires d'un certain nombre de homes (notamment le Home Les Rochettes à Auvernier et le home La Boisélière à Fresens qui a été transformé en une famille d'accueil) ou à la demande de l'Etat (Home des Rochettes à Neuchâtel), a déjà porté ses fruits puisque le nombre total de lits institutionnels pour personnes âgées, sans la psychiatrie, est passé de 2180 lits en 2004 à 2100 lits environ à fin 2008.

Il convient de relever que le Conseil d'Etat a dérogé à une reprise, mais dans une mesure très relative, à sa politique restrictive pendant la présente législature. En l'occurrence, il a confirmé l'accord de principe donné peu avant l'instauration de sa politique au projet

d'extension du home Le Chalet à Bevaix déposé par la Fondation Espace. Sa réalisation est en cours actuellement. Notons que l'ouverture de la nouvelle structure de soixante lits prévue pour 2010 coïncidera avec la fermeture des deux autres institutions propriété de la Fondation Espace, à savoir le home La Chotte à Malvilliers (30 lits) et l'ancien home Le Chalet à Bevaix (20 lits). Le nombre de nouveaux lits mis sur le marché n'excédera dès lors pas dix lits.

6.1.2. *Abandon du projet de création d'un home d'accueil temporaire avec foyer de jour sur le Littoral neuchâtelois*

Ce projet, dont la réalisation était prévue sur le site de Monruz à Neuchâtel, devait être pendant du home médicalisé Le Temps Présent à La Chaux-de-Fonds, à savoir une institution dont la vocation aurait été l'accueil temporaire de moyenne et de courte durée, en principe trois mois. Cette durée de séjour se révèle adéquate dans les cas de convalescence et favorise ainsi le maintien des personnes âgées à domicile.

En dépit de la nécessité de réaliser un home d'accueil temporaire sur le Littoral neuchâtelois pour favoriser le retour à domicile des personnes âgées à la suite d'une hospitalisation, la situation financière de l'Etat l'a malheureusement conduit à renoncer à la construction de cette institution.

L'abandon de ce projet se justifie également par le fait que plusieurs bâtiments ou parties de bâtiments occupés par des institutions de soins vont se libérer ces prochaines années suite aux réformes entreprises et aux mesures de planification. Il conviendra dès lors de leur trouver une affectation en temps utile qui pourrait être celle d'accueil temporaire

6.1.3. *Travaux de transformation réalisés ou en cours de réalisation*

Divers travaux de transformation concernant des homes publics notamment ont été réalisés ces dernières années ou sont actuellement en cours de réalisation, avec l'aval des autorités sanitaires compétentes et qui visent à aménager l'offre en lits.

Le Home médicalisé Clos-Brochet à Neuchâtel a ainsi procédé à la construction d'un étage supplémentaire à son bâtiment afin d'inverser le nombre de chambres à 1 et 2 lits sans réduire sa capacité d'accueil; les travaux y relatifs ont pris fin au mois d'août 2008. Le Home médicalisé Le Foyer de La Côte à Corcelles a, quant à lui, déposé un projet de construction d'une annexe permettant la création de dix chambres à 1 lit et la réduction d'autant du nombre de chambres à 2 lits dans le bâtiment principal. Enfin, un autre projet est en cours de réalisation au Home médicalisé Les Sugits à Fleurier en vue de la transformation d'une partie des chambres à 2 lits en chambres à 1 lit.

6.2. Surveillance

La surveillance des quelque soixante EMS et autres institutions pour personnes âgées que compte le canton est une tâche qui relève légalement de la compétence du SCSP. Ce service dispose de 1,5 postes d'infirmières de santé publique pour effectuer cette tâche. Ces dernières ont pour mission première d'effectuer des visites régulières d'inspection, ce dans le but principal de s'assurer du respect des dispositions légales visant à garantir le bien-être des personnes hébergées en institution. Ces visites ont lieu soit d'office, au moment où l'autorisation d'exploiter un home doit être octroyée ou renouvelée (tous les 5 ans), soit suite à des plaintes émises notamment par des résidents ou leurs proches. Outre cette activité de police sanitaire, les infirmières de santé publique répondent aussi aux fréquentes demandes de soutien ou de conseils des institutions. Elles procèdent également à des interventions de médiation dans certaines

situations conflictuelles entre les résidants et les directions des homes, notamment liées au respect des droits du patient.

En 2002, avec l'entrée en vigueur du règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), ont été introduites de nouvelles exigences en matière d'exploitation des établissements pour personnes âgées qui ont été reprises dans une grille d'évaluation utilisée également par les cantons du Jura, Valais et Vaud dans le cadre de la surveillance exercée sur les EMS.

Après deux ans, cette grille intercantonale a montré ses limites dans la mesure où elle ne faisait pas clairement la distinction entre des exigences minimales, qui justifient l'octroi ou la prolongation des autorisations d'exploiter par le DSAS à de telles institutions, et d'autres éléments qui ressortent plus du domaine de la qualité proprement dit. L'utilisation de ce document par le SCSP a occasionné de grandes difficultés relationnelles avec les institutions visitées, la plupart des constatations faites sur cette base étant discutées, voire contestées par les directions des homes.

C'est la raison pour laquelle, dans le courant 2005, le SCSP a décidé la constitution d'un groupe de travail réunissant des représentants de l'ANEMPA et de l'ANIPPA, qui a été chargé d'élaborer un nouveau document de rapport de visite destiné à remplacer la grille intercantonale. Ce groupe s'est réuni à plusieurs reprises, a discuté des normes et des critères retenus jusque-là dans le cadre des visites de contrôle et a procédé à une vaste remise à plat de ces derniers.

Les travaux de ce groupe de travail ont été achevés courant 2007. Les résultats de ce dernier ont fait l'objet d'une phase de tests qui s'est avérée concluante. Ainsi une nouvelle procédure de visite des institutions neuchâteloises a pu être mise en place. Elle se base sur deux documents bien distincts:

– *un rapport relatif à la surveillance du respect des exigences légales et réglementaires*

A terme, toute institution existante souhaitant poursuivre son activité dans le canton devra répondre de manière exhaustive aux 44 critères figurant dans ce document. A défaut, des mesures pouvant aller jusqu'au retrait de l'autorisation d'exploiter pourront être prises.

Les premières visites effectuées au moyen de ce nouveau rapport de visite montrent qu'il a été globalement bien reçu par les responsables des institutions visitées. Son utilisation ainsi que la nouvelle procédure mise en place, impliquant un suivi plus régulier des mesures correctrices à mettre en place, ont déjà contribué dans la plupart des institutions ayant fait l'objet d'une inspection à une amélioration significative de la prise en charge aussi bien administrative que soignante des résidants. Il n'en demeure pas moins que des efforts doivent encore être accomplis notamment s'agissant de la traçabilité écrite des soins donnés.

Ces visites de contrôle, réalisées d'office ou en raison de plaintes, ont débouché sur des demandes d'actions correctrices dans la très grande majorité des cas.

– *un rapport relatif aux critères de qualité recommandés*

Ce second document doit permettre aux responsables des EMS de procéder à une auto-évaluation et devrait favoriser une amélioration de la qualité des prestations fournies. Le non-respect des critères y figurant est sans conséquence administrative et disciplinaire pour les institutions.

6.3. Mode de financement

Pour l'Etat, les dépenses dans le secteur des EMS se répartissaient jusqu'à fin 2007 entre les subsides d'exploitation versés aux institutions reconnues d'utilité publique, au sens de la loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées (LESPA), et les aides individuelles accordées aux résidents dont les ressources financières, y compris les prestations complémentaires AVS/AI (PC/AVS/AI) plafonnées jusqu'à fin 2007, étaient insuffisantes pour payer leurs frais de pension en établissements.

L'entrée en vigueur de la RPT au 1^{er} janvier 2008 a eu deux conséquences importantes dans le régime des PC/AVS/AI : le montant mensuel de la prestation versée n'est plus plafonné et c'est au canton seul qu'il revient de financer l'entier de celle-ci lors de séjours en home. Auparavant, ces prestations étaient co-financées par la Confédération et le canton.

Afin d'éviter une inflation des prix des séjours en home et, partant, une explosion du budget PC, le Conseil d'Etat a été amené à fixer les tarifs des homes reconnus dans le régime des prestations complémentaires. Pour 2008, ces derniers se basent sur les tarifs historiques des institutions reconnus par le SCSP dans le régime LESPA, lesquels sont gelés depuis 2005 dans le cadre des mesures d'économies prises par l'Etat.

Compte tenu de ce qui précède, les aides individuelles LESPA qui complétaient les prestations complémentaires jusqu'au 31 décembre 2007 n'avaient plus de raison d'être; elles ont ainsi été supprimées au 1^{er} janvier 2008 (voir à cet égard chapitre 10.1.3). Elles sont désormais prises en charge par la CCNC, par le biais du budget PC.

S'agissant des tarifs actuels des homes, ceux-ci sont très variables d'une institution à l'autre. Cela s'explique par le fait que les dispositions de la LESPA se fondaient sur la reconnaissance des charges de chaque institution pour déterminer les tarifs propres à chacune d'entre elles. Les coûts d'exploitation pouvant varier sensiblement d'une institution à l'autre, notamment en fonction du nombre de personnel engagé, des conditions générales de travail ou du coût des infrastructures, les tarifs pratiqués dans le canton sont encore représentatifs de ces réalités.

Cela étant, il n'y a fondamentalement pas de raison qu'une même prestation ne soit pas rémunérée par les pouvoirs publics - en l'occurrence depuis le 1^{er} janvier 2008 par le canton par le seul régime des prestations complémentaires -, au même tarif dans tous les EMS du canton. Comme déjà relevé au chapitre 6, le Conseil d'Etat a d'ailleurs inscrit cette question du financement des homes dans son programme de législature 2005-2009. En l'occurrence, il souhaite le passage à un financement basé sur les prestations rendues plutôt que sur la couverture du déficit, comme c'est le cas encore actuellement.

Cette réforme du financement des homes est restée en suspens jusqu'à très récemment, en raison des incertitudes liées à la révision partielle de la LAMal relative au financement des soins de longue durée dans le régime de l'assurance-maladie obligatoire, dont les modalités doivent jouer un rôle important sur la réforme du financement des soins dans notre canton. Cette révision a toutefois trouvé son épilogue avec l'adoption d'un projet de loi à ce sujet par les Chambres fédérales lors de la session d'été 2008. Dès lors, le projet de réforme du financement des homes au niveau cantonal a pu être repris. Un groupe de travail constitué de collaborateurs du SCSP, du SJEN et de la CCNC, ainsi que de représentants de l'ANEMPA et de l'ANIPPA, a été formé avant l'été 2008 afin de concrétiser cette réforme. Des résultats devraient intervenir dans le courant du printemps 2009.

7. ORGANISATION POUR LE MAINTIEN A DOMICILE

7.1. Création de NOMAD

En 2003, l'Etat faisait part de sa volonté d'abandonner le système de subventionnement des services d'aide et de soins à domicile, basé sur la couverture des déficits, et de travailler à la mise en place d'un financement par prestation. En attendant, des objectifs contraignants en terme d'efficience ont été imposés (rapport entre les heures de prestations et les heures totales travaillées par le personnel).

L'année 2004 correspond à l'entrée en vigueur de la Codeta, soit le 2^{ème} volet du désenchevêtrement des tâches entre l'Etat et les communes; ainsi les subsides d'exploitation 2004, versés aux services précités en 2005, ont pour la première fois été entièrement à la charge de l'Etat.

Au vu des effets de la Codeta et des changements annoncés dans le financement des services d'aide et de soins à domicile, la question a été posée fin 2004 aux fondations et association qui en étaient les responsables de savoir si elles souhaitaient le maintien des compétences communales en matière d'aide et de soins à domicile (et en assumer les risques financiers) ou leur transfert au niveau cantonal dans un souci de cohérence avec le principe "qui paie, commande". La majorité s'est montrée favorable au principe de la création d'une organisation cantonale.

Procédure d'élaboration et d'adoption de la loi sur NOMAD

Sur cette base, un groupe de travail a été chargé de réfléchir aux contours d'une future organisation cantonale. Ce groupe était conduit par le SCSP et composé de délégués des fondations et association actives dans le secteur de l'aide et des soins à domicile. Deux sous-groupes ont été institués et ont travaillé respectivement sur les aspects «politico-juridique» et «organisation». Les travaux ont été menés à un rythme soutenu tout au long de l'année 2005. Un rapport a été finalisé en toute fin d'année 2005 en même temps que le projet de loi s'y rapportant.

Le projet de loi portant constitution d'un établissement de droit public cantonal nommé «NOMAD» pour «Neuchâtel organise le maintien à domicile» a connu durant l'année 2006 différentes phases de consultation. Il a finalement été soumis au vote du Grand Conseil, qui l'a adopté le 6 septembre 2006.

S'agissant du contenu et des implications de la loi sur NOMAD, il est renvoyé à cette loi ainsi qu'au rapport du Conseil d'Etat du 26 juin 2006 à l'appui de son projet de loi.

Intégration des services d'aide et de soins à domicile à NOMAD

Tous les propriétaires des institutions qui avaient manifesté la volonté d'adhérer à NOMAD, une fois cette structure créée, ont concrétisé cette intention en signant une convention d'intégration avec cet établissement dans le délai imparti par la loi sur NOMAD. Les conventions d'adhésion ont été ensuite soumises au Conseil d'Etat qui les a toutes ratifiées.

7.2. Concept de maintien à domicile

En parallèle à la votation de la loi sur NOMAD, le Grand Conseil a accepté deux postulats:

- l'un, intitulé «Maintien à domicile: un nécessaire état des lieux et des propositions» (postulat du groupe radical, 06.145), demandait que soit développé dans le canton un concept de maintien à domicile et qu'il soit fait état dans un rapport d'un large état des lieux des besoins et des attentes des patients en matière de maintien à domicile, des options politiquement souhaitables et financièrement réalisables dans ce domaine, des modifications législatives qui seraient nécessaires afin d'inciter au maintien à domicile et des mesures qui permettraient de favoriser, notamment par des mesures incitatives, le développement et la construction d'appartements protégés.
- l'autre, intitulé «Aide aux aidant-e-s» (postulat Laurence Boegli 06.148), demandait au Conseil d'Etat, dans le cadre du concept de maintien à domicile, d'étudier le développement d'aide aux aidant-e-s, c'est-à-dire de définir les moyens à mettre en œuvre d'une part pour soutenir ou alléger l'action de ces personnes-ressources et d'autre part pour que cette action soit socialement et économiquement reconnue.

La Haute Ecole ARC Santé a été mandatée par le DSAS pour réaliser l'étude «Planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton de Neuchâtel» dont il est fait état au chapitre 6.1..

Cette étude se fonde sur une méthode appelée «balance of care», qui a été développée en Angleterre et qui a été adaptée au contexte suisse dans le cadre d'un programme national de recherche (PNR n°32) au sujet de la «vieillesse». Plusieurs cantons suisses utilisent ou ont utilisé, à des moments et degrés divers, cette méthodologie dans leurs processus de planification médico-sociale; c'est notamment le cas des cantons du Tessin, de Vaud, de Genève et tout récemment du Jura.

Cette méthode se base sur treize profils de dépendance et trois situations sociales, qui représentent donc trente-neuf situations possibles de besoins en soins (dépendance).

L'étude neuchâteloise doit se dérouler en six phases, dont certaines sont déjà réalisées et d'autres en cours de réalisation:

1. **Enquête de population:** une enquête a été réalisée auprès de 1700 personnes âgées de 65 ans et plus, qui doit permettre de répartir la population neuchâteloise dans les trente-neuf situations de dépendance citées plus haut; cette enquête s'est déroulée de novembre 2007 à avril 2008 et a consisté en des entretiens réalisés sur la base d'un questionnaire auprès de ces personnes par des bénévoles du Mouvement des aînés puis, dans un 2^{ème} temps, de l'AVIVO;
2. **Listes des prestations:** un groupe d'experts neuchâtelois a dressé la liste des prestations et services souhaités pour le futur réseau sanitaire cantonal; les prestations actuellement existantes sont pour la plupart retenues mais, surtout, de nouvelles prestations sont inscrites.
3. **Options de soins:** ce même groupe d'experts a dû ensuite, pour chacune des trente-neuf situations de dépendance sur lesquelles se fonde la méthodologie évoquée plus haut, imaginer les différentes façons possibles de répondre aux besoins en soins. Ainsi, pour chacune des situations, un ou plusieurs groupes de prestations (ou options de soins) ont été décrits avec une quantification du nombre de ces prestations;

4. **Préférences:** les différentes options de soins ainsi construites doivent être soumises à une large palette de professionnels (50) et à des personnes âgées afin de déterminer, pour chacune des trente-neuf situations de dépendance, quelle est la meilleure façon de répondre aux besoins parmi les différentes possibilités proposées par les experts. Ce travail était en cours de réalisation à fin 2008;
5. **Organisation:** à ce stade, il sera nécessaire de décrire la situation actuelle en termes de prestations fournies, de volumes, de coût et de financement;
6. **Scénarii:** enfin toutes les données recueillies seront insérées dans différents scénarii de planification médico-sociale. Ceux-ci présenteront plusieurs variantes possibles chiffrées de développement de prestations dans le canton de Neuchâtel, résultant des préférences des professionnels et usagers et des possibilités de développement du maintien à domicile.

Ainsi, le rapport qui sera soumis par le Conseil d'Etat au Grand Conseil proposera un vrai projet de prise en charge globale et coordonnée des personnes âgées dans le canton, y compris celles présentant des pathologies psychiatrique importantes (liées notamment à la maladie d'Alzheimer). Les scénarii auront vraisemblablement des coûts différents, selon les options choisies et selon le développement souhaité des prestations à domicile. Le Grand Conseil sera ainsi confronté à des choix importants pour le futur.

Les personnes âgées ne constituent cependant pas la seule population concernée par la politique de maintien à domicile que le Conseil d'Etat entend favoriser. En effet, il existe dans le canton de nombreuses personnes non en âge AVS, mais en situation de dépendance, pour lesquelles le développement de ce secteur présente un intérêt. Cette population sera également prise en compte dans le cadre d'études spécifiques.

7.3. Mode de financement

L'année 2004 correspond à l'entrée en vigueur du 2^{ème} volet du désenchevêtrement des tâches entre l'Etat et les communes (voir à cet égard chapitre 10.1.1). Considérant le principe comptable de caisse, les subsides d'exploitation 2004 octroyés aux services d'aide et de soins à domicile ont été versés en 2005 et, pour la première fois, ont été entièrement à la charge de l'Etat.

En vue d'introduire le principe d'échéance, l'année de décalage a été absorbée en 2006 (voir à ce sujet chapitre 10.1.2). Les comptes de l'Etat de cette année-là ont ainsi enregistré les dépenses effectives de l'année 2005 et les subventions prévisionnelles de 2006.

L'année 2008 correspond à l'entrée en vigueur de la RPT. Le domaine de l'aide à la vieillesse était jusqu'alors subventionné de manière importante par la Confédération, en l'occurrence par l'Office fédéral des assurances sociales, ce qui n'est plus le cas avec la RPT. Le canton a dû compenser cette perte de subventions fédérales. Ceci concerne autant les services d'aide et de soins à domicile que les repas à domicile, l'accueil en foyer de jour ou l'accueil temporaire dans les homes.

S'agissant de NOMAD, son premier exercice comptable est celui de l'année 2007, année durant laquelle le transfert des bilans entre cet établissement et les centres de santé s'est effectué. Les subventions octroyées sur une base budgétaire aux différents centres de santé ont été consolidées et représentaient le nouveau budget de NOMAD.

Dans le budget 2008 de NOMAD ont été incluses les subventions à d'autres organismes, tels que la Croix-Rouge pour ses services de garde de malades à domicile, Pro Senectute pour la livraison de repas à domicile et le Mouvement des aînés pour les

activités déployées en faveur des personnes âgées. Cette manière de faire avait comme objectif de favoriser la collaboration entre ces prestataires.

Les perspectives financières sont à mettre en rapport avec le concept de maintien à domicile en cours d'étude. Celui-ci débouchera sur un mandat de prestations conclu entre le Conseil d'Etat et NOMAD qui précisera quelles sont les prestations de maintien à domicile à mettre en œuvre par ce dernier et à quelles conditions.

La volonté de passer à un système de financement par prestation, annoncée en 2003 déjà, pourra dès lors se concrétiser au travers de ce mandat de prestations. Les bases de ce projet sont déjà posées. Un groupe de travail a oeuvré sur le sujet et le modèle de calcul du coût des prestations existe.

8. SERVICES AMBULATOIRES

Le secteur ambulatoire se trouve actuellement en plein développement et se caractérise par de nombreux changements liés à la place de plus en plus importante qu'il prend dans le paysage sanitaire. Le virage du secteur hospitalier vers l'ambulatoire est une tendance affirmée de ces dernières années. Les nouvelles technologies permettent en effet de réaliser des actes médicaux sous forme ambulatoire alors qu'auparavant, ils nécessitaient des séjours hospitaliers.

Le système de santé neuchâtelois offre toute une gamme de services ambulatoires. Ceux-ci sont fournis dans certains cas à domicile, mais plus généralement en cabinet (ou officine), notamment par des médecins, des dentistes et des pharmaciens, mais aussi par toutes les personnes qui travaillent sur prescription médicale (physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières indépendantes notamment) ou en milieu hospitalier, par les policliniques des hôpitaux. Le présent chapitre s'intéressera avant tout aux médecins, policliniques et services d'urgence ainsi qu'aux pharmacies qui sont les principaux acteurs du système de santé à fournir des prestations ambulatoires.

Médecins

La médecine en pratique privée concernait, fin 2008, 365 médecins dont les cabinets, regroupant un à plusieurs professionnels, sont répartis sur tout le territoire cantonal. Les disciplines pratiquées se répartissent ainsi:

Discipline	Nombre	%
Médecine interne et générale	195	53,4
Pédiatrie	30	8,2
Gynécologie-obstétrique	24	6,6
Psychiatrie	57	15,6
Chirurgie	36	9,9
Cardiologie	7	1,9
Gastro-entérologie	5	1,4
Pneumologie	6	1,6
Dermatologie	5	1,4
Total	365	100,0

Le nombre de médecins actifs dans le canton et leur répartition dans les disciplines n'ont guère évolué au cours de la période passée sous revue. La raison principale en est le moratoire sur les admissions qui a perduré pendant cette dernière suite à la décision prise par le Parlement fédéral de prolonger la base légale y relative (voir à ce sujet, chapitre 11.1.5, sous la rubrique "gel des admissions des fournisseurs de prestations ambulatoires"). La question de la démographie médicale sera traitée de manière plus approfondie dans le chapitre 10.2.2..

Policliniques et services d'urgence

Les hôpitaux du canton offrent des prestations ambulatoires dans des policliniques et des services d'urgences s'agissant des sites principaux.

Les policliniques en général prennent en charge pour l'essentiel des patients venant pour des examens (gynécologie, pneumologie, gastro-entérologie, etc.), pour des traitements ambulatoires (douleur, rhumatologie, etc.), pour des consultations avant un séjour hospitalier (préhospitalisation avant une opération) ou pour un suivi spécialisé après un séjour hospitalier ou une urgence (contrôles de fractures, pansements).

Le patient est en général adressé en policlinique par son médecin traitant. Il arrive toutefois fréquemment qu'il s'y rende de sa propre initiative.

Les policliniques régionales des sites de La Béroche, du Locle et du Val-de-Ruz en particulier offrent une gamme de consultations ambulatoires durant des horaires déterminés. Elles prennent en charge les urgences «légères» chirurgicales, telles que fracture non déplacée, traumatisme, entorse et suture, ainsi que médicales. Elles assurent en outre des traitements intraveineux sur ordonnance (administration de produits à base de corticoïdes ou de fer, par exemple). Certains sites proposent des prestations spécifiques, comme des transfusions sanguines (site du Locle) ou des traitements de chimiothérapie (site de La Béroche). Les soins de plaies et les vaccinations contre la grippe (site de La Béroche) sont également proposés. Des interventions programmées, en fonction des spécialistes sur site, sont aussi réalisées (activités d'endoscopie gastro-entérologique sur les sites de La Béroche et du Locle, par exemple).

Comme déjà relevé dans le chapitre 3.1, HNe a proposé, dans son plan d'actions d'octobre 2006 pour répondre aux objectifs d'économie fixés par le Conseil d'Etat, entre autres mesures, la fermeture des policliniques régionales et la concentration de l'activité de policlinique sur les deux sites principaux d'HNe. Il a considéré à cet égard que, même si ces policliniques remplissent une mission de proximité, leur activité est très insuffisante et que les coûts qu'elles occasionnent sont largement supérieurs aux revenus générés. Dans sa déclaration de janvier 2007, le Conseil d'Etat n'a pas suivi HNe sur ce point et a donné mandat au DSAS d'étudier, en collaboration avec HNe et les sociétés médicales locales notamment, la pertinence de la fermeture des policliniques régionales et, le cas échéant, de proposer des mesures pour pallier les éventuelles conséquences de telles décisions. Un rapport à ce sujet sera rendu courant 2009.

Les services d'urgences se caractérisent quant à eux par le fait que les patients qui s'y rendent ne prennent généralement pas rendez-vous, contrairement aux policliniques qui fonctionnent sur le principe d'un cabinet médical. L'afflux de patients dans les services d'urgence est donc très fluctuant en fonction du jour de la semaine et de l'heure, occasionnant d'inévitables pics d'activités.

Les temps d'attente aux services des urgences d'HNe – site de Pourtalès notamment – ont suscité de nombreuses critiques au cours de la présente législature. Ceux-ci ont fait l'objet d'un suivi systématique de la part des instances compétentes de ce site dès décembre 2005, soit immédiatement après la fermeture des Cadolles. Des mesures se sont succédées depuis lors, améliorant la situation au fil des mois: présence d'un-e infirmier-ère de tri à la réception des urgences, qui évalue les cas à leur arrivée selon des critères médicaux et les réévalue en cas d'évolution; engagement de médecins-cadres supplémentaires affectés à la supervision des urgences; renforcement de la présence médicale le week-end; traitement géographique et tri distincts des adultes et des enfants et mise en place d'une filière rapide pour les cas présentant un degré d'urgence faible. A relever que l'Etat a convenu pour 2009 d'indicateurs avec l'HNe pour suivre l'évolution de la situation et lui permettre de demander à ce dernier des mesures correctrices si cela s'avère nécessaire.

Une amélioration de la collaboration avec le réseau de soins, et notamment les médecins en cabinet, pour les situations non urgentes (en semaine et le week-end) devrait contribuer à désengorger les urgences hospitalières et à réduire les temps d'attente, de même qu'un recours plus systématique des patients à leur médecin traitant ou au médecin de garde.

Pharmacies

Le secteur ambulatoire est étoffé par un vaste réseau de pharmacies. En effet, le canton comptait, à fin juin 2008, cinquante-sept pharmacies avec, à la tête de chacune, un voire dans quelques cas deux pharmaciens responsables au bénéfice d'une autorisation de pratique délivrée par le canton. Ces dernières années se sont caractérisées par le développement de chaînes de pharmacies et la diminution, en parallèle, du nombre des officines indépendantes. Pour l'instant, les conséquences de cette évolution pour l'approvisionnement en médicaments de la population neuchâteloise ne sont pas encore clairement dessinées. On peut s'attendre toutefois à une diminution du nombre de points de remise avec une concentration de l'offre dans les milieux urbains et les centres commerciaux.

Les pharmacies publiques et les pharmacies des institutions de santé sont inspectées tous les trois ans. Depuis le 1^{er} janvier 2007, avec l'entrée en vigueur du nouveau règlement cantonal sur les pharmacies (voir chapitre 11.1.2), toutes les pharmacies doivent mettre en place un système de qualité. Les inspections effectuées en 2007 et début 2008 ont montré que la majorité des officines avaient commencé les travaux de mise en place d'un tel système. Quelques pharmacies disposaient déjà d'un système complet d'assurance de qualité, parfois même certifié selon des normes spécifiques.

9. PREVENTION DES MALADIES ET PROMOTION DE LA SANTE

9.1. Politique de prévention et de promotion de la santé

Comme déjà relevé dans l'introduction du présent rapport, la politique sanitaire du canton de Neuchâtel ne saurait se limiter au système de soins, mais comprend également la prévention des maladies et la promotion de la santé.

En effet, une part importante des problèmes de santé que rencontre la population concerne des maladies liées au mode de vie ou à l'environnement. Or, ces maladies sont en bonne partie évitables par l'encouragement de mesures propres à sauvegarder et, si possible, à améliorer la santé des individus en particulier et de la population en général

(promotion de la santé). A tout le moins, leurs conséquences peuvent être limitées par des mesures propres à prévenir l'état de maladie, en particulier par une détection et une prise en charge précoce (prévention des maladies).

La prévention des maladies et la promotion de la santé sont donc des stratégies essentielles dans une politique de santé. Elles visent à limiter le fardeau de la maladie, tant au niveau économique que social.

La prévention des maladies et la promotion de la santé

La prévention est, selon l'OMS, l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents. Elle est orientée sur des problèmes de santé spécifiques (p. ex. cancer du sein).

La promotion de la santé va plus loin. Elle est définie par l'OMS comme étant un processus global qui permet aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer. La promotion de la santé ne relève pas du seul secteur sanitaire, mais concerne tous les secteurs de la société (notamment l'enseignement, l'emploi et l'environnement).

Bases légales cantonales

La sauvegarde et la promotion de la santé figurent dans la Constitution neuchâteloise comme tâches à part entière de l'État. A son article 5, lettre e, elle prévoit en effet que, dans les limites de leurs compétences et en complément de l'initiative et de la responsabilité des autres collectivités et des particuliers, l'Etat et les communes assument les tâches que la loi leur confie, notamment dans ce domaine.

La politique neuchâteloise de prévention et de promotion de la santé est traitée dans le chapitre 4 de la loi de santé dont les dispositions assurent en matière de promotion de la santé et de prévention les mesures nécessaires qui ne découlent pas de l'application d'autres dispositions fédérales ou cantonales. Dans le canton de Neuchâtel, ces mesures ont notamment pour objet l'information et l'éducation à la santé, la protection maternelle et infantile, la surveillance médicale dans les écoles et durant la formation professionnelle, l'hygiène, la médecine et la sécurité du travail, la prévention et le contrôle de l'infection, la lutte contre les maladies transmissibles, la lutte contre les maladies socialement coûteuses, la lutte contre l'alcoolisme et autres toxicomanies et la prévention des accidents.

C'est la tâche du Conseil d'Etat de définir et de mettre en œuvre la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention. Il en exerce la haute surveillance. A cet effet, il consulte la commission de prévention, collabore avec les communes, recourt aux services des organismes existants, soutient les initiatives publiques ou privées dont il reconnaît le bien-fondé et coordonne les actions. L'Etat participe ainsi au financement des actions de promotion de la santé et de prévention.

Ressources à disposition

Le médecin cantonal est responsable, pour le canton de Neuchâtel, des activités de prévention et de promotion de la santé. Le médecin cantonal adjoint et une déléguée à la promotion de la santé, employée au SCSP, s'en occupent toutefois plus spécifiquement sur le plan opérationnel.

Plan directeur de prévention et promotion de la santé

Dans son programme de législature 2002-2005, le Conseil d'Etat a prévu de développer le dispositif permettant de conduire les actions de promotion de la santé et de les coordonner. Parmi les objectifs retenus à ce titre figure notamment la mise en place d'un concept cantonal cohérent, en tenant compte de l'existant. Un point important d'une politique de promotion de la santé consiste en effet dans la conception d'une stratégie explicite, mentionnant les priorités d'action et facilitant la coordination en la matière.

Un document, intitulé «Plan directeur de prévention et de promotion de la santé», est actuellement en cours d'élaboration. Il n'a pas encore été validé politiquement. En l'état actuel de sa conception, il propose des objectifs généraux ainsi qu'un certain nombre de champs d'action prioritaires, avec des objectifs concrets pour guider l'action dans le domaine de la promotion de la santé.

En l'occurrence, les trois objectifs généraux considérés comme éléments essentiels de la politique neuchâteloise de prévention et promotion de la santé sont les suivants:

- développer les activités de prévention et de promotion de la santé;
- favoriser la responsabilité multisectorielle en matière de santé, c'est-à-dire impliquer tous les secteurs de la société dans la promotion de la santé;
- favoriser le développement de partenariats et de collaborations.

Les champs d'action prioritaires pris en compte dans ce cadre sont notamment les suivants:

- adopter des modes de vie plus sains (information à la population)
- améliorer la santé mentale;
- réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme;
- faire reculer les maladies non-transmissibles (par exemple : cancer du sein) et les maladies transmissibles (grippe, infections multirésistantes, VIH);
- favoriser la responsabilité multisectorielle pour la santé.

La concrétisation des ces différents champs d'action passe par un certain nombre de mesures qui, pour certaines, déjà en cours de réalisation

Activités de promotion de la santé et de prévention des maladies

Dans le domaine des modes de vie plus sains par exemple, de nombreuses activités sont organisées qui visent à la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique suffisante. Elles sont regroupées en un programme intitulé "Alimentation & Activité physique" avec un logo unifié. Un accent important a été mis sur l'âge préscolaire, les connaissances actuelles démontrant la pertinence d'intervenir dès le plus jeune âge. Plusieurs projets concrets sont ainsi mis en œuvre dans les structures le souhaitant:

- un premier projet d'éducation nutritionnelle concerne les professionnels des crèches et les parents. Il se déroule sous forme de soirées interactives avec une diététicienne (*Enfant, fruits et légumes*). Ce projet est également l'occasion pour la crèche de faire un bilan plus en profondeur sur ses habitudes en termes d'alimentation;
- le projet *Fourchette Verte* est à disposition de toutes les structures de restauration collective y compris les restaurants privés. Il s'agit d'un label de qualité défini sur plusieurs critères, dont l'équilibre du repas, l'offre de boissons sans alcool et la qualité de l'environnement (tabagisme passif, hygiène). Les structures labellisées bénéficient

d'un appui professionnel gratuit par une diététicienne. *Fourchette Verte junior* et des *tout petits* sont les déclinaisons de label spécifiques à la petite enfance;

- *Youp'la bouge* est un projet de la promotion de l'activité physique chez les enfants. Il agit en renforçant la formation des éducatrices dans ce domaine et en soutenant financièrement les crèches dans l'adaptation concrète de leur structure (création d'un coin mouvement par exemple);
- le projet *A pied c'est mieux* fait également partie du programme Alimentation & Activité physique. Il s'agit d'un vaste programme de sensibilisation à l'importance de l'activité physique, notamment en axant sur le chemin de l'école. Ce projet soutient la création de pédibus, l'organisation d'activités d'information dans les écoles voire la prise de mesures urbanistiques favorisant les trajets à pied en toute sécurité.

En matière de santé mentale, un premier bilan chiffré de la situation neuchâteloise a été complété par une enquête menée en 2008 auprès des personnes ressources en la matière (professionnels, structures associatives, éducateurs, etc.) afin d'avoir une vision satisfaisante de la situation cantonale. Les travaux se poursuivront courant 2009 en vue de la conception d'un programme spécifique de promotion de la santé mentale, dont la mise en œuvre concrète pourrait débuter en 2010.

De très nombreuses activités en prévention des addictions sont également organisées, notamment par la Fondation addictions et Vivre sans fumer. On peut citer un projet de prévention des accidents de la route liés à l'alcool (projet *Be my angel*), rencontrant un grand succès, qui promeut l'idée du "conducteur désigné" au cours de soirées (parmi un groupe, un conducteur est désigné qui s'engage à ne pas consommer d'alcool et à raccompagner en voiture les autres membres du groupe). Ce projet rencontre un grand succès.

Coordination

Une des tâches essentielles du DSAS en matière de prévention et de promotion de la santé est d'assurer la coordination des actions menées dans ces domaines en vue de garantir une utilisation efficiente des ressources. Pour l'assister dans cette tâche, il peut compter sur l'aide de trois commissions:

- commission cantonale de prévention et de promotion de la santé;
- commission cantonale de médecine scolaire;
- commission intercantonale de prévention et de promotion de la santé.

9.2. Vaccinations

La vaccination reste une des mesures de prévention les plus efficaces. Sa promotion trouve sa base légale dans la loi fédérale de lutte contre les épidémies et fait partie des attributions du médecin cantonal.

Les recommandations pour la vaccination émanent de la commission fédérale des vaccins. Cette commission met à jour annuellement le plan de vaccination et il appartient au médecin cantonal de promouvoir son application auprès des médecins praticiens.

Il faut relever en préambule que seul le vaccin contre la diphtérie est obligatoire dans le canton de Neuchâtel. Cette obligation concerne tous ceux qui entrent à l'école obligatoire.

Le canton de Neuchâtel participe aux enquêtes nationales sur la couverture vaccinale qui sont menées sous l'égide de la Confédération. Les récoltes de données effectuées dans ce cadre se déroulent tous les trois ans et l'analyse des résultats est coordonnée pour l'ensemble de la Suisse par l'Institut de médecine sociale et préventive de Zürich. La première enquête s'est déroulée en 2001 et la seconde en 2005. En comparant les deux enquêtes, il apparaît que tous les taux de couverture vaccinale se sont améliorés entre 2001 et 2005 dans le canton de Neuchâtel et ceci pour toutes les catégories d'âge. Il ressort également de l'enquête nationale effectuée en 2005 que le taux de couverture vaccinale dans le canton de Neuchâtel est le meilleur sur le plan suisse, sauf pour la coqueluche et l'hépatite B chez les jeunes. En comparaison internationale, la Suisse n'est toutefois pas très bien placée. Si, pour la poliomyélite, la diphtérie et le tétanos, les taux sont à peu près identiques à la moyenne des pays de l'OCDE, le taux de couverture vaccinale pour la rougeole est nettement insuffisant.

La vaccination dans le canton de Neuchâtel est réalisée par les médecins de premier recours (pédiatres, généralistes). Le médecin scolaire vérifie les carnets de vaccination des élèves trois fois au cours de la scolarité. Il fait des recommandations aux parents, comme celle d'envoyer leurs enfants chez leur médecin de famille pour réaliser les vaccins nécessaires dont ils n'ont pas encore fait l'objet.

Si, comme cela a été mentionné plus haut, le travail effectué ces dernières années par les autorités sanitaires pour promouvoir la vaccination dans le canton déploie des effets, il n'en demeure pas moins que des efforts doivent encore être fournis dans ce domaine, notamment pour améliorer la couverture vaccinale de toute la population contre la rougeole et les oreillons, ce dans le but d'éviter des épidémies. Un rattrapage pour la coqueluche devrait aussi faire l'objet d'une attention particulière pour les jeunes adolescents insuffisamment immunisés.

Un nouveau vaccin contre le Herpès Papilloma Virus (HPV), vaccin qui protège les jeunes filles avant l'âge d'activité sexuelle contre le cancer du col de l'utérus, est disponible depuis avril 2007. En juin 2007, la Commission fédérale pour les vaccinations et l'OFSP ont recommandé la vaccination des filles de 11 à 14 ans et, pendant cinq ans à titre de rattrapage, des jeunes femmes de 15 à 19 ans. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), a décidé, au mois de novembre 2007, la prise en charge, dès le 1er janvier 2008, de cette vaccination par l'assurance-maladie obligatoire, sans franchise, pour autant que soit mis sur pied un programme cantonal de vaccination.

Le Conseil d'Etat s'est rapidement attaché à la concrétisation d'un tel programme de vaccination sur son territoire. A relever qu'une telle opération constitue une première. En effet, pour toutes les autres maladies, la vaccination se pratique à titre individuel chez son médecin de famille. Dans beaucoup de cantons, dont celui de Neuchâtel, l'infrastructure et la logistique pour réaliser un tel programme de vaccination collective n'existaient pas. De nombreuses séances de travail avec les différents partenaires (HNe, médecins scolaires, médecins en pratique privée (pédiatres, généralistes et gynécologues), services de planning familial) ont ainsi été ainsi nécessaires pour permettre la mise en place d'un programme cantonal correspondant aux objectifs fixés par la Confédération et répondant aux exigences imparties par SantéSuisse. Ces travaux ont abouti à fin mai 2008. Les vaccinations fournies dans le cadre de ce programme, par les partenaires mentionnés plus haut, ont débuté à la rentrée scolaire 2008-2009. La priorité est de vacciner les jeunes filles proches de l'âge d'activité sexuelle (15 à 19 ans) et ensuite d'assurer la vaccination des autres jeunes filles (11 à 14 ans) auxquelles s'adresse le programme notamment grâce à l'appui des activités de médecine scolaire. En raison de ce qui précède, les besoins de vaccination en 2008 porteront sur environ 9000 jeunes filles (en raison du rattrapage pour les jeunes filles de 15 à 19 ans), puis, chaque année suivante, ce seront 1000 nouvelles jeunes filles qui devront être vaccinées.

Pour terminer ce chapitre, il convient encore de relever que le canton de Neuchâtel mène chaque automne une campagne de sensibilisation et de vaccination pour le vaccin contre la grippe auprès des publics-cibles les plus sensibles (personnes âgées ou souffrant de troubles cardio-vasculaires notamment).

9.3. Dépistage systématique du cancer du sein par mammographie

La législation sur l'assurance-maladie prévoit que l'assurance obligatoire des soins prend en charge, hors franchise, les coûts des mammographies de dépistage du cancer du sein effectuées auprès des femmes de 50 à 70 ans, à raison d'une fois tous les deux ans, pour autant qu'elles le soient dans le cadre d'un programme systématique et organisé de dépistage.

En décembre 2004, le Conseil d'Etat a soumis un rapport au Grand Conseil portant sur un crédit de 1.4 millions de francs destiné précisément à permettre la mise en place d'un tel programme sur cinq ans dans le canton de Neuchâtel. Il s'agissait par-là de concrétiser un objectif que le gouvernement s'était fixé au cours de la législature 2002-2005 et qui allait dans le sens de ce qui se faisait dans les autres cantons romands.

En août 2005 cependant, le Conseil d'Etat a retiré le rapport en question de la liste des objets soumis à l'ordre du jour du Grand Conseil en raison des difficultés financières très importantes que connaissait l'Etat à l'époque.

Suite à ce retrait et en raison de l'émotion que cette décision a suscité dans la population, la Banque cantonale neuchâteloise a décidé de faire un don exceptionnel correspondant au montant du crédit demandé dans le rapport précité pour garantir le démarrage du programme de dépistage dans le canton. Ce geste a permis de débloquer le dossier. Le DSAS a été chargé par le Conseil d'Etat de la mise sur pied de ce programme de dépistage du cancer du sein dans le canton. Avec la Ligue cantonale neuchâteloise contre le cancer, le DSAS s'est rapidement approché des responsables du programme jurassien de dépistage afin d'examiner comment le canton de Neuchâtel pouvait s'intégrer dans la structure mise sur pied dans le canton du Jura, le principe d'une collaboration étant déjà acquis.

Les discussions menées à ce sujet ont conduit, avec l'accord des gouvernements des deux cantons concernés, à la création, au mois de juillet 2006, d'un "Centre de dépistage du cancer du sein Jura-Neuchâtel", sis à Delémont et constitué sous la forme juridique d'une association. Son but statutaire est de promouvoir, organiser, gérer et mener à bien les actions de dépistage de cancer du sein dans les deux cantons. Ceux-ci en sont les membres et ils sont représentés à l'Assemblée générale par leur chef de département de la santé .

Après une phase de mise en place de quelques mois, le programme de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie est devenu opérationnel dans le canton au mois de mai 2007. C'est à ce moment, en effet, qu'ont commencé à être effectuées les premières mammographies de dépistage pour les femmes âgées de 50 à 70 ans. Ce programme a rencontré dès le début un franc succès, le taux de participation s'étant rapidement révélé élevé en comparaison intercantonale. Ce sont actuellement environ quelques 170 femmes qui font l'objet chaque semaine d'une mammographie de dépistage, à raison de quarante-cinq semaines environ par année. Pour expliquer ce succès, il faut relever la très bonne collaboration entre les autorités du Centre de dépistage avec les prestataires de soins du canton (médecins en cabinet et instituts de radiologie) ainsi que l'efficacité des campagnes d'information et de sensibilisation menées par le Centre de dépistage et ses représentants neuchâtelois auprès de la population du canton. Au terme de la première période de deux ans, ce sont plus de 21.000 neuchâteloises qui ont été invitées à participer au programme. Il convient encore

de relever que les mammographies sont totalement gratuites pour les femmes concernées, la quote-part de 10%, normalement à charge de tout assuré, étant financée par la Ligue neuchâteloise contre le cancer par ses fonds propres.

Le 21 novembre 2007, le DFI a décidé de prolonger de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2009, la réglementation fédérale selon laquelle la mammographie de dépistage peut être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Cette réglementation courrait en effet jusqu'au 31 décembre 2007 et il appartenait à cette autorité de la proroger ou non. Sur cette base, le Centre de dépistage a pu décider d'une prolongation de son activité au-delà de cette date.

Dans le même temps, le canton de Berne a manifesté sa volonté de mettre en place un programme de dépistage du cancer du sein pilote pour les femmes du Jura bernois âgées de 50 à 70 ans et s'est approché des autorités du Centre de dépistage Jura-Neuchâtel pour examiner si une collaboration était envisageable, demande qui a été accueillie très favorablement. L'association «Centre de dépistage du cancer du sein Jura-Neuchâtel» a ainsi décidé, au mois d'avril 2008, de modifier ses statuts afin d'intégrer le canton de Berne. A cette occasion, celle-ci a été rebaptisée «Centre de dépistage du cancer du sein BEJUNE». Elle est présidée par le chef du DSAS.

9.4. Protection contre le tabagisme passif

Dans sa politique de promotion de la santé, le Conseil d'État intègre aussi la protection de la population contre le tabagisme passif.

Cette thématique a fait l'objet d'une initiative populaire intitulée "Fumée passive et santé" ainsi que de trois motions durant la période couverte par le présent rapport (motions 04.178, 05.157 et 05.158). Ces textes demandent notamment l'instauration d'une interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public.

Dans ce contexte, le Conseil d'Etat a tout d'abord adopté, le 25 juin 2007, un règlement rendant toute l'administration cantonale sans fumée depuis le 1er octobre de la même année, concrétisant ainsi sa volonté de prendre rapidement les mesures relevant de son champ de compétence en matière de lutte contre la fumée passive. Plusieurs communes ont pris des dispositions similaires au canton. Il en va de même de nombreuses entreprises et établissements de soins ainsi que d'une majorité des écoles.

Puis, sur le plan législatif, le Conseil d'Etat a soumis au Grand Conseil, lors de la session de novembre 2008, un projet de révision de la loi de santé qui visait à répondre à l'initiative populaire cantonale "Fumée passive et santé", ainsi qu'aux trois motions auxquelles il est fait référence plus haut et qui demandent toutes la même chose, soit l'instauration d'une interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public. En l'occurrence, ce projet proposait au Grand Conseil d'accepter l'initiative populaire précitée et donc l'interdiction en résultant, mais d'assouplir cette dernière en intégrant la possibilité de créer des fumeurs sans service et ventilés dans les établissements publics. Le projet a été adopté à une forte majorité par le législatif. Il convient de relever que peu auparavant, le Parlement fédéral était enfin parvenu à trouver une solution législative à cette problématique, après plusieurs années de délibérations. La loi fédérale autorisant les cantons à se montrer plus restrictifs que ce qu'elle prévoit, le projet de loi préparé par le Conseil d'Etat et soumis au Grand Conseil s'est révélé compatible.

9.5. Préparation à la pandémie

La période concernée par le présent rapport a été marquée par l'apparition d'oiseaux infectés par la grippe aviaire sur notre continent au travers de la migration d'automne. Le

problème de la grippe aviaire relève avant tout de la compétence de la médecine vétérinaire. Il n'en demeure pas moins que la possible transmission de ce virus à l'homme et les conséquences pouvant en résulter en font un problème plus général de santé publique auquel tout système de santé dans le monde doit se préparer.

Une pandémie de grippe reste un événement exceptionnel qui ne survient que deux à trois fois par siècle. Cela étant, lorsqu'une telle situation se produit, tout un pays, voire un continent entier, peut se trouver confronté à la résolution d'une crise qui est assimilable à une situation de catastrophe.

Il faut toutefois relever que, contrairement à ce qui était le cas pour les précédentes pandémies de grippe, les moyens à disposition au 21^{ème} siècle doivent permettre de ralentir la propagation du virus de la grippe pandémique et d'abaisser la mortalité. Parmi ces moyens, il faut citer les masques à filtre, le vaccin pré-pandémique que la Confédération suisse a acquis en 2006, les médicaments antiviraux tels que le Tamiflu®, mais aussi les nouvelles infrastructures médicales de plus en plus sophistiquées, telles que les soins intensifs où il est possible de ventiler mécaniquement des patients en détresse respiratoire. L'utilisation de ces produits doit cependant être définie avec précision. C'est la raison pour laquelle un important travail de préparation doit se faire avant que la crise ne survienne. Le principal défi en la matière est celui de la gestion rationnelle des ressources à disposition.

En 2003, l'OMS a déclaré la phase 3 d'une éventuelle pandémie de grippe. La peste du poulet sévissait en effet depuis plusieurs années dans le monde et le virus responsable, le H5N1, a été transmis à l'homme pour lequel il se révèle être hautement pathogène. Or l'adaptation de ce virus à l'homme au travers d'une mutation pourrait être le départ d'une nouvelle pandémie de grippe humaine.

En automne 2005, la migration des oiseaux infectés par le virus H5N1 faisait craindre la résurgence proche d'une pandémie de grippe humaine. L'OFSP a invité tous les cantons à préparer un plan cantonal de crise.

Le 26 octobre 2005, le Conseil d'Etat a mis sur pied un état-major de crise présidé par le chef du service de la sécurité civile et militaire et réunissant des représentants des principaux services de l'Etat concernés par la problématique. Son mandat, limité dans le temps, consistait à mettre en place un concept opérationnel permettant de faire face à l'apparition de la grippe aviaire dans le canton. Un plan pandémie pour la phase 3 OMS a été élaboré en parallèle par les autorités sanitaires cantonales. Ce document, approuvé par le Conseil d'Etat le 22 mars 2006, décrit toutes les procédures et mesures destinées à garantir la prise en charge médicale et le transport sanitaire d'une personne suspectée d'être infectée par le virus H5N1 dans le canton. Il traite, par ailleurs, des mesures de protection pour le personnel soignant, ainsi que des modalités de transport du matériel biologique.

Le 20 février 2006, le Conseil d'Etat neuchâtelois a décidé de prolonger le mandat initial de l'état-major de crise. Il a demandé dans le même temps au DSAS d'élaborer un concept opérationnel pour la prise en charge sanitaire de la population en phase 6 OMS de la pandémie, dont la réalisation incombait principalement au médecin cantonal et au pharmacien cantonal.

Différents groupes de travail thématiques intéressant les structures de soins stationnaires et ambulatoires (hôpitaux, homes, soins à domicile, réseaux de médecins en pratique libérale) ont été mis sur pied. Chaque groupe de travail a reçu pour mandat de mettre en place un plan de crise spécifique pour la structure de soins dont il avait la charge. Ces plans sectoriels devaient prendre en considération la bonne gestion de l'utilisation des ressources rares, en particulier le personnel soignant qui sera aussi affecté par le virus

de la pandémie (absentéisme important à prévoir) et le stock de matériel de protection nécessaire (masques et désinfectants).

L'approvisionnement des antiviraux, leur conditionnement complexe et leur distribution contrôlée à titre prophylactique dans les différentes unités des soins dans les cantons ont été conceptualisés par les autorités fédérales, en collaboration avec les pharmaciens cantonaux. Ces travaux ne sont pas terminés en raison des incertitudes quant à la forme pharmaceutique qui sera mise à disposition des cantons par la pharmacie de l'Armée (solution prête à l'emploi ou comprimés).

Un concept pour la vaccination collective avec le vaccin pré-pandémique a été mis en place par un groupe de travail présidé par l'OFSP. Cette vaccination de masse ne sera proposée à toute la population âgée de plus de 18 ans que si la phase 4 de la pandémie est déclarée par l'OMS. Les nombreuses questions autour du conditionnement, du transport et du stockage de ce vaccin ont été discutées dans ce cadre. Un concept opérationnel à l'échelle du canton a été mis en place avec l'aide de la protection civile et du service informatique de l'entité neuchâteloise (SIEN).

En mars 2007, tous les thèmes discutés dans les différents groupes de travail cantonaux ont fait l'objet d'une synthèse dans un document intitulé «*Cadre opérationnel pour le plan d'une pandémie de grippe HxNy pour le secteur des soins médicaux en phase 5/6 selon l'OMS*». Ce document peut être assimilé au plan cantonal exigé par l'OFSP. Il fait un état de la situation et des ressources disponibles. Il met aussi en évidence les problèmes non résolus et les lacunes à combler. Ce document a été présenté par l'état-major de crise au Conseil d'Etat in corpore en décembre 2007. Suite à cette présentation, et conformément à une demande faite par cet état-major, le Conseil d'Etat s'est prononcé favorablement pour l'engagement d'un expert chargé de la mise en œuvre, sur le plan opérationnel, des différents concepts nécessaires à la gestion d'une telle crise.

Le dispositif neuchâtelois en cas de pandémie qui a été conçu consiste en une extension du système de soins existant. Il s'appuie principalement sur six «pandicentres», services pouvant réaliser la vaccination et les soins aux personnes atteintes par la grippe pandémique. Cette organisation vise à préserver le fonctionnement des hôpitaux et des services de soins en cas de crise.

Un exercice de vaccination d'envergure qui a mis à contribution tous les acteurs susceptibles d'intervenir en cas de catastrophe sanitaire majeure (secteur des soins, protection civile, service de la sécurité civile et militaire et communication), que cela relève de la pandémie de grippe ou d'un autre incident potentiel (p.ex. épidémie majeure ou attaque bactériologique à l'anthrax), a eu lieu au mois de novembre 2008 à Couvet. Son but était notamment de mesurer la capacité à gérer les flux dans un site en fonction des éléments planifiés et de tester le programme informatique de convocation et de gestion des consultations. Dans ce cadre, ce sont 200 volontaires issus de l'administration cantonale qui se sont fait vacciner durant une demi-journée contre la grippe saisonnière. Après cet exercice, un rapport sera remis au Conseil d'Etat.

Les récentes épidémies vécues par le canton (listériose en 2005 et rougeole en 2008), qui sont restées néanmoins mineures face à l'éventualité d'une pandémie, ont permis au canton de prendre conscience qu'il était plutôt démuni pour faire face à de telles situations. La volonté du Conseil d'Etat de réfléchir à une coordination entre les secteurs impliqués, à une meilleure organisation et à la mise en place de procédures ainsi que de concepts opérationnels valant pour toutes sortes de situations de crise, est née de ces expériences.

10. RESSOURCES

10.1. Ressources financières

10.1.1. Désenchevêtrement des tâches (CODETA)

En juillet 2004, le Grand Conseil a accepté le deuxième volet du désenchevêtrement des tâches entre l'Etat et les communes qui entraînait notamment le transfert à l'Etat des responsabilités financières dans le domaine de la santé. Ce transfert de responsabilités s'est accompagné d'un transfert parallèle de ressources. Chaque contribuable neuchâtelois a ainsi vu son taux de l'impôt cantonal augmenter et son taux de l'impôt communal baisser dans une même proportion.

Avant désenchevêtrement

Avant le désenchevêtrement, les communes étaient appelées à participer aux coûts de santé à hauteur de 40%, alors que le canton assumait les 60% restant. Or, ce partage de financement dans le secteur de la santé ne s'accompagnait pas d'un partage du pouvoir, l'Etat ayant seul la capacité de définir les conditions d'octroi des subventions aux institutions de soins et reportant sur les communes la part qui leur revenait, ceci au prorata du nombre d'habitants. Ce modèle couvrait le domaine des hôpitaux, des homes pour personnes âgées et de la plupart des autres institutions de santé subventionnées à l'exception du secteur de l'aide et des soins à domicile. Ce dernier faisait exception puisque les communes étaient appelées à octroyer directement leur part aux centres de santé auxquels elles étaient rattachées.

Après désenchevêtrement

Dès l'exercice 2005, et suite au désenchevêtrement des tâches décidé par le Grand Conseil, le canton a pris en charge l'entier des subventions aux institutions de santé déchargeant ainsi d'autant les comptes communaux. A noter que, s'agissant de l'exercice 2005, les subsides en question couvraient les dépenses réalisées en 2004 par les institutions concernées en raison de l'application du principe de caisse dans la comptabilité de l'Etat (année de décalage due à l'application du principe de caisse).

10.1.2. Introduction du principe d'échéance

Un autre grand changement en matière d'attribution des ressources aux institutions de santé, c'est l'introduction du principe d'échéance dans les comptes de l'Etat dès l'année 2006 en lieu et place du principe de caisse. Cette modification des principes comptables a eu pour conséquence de charger un exercice, celui de l'année 2006, avec deux subventions annuelles aux institutions de santé.

10.1.3. Nouvelle péréquation financière (RPT)

Lors de sa session de novembre 2007, le Grand Conseil a approuvé un rapport que le Conseil d'Etat lui avait adressé le 4 juillet 2007 à l'appui d'un projet de loi d'introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LCPC).

Ce rapport avait pour but l'adaptation des dispositions légales cantonales en matière de PC/AVS/AI (PC) à la RPT. La réforme dans ce secteur prévoyait le désenchevêtrement

partiel des tâches entre la Confédération et les cantons et nécessitait la refonte globale des dispositions légales fédérales en la matière. L'Assemblée fédérale a ainsi adopté, en date du 6 octobre 2006, la nouvelle loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), dont l'entrée en vigueur est intervenue le 1^{er} janvier 2008.

Parmi les principales innovations apportées par la nouvelle LPC, il y a le déplafonnement des PC, autrement dit l'abrogation du plafond des prestations complémentaires à l'AVS/AI qui avait cours jusque-là. En effet, la législation PC en vigueur jusqu'à fin 2007 fixait un montant maximum (plafond) de la prestation complémentaire pour les personnes vivant durablement dans un home à 175% du montant destiné à la couverture des besoins vitaux, montant qui était en 2007 de 31.740 francs par année pour une personne seule.

Par la suppression du montant plafond de la PC à compter du 1^{er} janvier 2008, la part de financement du prix de pension non couvert, qui était assumée jusque-là par le SCSP dans le cadre de son budget LESPAS, est désormais prise en charge par la CCNC dans le cadre de la nouvelle LPC, en plus de la part qu'elle couvrait déjà.

Pour éviter une majoration sans limite des prix de pension entrant dans les calculs des PC/AVS/AI, en lien avec le déplafonnement des PC, la LCPC prescrit que le canton doit faire usage de la compétence que lui donne la nouvelle LPC pour fixer les taxes journalières, soit les limites maximales des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home et le montant qui est laissé à la disposition des pensionnaires pour leurs dépenses personnelles. Le Conseil d'Etat a fixé ces valeurs par voie d'arrêté pour les années 2008 et 2009 (voir à cet égard chapitre 6.3.).

10.1.4. Plan financier 2006 à 2009 du Conseil d'Etat

Sur le plan financier, le début de la législature 2006-2009 a été fortement marqué par deux éléments d'importance. D'une part, la situation financière particulièrement difficile dans laquelle se trouvait l'Etat et, d'autre part, l'introduction des "mécanismes du frein aux dépenses" acceptés par la population le 5 juin 2005, qui rendaient extrêmement étroites les marges de manœuvre du gouvernement et du parlement.

S'agissant plus spécifiquement du domaine de la santé, le plan financier sur quatre ans prévoyait de fortes réductions dans tous les secteurs, sauf dans celui de l'aide et des soins à domicile. Les plus fortes baisses étaient prévues dans les subventions aux hôpitaux de soins physiques et autres institutions parahospitalières (-25 millions de francs), les EMS (-1,7 millions de francs) et les cliniques psychiatriques (-1,5 millions de francs). En contrepartie, le secteur considéré comme prioritaire de l'aide et des soins à domicile devait bénéficier d'une augmentation de l'ordre de 1,3 millions de francs.

Hôpitaux de soins physiques

S'agissant des hôpitaux de soins physiques, le plan financier du Conseil d'Etat, qui prévoyait une diminution de la subvention de l'Etat de près de 20 millions de francs au terme de la présente législature, s'est révélé particulièrement ambitieux en raison non seulement de la hauteur de l'effort demandé, mais également aussi du calendrier imparti. En effet, la réduction particulièrement massive sur les subventions 2007 de l'Etat concernait l'exercice 2006 des institutions en raison du principe de caisse qui prévalait alors.

De plus, l'année 2005 a vu l'acceptation par le peuple de la LEHM et la création d'HNe. Il s'agissait donc, pour une institution dont les organes dirigeants n'étaient pas encore en fonction, non seulement de relever le défi de la réunification des sept hôpitaux concernés, mais en plus de réaliser immédiatement des économies massives.

Le défi n'étant tout simplement pas réalisable, des mesures d'accompagnement ont été rendues nécessaires pour permettre à HNe de se conformer au plan financier du Conseil d'Etat. Ces mesures ont consisté notamment à surseoir à toute ou partie des amortissements durant les premiers exercices.

Cliniques psychiatriques

Les institutions psychiatriques n'ont pas échappé aux efforts d'économies demandés par le Conseil d'Etat, mais celui-ci a jugé que l'efficacité de ces institutions était plutôt bonne en comparaison intercantonale. C'est la raison pour laquelle l'effort qui leur a été demandé était proportionnellement moins élevé que dans le domaine somatique. Des mesures d'accompagnement n'ont pas été nécessaires dans ce secteur. Le plan financier du Conseil d'Etat a été respecté.

Homes et homes médicalisés

Durant la plus grande partie de la présente législature (avant l'introduction de la RPT), le financement des EMS était constitué de subventions directes à un certain nombre d'institutions publiques reconnues au sens de la LESPA (subventions destinées à couvrir les déficits des homes LESPA) et d'aides aux personnes âgées (prix de pensions réduits) dans les homes publics (LESPA) et privés.

Le plan financier du Conseil d'Etat prévoyait une réduction conséquente des subventions dans ce secteur. S'agissant des homes reconnus d'utilité publique, elle a été réalisée principalement par une réduction des subventions directes et un gel des prix de pension. Pour les homes privés, la couverture du déficit n'existant pas, ce sont les subsides spéciaux LESPA qui ont été revus à la baisse afin d'atteindre l'objectif financier imparti par l'Etat (voir à cet égard chapitre 10.1.4). Le plan financier du Conseil d'Etat a été respecté.

Aide et soins à domicile

Pour le Conseil d'Etat, le développement de l'aide et des soins à domicile fait partie des priorités, raison pour laquelle il a prévu d'augmenter les moyens financiers mis à disposition de ce secteur au terme de la présente législature. S'agissant toutefois du premier exercice concerné par le plan financier, une baisse de subventions a été appliquée.

A relever que, dans le plan financier du Conseil d'Etat, le CPSN, bien que relevant du domaine des institutions psychiatriques, a été assimilé au secteur de l'aide et des soins à domicile de par son champ d'activité dans le secteur ambulatoire.

Autres institutions

S'agissant des autres institutions subventionnées (ligues de santé, centres d'information, associations actives dans la prévention, associations de bénévoles, centres de consultations grossesse, de puériculture et d'ergothérapie, ANAAP, etc.), les baisses de subventions prévues dans le plan financier du Conseil d'Etat ont été réalisées.

10.1.5. Evolution des charges et recettes des institutions subventionnées

Bien que le présent rapport ne soit pas un rapport de gestion financière, il a néanmoins paru utile de terminer le chapitre "Ressources financières" par un bref aperçu des données les plus pertinentes concernant les charges et recettes (en francs) de chacun des principaux secteurs de soins subventionnés du canton pour les années 2004 à 2007. Elles se basent sur les comptes des institutions concernées. Les tableaux ci-dessous synthétisent ces données et montrent leur évolution globale.

Hôpitaux de soins physiques

	Comptes			
	2004	2005	2006	2007
Charges salariales nettes	186.048.270.—	183.914.954.—	179.603.345.—	184.465.238.—
Autres charges d'exploitation	68.878.502.—	66.019.070.—	63.943.466.—	64.008.194.—
<i>Charges nettes hors invest.</i>	<i>254.926.772.—</i>	<i>249.637.000.—</i>	<i>243.546.811.—</i>	<i>248.473.432.—</i>
<i>Charges invest.</i>	<i>17.879.442.—</i>	<i>19.463.499.—</i>	<i>25.794.455.—</i>	<i>23.449.995.—</i>
Prestations Providence	18.687.463.—	19.272.274.—	17.140.000.—	17.949.000.—
<i>Charges hors exploitation</i>	<i>1.687.463.—</i>	<i>19.272.274.—</i>	<i>17.140.000.—</i>	<i>17.949.000.—</i>
Charges nettes totales	291.493.678.—	288.372.773.—	286.481.266.—	289.872.426.—
Recettes d'exploitation	132.172.545.—	124.136.000.—	126.341.525.—	117.728.078.—
Subvention de l'Etat	159.321.133.—	164.236.773.—	163.000.000.—	168.646.125.—
Recettes totales	291.493.678.—	288.372.773.—	289.341.525.—	286.374.203.—
Résultat	0	0	2.860.259.—	-3.498.223.—
<i>% charges salariales / charges totales</i>	<i>68,20%</i>	<i>68,34%</i>	<i>66,68%</i>	<i>67,84%</i>
<i>Evolution des charges</i>	<i>100</i>	<i>98,9</i>	<i>98,3</i>	<i>99,4</i>

Note: les chiffres présentés ci-dessus font référence aux prises en charge effectuées dans les institutions subventionnées du canton.

Le tableau présenté ci-dessus démontre l'important effort qui a été consenti dans la maîtrise des charges par le secteur hospitalier somatique ces dernières années, notamment pour les charges nettes hors investissements qui sont les plus parlantes car indépendantes par exemple de la construction du NHP et de son impact sur les charges d'investissements. La création d'HNe a notamment permis d'infléchir fortement l'augmentation des charges salariales (en lien notamment avec la mise en place de la CCT Santé 21) qui caractérisait les années antérieures à sa mise en place par les effets de la réorganisation transversale et de la recherche constante de synergies, et ce malgré les adaptations salariales. Peu, voire aucun autre hôpital en Suisse ne peut se targuer d'avoir connu une diminution des charges d'exploitation comme celle des hôpitaux neuchâtelois sur la période considérée.

L'introduction du financement par pathologie a rendu les comparaisons intercantionales plus aisées. Malgré la baisse des charges, les hôpitaux neuchâtelois restent parmi les plus chers des hôpitaux non universitaires facturant par APDRG. Une pénalité importante

leur a été appliquée par les assureurs lors des négociations tarifaires. La baisse de tarifs en résultant explique en grande partie la diminution importante de recettes en 2007.

Hôpitaux psychiatriques

	Comptes			
	2004	2005	2006	2007
Charges salariales nettes	39.092.913.—	38.327.596.—	37.909.226.—	38.109.849.—
Autres charges d'exploitation	6.059.043.—	5.884.879.—	6.020.084.—	6.722.521.—
<i>Charges nettes hors invest.</i>	<i>45.151.956.—</i>	<i>44.212.475.—</i>	<i>43.929.309.—</i>	<i>44.832.370.—</i>
<i>Charges invest.</i>	<i>3.938.439.—</i>	<i>3.857.984.—</i>	<i>3.824.880.—</i>	<i>3.594.154.—</i>
Charges nettes totales	49.090.395.—	48.070.460.—	47.754.189.—	48.426.524.—
Recettes d'exploitation	19.925.548.—	18.489.658.—	18.672.996.—	18.807.514.—
Subvention de l'Etat	29.164.847.—	29.580.801.—	29.056.159.—	29.732.300.—
Recettes totales	49.090.395.—	48.070.460.—	47.729.155.—	48.539.814.—
Résultat	0	0	-25.034.—	113.291.—
<i>% charges salariales / charges totales</i>	<i>79,63%</i>	<i>79,73%</i>	<i>79,38%</i>	<i>78,70%</i>
<i>évolution des charges</i>	<i>100</i>	<i>97,9</i>	<i>97,3</i>	<i>98,6</i>

Note: les chiffres présentés ci-dessus font référence aux prises en charge effectuées dans les institutions subventionnées du canton (Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, Maison de santé de Préfargier, Clinique La Rochelle).

Le tableau ci-devant démontre que les institutions psychiatriques, comme celles du secteur somatique, ont parfaitement réussi à maîtriser leurs charges salariales malgré l'impact de la CCT Santé 21 sur les salaires. Le passage progressif vers l'ambulatoire peut également être une explication de cette bonne gestion. On peut légitimement espérer, comme ce fut le cas avec la création d'HNe, que la mise en place du CNP permettra de contenir l'augmentation des charges dans ce secteur.

Les recettes sont restées quant à elles relativement stables.

Etablissements pour personnes âgées LESPA

Le subventionnement des homes et homes médicalisés publics par l'Etat, dans le cadre de la LESPA, s'est opéré pendant la période passée sous revue de deux manières:

- d'une part, sous la forme d'aides financières directes aux institutions publiques (subventions destinées à couvrir les déficits des homes LESPA);
- d'autre part, jusqu'à la fin 2007, sous la forme d'aides aux personnes âgées en institutions publiques ou privées dont les ressources ne sont pas suffisantes pour couvrir leurs frais de séjour (prix de pensions réduits).

Comme le montreront les tableaux ci-après, la plus grosse partie de l'aide financière de l'Etat aux institutions publiques est destinée au secteur médico-social de la Maison de santé de Préfargier, aux foyers de jour et au Home Le Temps Présent (unité d'accueil temporaire) à La Chaux-de-Fonds, compte tenu de leur mission et de leur clientèle particulières. C'est la raison pour laquelle ces établissements sont traités à part.

Ce premier tableau comprend une synthèse de l'évolution globale des charges des homes publics LESPA et des subventions versées par l'Etat à ces derniers. Sont exceptés les pavillons psychiatriques LESPA de la Maison de santé de Préfargier, les foyers de jours et le Home d'accueil temporaire Le Temps Présent, compte tenu de leurs missions spécifiques.

Homes et homes médicalisés LESPA

	Comptes			
	2004	2005	2006	2007
Total des charges d'exploitation	106.029.043.—	107.477.498.—	107.866.568.—	108.316.832.—
Subventions LESPA	737.556.—	326.347.—	757.911.—	489.327.—
Evolution des charges	100	101,4	101,7	102,2
% subventions / charges totales	0,7%	0,3%	0,7%	0,5%

Comme cela ressort de ce tableau, l'évolution des charges a été modeste pendant la période passée sous revue, surtout si l'on tient compte du fait que l'effectif global du personnel a légèrement augmenté. Le total des subventions versées aux établissements concernés par l'Etat est très faible, puisqu'il est inférieur à 1% des charges totales. A noter que sur le total des subventions 2006-2007 d'environ 1,2 millions de francs, la fermeture du Home des Rochettes à Neuchâtel à la demande de l'Etat, au vu de l'état du bâtiment, a engendré à elle seule des dépenses de plus d'un million de francs.

Autres établissements LESPA

Le second tableau figurant ci-dessous présente l'évolution globale des charges et des subventions versées aux établissements LESPA non pris en compte dans le précédent tableau, à savoir le secteur LESPA de la Maison de santé de Préfargier, les foyers de jour et le home d'accueil temporaire Le Temps Présent.

	Comptes			
	2004	2005	2006	2007
Total des charges d'exploitation	13.923.055.—	14.243.345.—	14.279.241.—	14.316.631.—
Subventions LESPA	1.778.501.—	1.319.110.—	1.535.254.—	1.199.216.—
Evolution des charges	100	102,3	102,6	102,83
% subventions / charges totales	12,8%	9,3%	10,8%	8,4%

L'évolution des charges a également été maîtrisée dans ces établissements durant la période considérée. Les subventions étatiques représentent une part nettement plus importante du financement de ces secteurs d'activités, par rapport aux homes médicalisés, ce qui s'explique par leurs missions et clientèles particulières.

Réduction des prix de pension LESPAs (prix de pension réduits)

Ce troisième tableau fait une synthèse de l'évolution des aides financières versées aux personnes en institutions publiques ou privées dont les ressources ne sont pas suffisantes pour couvrir leurs frais de séjour.

	Comptes			
	2004	2005	2006	2007
Homes LESPAs	6.601.355.—	7.434.348.—	7.456.273.—	6.471.654.—
Pavillons psychiatriques LESPAs	2.268.613.—	2.359.696.—	2.373.112.—	2.222.129.—
Homes privés	4.897.590.—	5.511.245.—	4.823.425.—	4.019.237.—
Total	13.767.558.—	15.305.289.—	14.652.810.—	12.713.020.—

L'augmentation générale de 2005 correspond à la hausse des tarifs qui a eu lieu au 1^{er} janvier 2005, compensée en partie par l'indexation des rentes AVS. Les tarifs ont ensuite été plafonnés lors des exercices suivants. L'indexation des rentes AVS au 1^{er} janvier 2007 explique la baisse générale des dépenses cette année-là. Par ailleurs, les subsides spéciaux LESPAs ont été réduits de 9% en 2006 et de 13% en 2007, selon les décisions prises par le Conseil d'Etat.

Aide et soins à domicile

	Comptes			
	2004	2005	2006	2007
Charges salariales	23.658.982.—	25.061.185.—	26.226.327.—	28.080.230.—
Autres charges d'exploitation	3.367.810.—	3.902.349.—	3.701.238.—	3.788.768.—
Total des charges	27.026.793.—	28.963.533.—	29.927.565.—	31.868.999.—
Recettes prestations de soins	11.138.913.—	12.301.119.—	13.311.208.—	14.332.391.—
Recettes prestations d'aide à domicile	3.034.578.—	3.085.918.—	3.140.201.—	3.170.511.—
Subventions fédérales	4.213.806.—	4.567.287.—	4.860.006.—	5.355.484.—
Autres recettes	11.757.—	10.883.—	11.650.—	109.583.—
Subventions cantonales	8.228.891.—	8.932.312.—	8.561.961.—	8.904.500.—
Total des recettes	26.627.946.—	28.897.518.—	29.885.025.—	31.872.469.—
Résultat	-398.847.—	-66.015.—	-42.540.—	3.471.—
% charges salariales / charges totales	87,5%	86,5%	87,6%	88,1%
Evolution des charges	100	107,2	110,7	117,9
% résultat / charges totales	1,5%	0,2%	0,1%	0%

A la lecture du tableau, on constate une augmentation des charges et des recettes dans le secteur de l'aide et des soins à domicile au cours de ces quatre ans qui doit être mis en rapport avec celle des heures de prestations effectuées au profit des patients. La

hausse sensiblement plus importante des recettes par rapport aux charges et l'amélioration des résultats pendant la période passée sous revue s'expliquent notamment par l'amélioration du taux de productivité des services. Les tarifs de l'assurance obligatoire des soins sont en effet restés stables.

A noter également que les pertes générées dans les années 2004, 2005 et 2006 n'ont pas été reconnues par l'Etat et les fondations ont dû puiser dans leurs réserves pour les financer.

10.2. Ressources humaines

10.2.1. Conditions de travail du personnel de santé des institutions subventionnées

CCT Santé 21

En guise d'introduction, il convient de relever que la CCT Santé 21 a pour origine une motion interpartis adoptée par le Grand Conseil en octobre 2002 et qui s'inquiétait des causes et des conséquences de la pénurie de personnel soignant dans les hôpitaux neuchâtelois. Sur cette base, le Conseil d'Etat a décidé d'initier un projet visant à améliorer et à harmoniser les conditions de travail du personnel du domaine de la santé. Le dépôt de cette motion s'inscrivait lui-même dans le cadre des nombreuses demandes émises par les employés occupés par les institutions de santé du canton de Neuchâtel.

La CCT Santé 21 couvre l'ensemble du secteur neuchâtelois de la santé, à savoir les hôpitaux, les homes et les services d'aide de soins à domicile, dès lors qu'il s'agit d'institutions publiques ou de fondations de droit privé subventionnées par l'Etat. En ce sens, elle constitue une première au niveau suisse.

Destinée à quelque 4800 personnes, cette convention de travail devait permettre d'harmoniser et d'améliorer notablement les conditions de travail de tout le personnel des institutions de santé du canton de Neuchâtel.

La CCT Santé 21 est entrée en vigueur le 1er juillet 2004, mais l'introduction d'un certain nombre de ses dispositions s'est étalée sur plusieurs années. L'introduction de la semaine de 40 heures est ainsi intervenue au mois d'octobre 2004. Quant aux importants travaux relatifs à la nouvelle grille de fonction et à l'échelle salariale, ils se sont poursuivis durant de nombreux mois encore avant d'être finalement mis en œuvre le 1er janvier 2007.

Dès juillet 2004, les nouvelles instances de la CCT Santé 21 se sont mises en place. La Commission plénière de la CCT santé 21 chargée de l'élaboration de cette dernière s'est tout d'abord muée en une Commission plénière et faïtière chargée de conduire l'introduction des derniers éléments à mettre en place puis en une Commission faïtière. D'autre part, la Commission paritaire a été fortement sollicitée par les questions liées à l'interprétation du texte originel.

L'entrée en vigueur du nouveau système de rémunération de la CCT Santé 21 (comprenant notamment une nouvelle grille salariale) le 1^{er} janvier 2007 est intervenue à un moment difficile, s'agissant notamment du secteur hospitalier. En effet, HNe, employeur de près de la moitié du personnel concerné par la CCT Santé 21, était en phase de création, donc dans un moment peu propice pour informer dans les détails chaque collaborateur sur les conséquences du changement de système et traiter toutes les collocations individuelles. Par ailleurs, les difficultés financières qu'a rencontrées le

Conseil d'Etat au début de la présente législature l'ont conduit à réduire drastiquement les moyens octroyés aux institutions concernées. Enfin, un certain nombre de collaborateurs des institutions de soins subventionnées s'attendait, avec l'introduction de ce nouveau système, à des augmentations de salaire alors que les principales revalorisations avaient déjà eu lieu au début des années 2000 et que l'essentiel des moyens financiers supplémentaires mis à disposition par l'Etat lors de la précédente législature pour améliorer le statut du personnel de la santé dans le canton, soit 10 millions de francs, avait été consommé par l'introduction de la semaine de travail à 40 heures et d'autres avantages en nature.

Divers autres aspects de la nouvelle grille de fonction et de l'échelle salariale ont entraîné le mécontentement d'une partie du personnel de santé, notamment dans le secteur hospitalier. Il s'agit en particulier de :

- *la non reconnaissance de l'ancienneté*: la transposition "francs/francs" en fonction de l'ancien salaire et non sur la base de l'expérience acquise créait une distorsion entre les anciens collaborateurs et les nouveaux engagés;
- *la baisse de revenus par perte des indemnités*: le changement du système d'accès aux indemnités pour inconvénients de service (à l'acte plutôt que forfaitaire) a entraîné une perte de revenus pour les personnes qui n'en effectuaient que peu ou pas, tout en touchant les indemnités forfaitaires y relatives;
- *la non reconnaissance des droits acquis pour les personnes en situation surévaluée*: la CCT prévoyait que les collaborateurs que la transposition placerait au-dessus du maximum de leur classe de traitement après collocation verraient leur salaire ramené en quatre ans au dit maximum;
- *la collocation de certaines fonctions*: plusieurs personnes estimaient que la fonction dans laquelle le nouveau système les avait placées n'était pas adéquate et en demandaient la réévaluation.

Confrontés à ce mécontentement et à un contexte d'instabilité qui menaçait le bon fonctionnement du système de santé, les partenaires sociaux se sont concertés et ont signé une déclaration officielle dans laquelle ils s'engageaient à adapter la CCT au travers de mesures correctrices dont la mise en œuvre devait s'étaler dans le temps. L'objet de leur accord était le suivant:

- maintien du salaire 2006 pour les personnes en situation surévaluée (droits acquis);
- dès 2007, correction de la perte salariale relative aux pertes sur indemnités pour inconvénients de service et attribution d'un échelon supplémentaire au titre de reconnaissance de l'ancienneté pour les personnes concernées;
- en 2008, attribution d'un deuxième échelon supplémentaire au titre de reconnaissance de l'ancienneté pour les personnes concernées;
- en 2009, attribution d'un troisième échelon supplémentaire au titre de reconnaissance de l'ancienneté pour les personnes concernées.

Les partenaires sociaux ont soumis en juin 2007 le résultat de leur négociation au Conseil d'Etat pour aval. Ce dernier a accepté les mesures adoptées dont le coût cumulé s'élèvera à 5,7 millions de francs en 2009, ce qui finalement portait à 15,7 millions de francs le coût total de l'introduction de la CCT Santé 21.

Conclue pour une première période de trois ans, la CCT santé 21 est arrivée à échéance le 30 juin 2007. Elle a été reconduite tacitement pour une année. Ce délai a permis aux partenaires sociaux représentés au sein de la Commission faïtière de renégocier la convention et ses annexes et de parvenir à un accord. La nouvelle CCT Santé 21, qui a obtenu l'approbation du Conseil d'Etat, est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2008 pour une durée de trois ans. Les modifications apportées dans ce cadre au texte de la CCT Santé 21 originel n'ont pas d'incidences financières.

Les conditions de travail du personnel de la santé devraient ces prochaines années se caractériser par une certaine stabilité, après les nombreux changements qu'elles ont connus pendant la période considérée.

Convention Emploi santé 21

Dans le cadre de la planification sanitaire de 1999, le Conseil d'Etat a fixé les nouvelles missions des établissements hospitaliers neuchâtelois. Les objectifs de réaffectation des missions et de réorganisation des structures ne pouvaient être atteints sans une diminution du nombre de postes de travail.

Afin d'atténuer, pour les collaborateurs dont le poste était supprimé dans ce contexte, les conséquences de décisions sur lesquelles ils n'avaient pas prise et d'offrir un appui aux différents partenaires impliqués dans le processus de planification, le Conseil d'Etat a formé un groupe de travail. Ce groupe, qui réunissait des représentants des employeurs, des associations professionnelles et de l'Etat, a élaboré, lors de la précédente législature, une convention, la Convention Emploi santé 21 (CEs 21). Cette dernière traitait des modalités de transfert ou de réinsertion du personnel qui oeuvrait dans les institutions de soins subventionnées du Canton de Neuchâtel et dont le poste était affecté par les mesures de planification sanitaire décidées par le Conseil d'Etat.

Appliquée notamment lors des fermetures des blocs opératoires et des maternités de La Béroche et du Locle, cette convention a également été mise en œuvre lors des restructurations des hôpitaux du Val-de-Ruz et de Cadolles-Pourtalès (voir chapitre 4.1.2). L'article 3.4 de la CCT Santé 21, qui est entrée en vigueur postérieurement à la CEs 21, relatif aux "licenciements collectifs", y renvoyait en effet expressément.

Aujourd'hui, les cas de licenciement collectifs sont réglés par la CCT Santé 21, dans le cadre de son règlement sur les licenciements collectifs, qui reprend, sous une forme légèrement remaniée, le texte de la CEs 21.

CCT pour les médecins-cadres d'HNe

Durant de nombreuses années, des discussions portant sur l'harmonisation des conditions d'engagement des médecins-cadres des hôpitaux subventionnés du canton se sont déroulées entre les partenaires concernés, à savoir les associations représentant les hôpitaux (ANEM), les médecins-cadres (GMH), les médecins externes (AMAN) ainsi que l'Etat. Elles ont abouti, en 2005, avec la finalisation d'un document intitulé "Conditions-cadres d'engagement des médecins-cadres et des médecins externes des hôpitaux publics ou subventionnés du canton de Neuchâtel" qui fixait les normes d'engagement et de rémunération des médecins-cadres, agréés et consultants des hôpitaux subventionnés du canton.

Plutôt que de reprendre ces conditions-cadre et de les édicter sous forme de directives, le Conseil d'Etat a jugé préférable de laisser le soin aux partenaires de s'entendre sur des conditions de travail uniformes. De par la création d'HNe, ces négociations, qui se sont finalement limitées aux fonctions de médecins-cadres, ont été rendues plus aisées.

Enfin, le 19 décembre 2006, le GMH et HNe se sont accordés sur des conditions de travail, d'engagement et de rémunération harmonisées, indépendamment de la spécialité, dans le cadre d'une CCT. Entrée en vigueur le 1er janvier 2007, cette CCT a été conclue pour une durée limitée à trois ans.

CCT des médecins-assistants, des chefs de cliniques adjoints et des chefs de clinique

Suite à une initiative parlementaire au niveau fédéral de décembre 1998 visant à instaurer "des conditions de travail humaines pour les médecins-assistants" et vu les revendications des médecins-assistants et des chefs de clinique du canton, le DSAS a confié, en 2001, le mandat à un groupe de travail d'élaborer un nouveau statut pour ces derniers afin d'améliorer leurs conditions de travail (principalement durée de travail et repos).

Le 22 mars 2002, le Parlement fédéral a adopté une révision de la Loi sur le travail (LTr) qui soumettait les médecins-assistants et chefs de clinique à ladite loi à partir du 1er janvier 2005. Son entrée en vigueur a provoqué un certain nombre de changements organisationnels pour les institutions les employant, le plus important étant lié à la réduction de l'horaire de travail hebdomadaire de ces professionnels de la santé à 50 heures. Une première CCT a été conclue le 7 avril 2003 pour accompagner ce changement sur trois années, CCT qui prévoyait une réduction du temps de travail progressive à 50 heures.

En 2006, les partenaires se sont retrouvés pour actualiser la première CCT, devenue obsolète suite à l'entrée en vigueur de la modification de la LTr, et pour tenter d'uniformiser les conditions salariales des médecins concernés qui faisaient l'objet de deux régimes différents selon l'hôpital dans lequel ils travaillaient: les classifications salariales de l'ANEM et celles des hôpitaux de Pourtalès et de La Providence.

Signée le 28 août 2006 par l'Association des médecins d'institutions neuchâteloises (AMINE), d'une part, et par les autorités compétentes d'HNe, de l'hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, de la Maison de santé de Préfargier et du Centre psychosocial neuchâtelois, d'autre part, la nouvelle CCT a pour but de régler les conditions de travail des médecins-assistants, chefs de clinique adjoints et chefs de clinique engagés par des institutions du domaine de la santé subventionnées par l'Etat. Entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2006, cette CCT a été conclue pour une durée de trois ans.

10.2.2. Démographie médicale

La question de la démographie médicale est essentielle en ce qui concerne le pilotage du système de santé. Il s'agit de viser une adéquation idéale entre les besoins de santé de la population et l'offre médicale, équilibrée entre le secteur hospitalier et celui ambulatoire. En cas de pléthore médicale, les coûts de la santé ont tendance à augmenter, l'offre induisant souvent la demande dans ce secteur. Ceci a pour effet de réduire la performance globale du système de santé. En cas de pénurie médicale, l'offre ne peut être satisfaite et les besoins en soins ne sont pas comblés engendrant des complications, voire des décès et également des surcoûts.

Les cantons sont habilités à autoriser les prestataires de soins à pratiquer leur profession. Ils le font sur la base d'exigences posées pour l'essentiel au niveau fédéral dans la LPMéd (voir à ce sujet chapitre 11.1.2). Dans un processus de planification, il ne s'agit pas seulement de prendre en compte la situation actuelle, mais aussi de prévoir l'évolution à cinq ou dix ans. Depuis juillet 2002, les cantons ont la possibilité de limiter l'ouverture de nouveaux cabinets en vertu de la clause du besoin prévue à l'article 55a

LAMal. En l'occurrence, le Conseil d'Etat a décidé de n'appliquer cette mesure qu'aux médecins (voir à ce sujet chapitre 11.1.5, sous titre "Gel des admissions des fournisseurs de prestations ambulatoires"). Lorsqu'elles examinent les dossiers de demande d'ouverture de cabinets médicaux, les autorités compétentes se doivent de prendre en compte les besoins de la population pour orienter l'offre. En particulier, dans le canton de Neuchâtel, la disparité géographique doit être prise en considération dans ce contexte. Ainsi, le relatif éloignement du Val-de-Travers des hôpitaux conditionne la nature et le nombre de médecins amenés à desservir cette région.

La planification sanitaire doit aussi considérer la capacité du corps médical à exercer des tâches d'intérêt public comme par exemple le service de garde auquel sont astreints les médecins jusqu'à un certain âge qui varie en fonction des régions. Elle doit également tenir compte d'autres facteurs susceptibles d'influencer à moyen ou long terme l'offre médicale comme l'âge moyen des médecins, ainsi que le taux de féminisation. A relever que s'agissant du canton de Neuchâtel, l'âge moyen des médecins est de 54 ans. Quant au taux de féminisation de la profession, il est voisin de 20% mais devrait tendre d'ici une dizaine d'années vers 50%.

La densité médicale en nombre de médecins pour 10'000 habitants est illustrée par le tableau ci-dessous en fonction des districts et des principales spécialités médicales.

	Praticiens - généralistes - internistes	Psychiatres	Chirurgiens - orthopédistes ORL - urologues	Gynécologues - obstétriciens	Pédiatres	Total médecins
Chaux-de-Fonds	10,7	2,6	4,2	1,8	1,6	24,6
Neuchâtel	15,5	6,0	3,3	1,7	1,7	33,1
Le Locle	8,4	0,7	0,7	1,4	1,4	12,5
Boudry	9,5	1,1	0	0,3	1,1	11,9
Val-de-Ruz	5,2	0	0	0	0,6	5,8
Val-de-Travers	9,2	0	0	0	0,8	10,0
<i>Total</i>	<i>11,1</i>	<i>2,7</i>	<i>2,</i>	<i>1,1</i>	<i>1,4</i>	<i>20,6</i>

Cette densité médicale de 20,6 pour 10.000 habitants est proche de la moyenne suisse (20,4).

En définitive, ce n'est pas seulement le nombre de médecins qui est à planifier, mais surtout leur capacité de production en consultations ou heures de travail. Il faut ainsi tenir compte du fait que le taux d'activité varie avec l'âge et que, chez les femmes, il est souvent influencé par les charges de famille.

Le terme de l'activité médicale est fixé par la loi de santé en principe à 70 ans. Dans les faits, il décline fortement à partir de 65 ans.

Le SCSP dispose d'un fichier des professionnels autorisés qui permet de dresser un portrait de la démographie médicale, en terme d'âge, de sexe, de localisation et de spécialités. Il conviendra de développer ses capacités d'analyse pour mieux répondre aux questions stratégiques liées à la démographie médicale.

Les projections présentées dans ce rapport tout récent apportent un éclairage utile sur l'impact que le vieillissement démographique pourrait avoir sur les soins médicaux ambulatoires d'ici 2030. L'étude ne concerne que les soins réalisés à charge de l'assurance obligatoire des soins. Elle révèle qu'en l'absence de changements structurels ou de modifications dans le mode de recourir aux soins, une part importante de ceux-ci pourrait ne pas être garantie. L'écart est particulièrement marqué en médecine de base, situation qui pourrait compromettre la mise en place de formes de prise en charge intégrée comme le modèle du médecin de premier recours.

Comme le recours aux soins, notamment en médecine de base, augmente avec l'âge, il est à craindre que le vieillissement démographique exerce une pression de plus en plus importante sur le système de santé au cours des prochaines décennies. En parallèle, le nombre des médecins actifs en médecine de base tend à diminuer, de sorte qu'une pénurie de l'offre de ces soins pourrait survenir dans un avenir assez proche. L'objectif du travail de l'Obsan était d'examiner l'influence de la démographie sur l'équilibre entre recours et offre de consultations ambulatoires en médecine de base, d'ici 2030, à partir des données de l'assurance obligatoire des soins et l'évolution observée entre 2001 et 2006. L'impact de changements de l'état de santé ou de l'organisation de la prise en charge ont été examinés ensuite au travers de scénarii alternatifs.

Les résultats de ce travail montrent que si les taux de recours à la médecine de base, selon l'âge et le sexe, restent inchangés, le recours aux soins projeté pourrait s'élever à 24 millions de consultations en 2030, soit une hausse de 13% par rapport à 2005. Pendant la même période, l'offre en soins pourrait diminuer de 33% en raison de la baisse du nombre de médecins en activité pour atteindre 14 millions de consultations, avec, comme conséquence, un écart de 10 millions de consultations (soit 40%) qui ne seraient pas assurées. Selon les différents scénarii alternatifs, entre 20 et 50% des besoins en médecine de base ne seraient pas couverts. Ces estimations doivent être interprétées avec prudence. Cependant, elles indiquent l'ampleur du déséquilibre qui pourrait apparaître si on n'anticipe pas le problème. Pour éviter pareille évolution, il sera nécessaire de définir des stratégies qui influencent autant le recours que l'offre de soins médicaux de base. Le Conseil d'Etat est très attentif à cette problématique, comme le montre notamment sa déclaration de janvier 2008 relative à la répartition des activités médicales entre les sites de soins aigus où il préconise le lancement d'une plate-forme régionale de santé sur le site du Val-de-Travers afin de contribuer à la formation de jeunes médecins et de favoriser leur installation au terme de celle-ci dans la région, ce dans le but de garantir à long terme l'accès aux soins à la population de cette région.

11. ENVIRONNEMENT LEGISLATIF

L'environnement législatif en matière sanitaire s'est caractérisé ces dernières années par l'adoption ou la révision de plusieurs législations fédérales qui influent ou vont influencer plus ou moins directement sur la politique cantonale de santé. Il s'agit en particulier des révisions partielles de la LAMal, notamment celles concernant le gel des admissions des fournisseurs de prestations ambulatoires, le financement hospitalier et celui des soins, mais aussi de la loi sur les produits thérapeutiques (LPT_h), de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd) et de la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation). Certaines de ces réformes législatives au niveau fédéral ont conduit le Conseil d'Etat à soumettre au Grand Conseil, à fin 2008, un projet de modification de la loi de santé. Un bref tour d'horizon de ces

réformes et de leurs principales incidences sur la politique sanitaire cantonale est présenté ci-après.

11.1. Impact des mesures législatives adoptées ou en cours d'adoption au niveau fédéral

11.1.1. Révisions partielles de LAMal

Depuis 2004, la LAMal a fait l'objet de plusieurs révisions partielles séparées. Les principales réformes adoptées durant ces dernières années et qui ont ou sont susceptibles d'influencer la politique sanitaire cantonale sont les suivantes:

Gel de l'admission des fournisseurs de prestations ambulatoires

Comme déjà relevé dans le rapport d'information de 2004, les Chambres fédérales ont adopté, en 2000, un article 55a LAMal qui permettait au Conseil fédéral, pour une durée limitée à trois ans au plus, de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations actifs dans le secteur ambulatoire à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Le Conseil fédéral a concrétisé cette disposition légale dans une ordonnance qui est entrée en vigueur le 4 juillet 2004 que le Conseil d'Etat a lui-même mis en œuvre dans un arrêté d'application. La mesure prévue devait avoir effet jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle réglementation (restrictive) en matière d'admission des fournisseurs de prestations.

Faute d'être parvenu à se mettre d'accord sur une réglementation alternative à l'échéance des trois ans, le Parlement fédéral a décidé, en octobre 2004, de permettre une seconde fois au Conseil fédéral de prolonger cette mesure pour une durée limitée à trois ans au plus. Le Conseil fédéral a modifié son ordonnance en conséquence et le Conseil d'Etat en a fait de même avec son arrêté d'application.

Aucun consensus sur une solution de rechange au gel des admissions en vigueur n'ayant été trouvé dans l'intervalle, le Parlement fédéral a décidé, en juin 2008, de proroger cette mesure jusqu'à la fin décembre 2009, le temps pour lui de s'accorder sur un autre modèle de limitation des admissions. Le Conseil fédéral a prorogé son ordonnance en ce sens et le Conseil d'Etat en a fait de même le 2 juillet 2008 avec son arrêté d'application. Des délibérations sont actuellement en cours dans les commissions compétentes des Chambres fédérales pour trouver à cette échéance une solution de substitution à l'actuelle limitation des admissions.

A relever que dans le canton de Neuchâtel, comme d'ailleurs dans la plupart des cantons romands, le moratoire sur les admissions ne concerne que les seuls médecins car cette mesure les vise avant tout et la LAMal le permet.

Nouveau régime de financement hospitalier

La révision partielle de la LAMal concernant le financement hospitalier a été adoptée par le Parlement fédéral le 21 décembre 2007 et est entrée en vigueur le 1er janvier 2009. Les décisions suivantes ont notamment été prises par les chambres fédérales dans le cadre de cette réforme:

– *Planification*

Les exigences actuelles en matière d'infrastructures, de personnel et de planification à remplir par les hôpitaux pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal sont maintenues telles qu'elles.

Les cantons devront cependant coordonner leur planification dans un délai de trois ans à compter de la date d'introduction des forfaits par cas (soit jusqu'au 31.12.2014) et établir conjointement et pour l'ensemble de la Suisse, dans le même délai, une planification de la médecine hautement spécialisée.

Le Conseil fédéral doit édicter, sur le plan réglementaire, des critères de planification uniformes au niveau suisse pour garantir une pratique uniforme dans les cantons;

– *Libre choix de l'hôpital*

En cas de traitement hospitalier, les assurés pourront choisir librement, dans toute la Suisse, les hôpitaux qui figurent sur la liste hospitalière de leur canton de résidence ou sur celle du canton où se situe l'hôpital (hôpitaux répertoriés). Cependant, l'assurance-maladie obligatoire et le canton de domicile ne prendront en charge leur part respective de rémunération à un traitement dispensé dans un hôpital hors canton que jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Les assurés devront couvrir l'éventuelle différence.

Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, quelque soit le type d'hôpital, l'assurance obligatoire des soins et le canton doivent prendre à leur charge leur part respective de rémunération. Une autorisation du canton de résidence est toutefois nécessaire. Est réservé le cas d'urgence;

– *Convention tarifaires avec les hôpitaux, rémunération des prestations hospitalières et clé de répartition*

Les tarifs hospitaliers ne devront plus correspondre à une part de la couverture des coûts imputables, mais à la rémunération des prestations fournies par l'hôpital (abandon du principe de la couverture des coûts et passage à un système de financement des prestations).

Les forfaits par cas liés aux prestations (appelés communément DRG pour "Diagnosis-related groups) sont consacrés comme modes de rémunération généraux, mais pas exclusifs des traitements hospitaliers, y compris des séjours à l'hôpital. Ils devront reposer sur des structures tarifaires uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Ils ne devront pas comprendre les parts que représentent les coûts d'une part des prestations d'intérêt général, comme le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale et d'autre part, de la recherche et de la formation universitaire (autrement dit, les coûts liés à la formation de base et à la formation postgraduée des médecins).

L'introduction de ces forfaits au niveau suisse et l'application des nouvelles règles de financement, y compris l'inclusion dans ces forfaits des frais d'investissement, devront être terminées au plus tard le 31 décembre 2011. Jusque-là, les cantons et l'assurance-maladie obligatoire se partageront les coûts des traitements hospitaliers selon les règles de financement (clé de répartition) actuellement en vigueur.

La rémunération des prestations devra être prise en charge par les assureurs et par le canton de domicile de l'assuré à hauteur de leur part respective. La part minimale des coûts hospitaliers à charge des cantons s'élèvera à 55% (dès l'introduction des forfaits

par cas au niveau suisse le.1.1.2012). Conformément aux dispositions transitoires et au cadre fixé ci-avant, les cantons devront fixer leur part à la rémunération avant le 1^{er} janvier 2012. Ceux dont les primes sont inférieures à la moyenne pourront fixer leur part de financement entre 45 et 55%. A partir du 1^{er} janvier 2012, ils auront encore cinq ans (soit jusqu'au 1.1.2017) pour augmenter leur part à 55%.

Les assureurs-maladie auront la possibilité de conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance-maladie obligatoire avec les hôpitaux non répertoriés, sous réserve du fait qu'ils remplissent un certain nombre de conditions.

Les nouvelles règles de financement seront étendues aux hôpitaux privés non subventionnés, à condition qu'ils correspondent à la planification déterminante; le législateur a considéré à cet égard qu'il faut partir du principe que lorsqu'ils figurent dans les listes cantonales, les hôpitaux privés sont nécessaires pour couvrir les besoins en soins hospitaliers de leur population. La réglementation adoptée place ainsi la totalité des capacités hospitalières destinées à couvrir ces besoins sous le même régime de financement;

– *Recours au Tribunal administratif fédéral*

Le grief d'inopportunité ne peut plus être invoqué comme motif de recours contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux en matière de planification hospitalière, notamment en cas de retrait d'un hôpital de la liste hospitalière cantonale. Le législateur fédéral n'a en effet pas voulu que le Tribunal administratif fédéral, qui est une autorité judiciaire, puisse examiner et remettre en cause l'opportunité des décisions éminemment politiques prises par ces derniers dans ce domaine.

Avec la réforme adoptée par le Parlement fédéral, le Conseil d'Etat devra revoir sa planification actuelle, qui est basée sur les besoins en lits, pour passer à une planification liée aux prestations. Il verra, dans ce cadre, ses compétences élargies dans la mesure où, comme cela a été relevé auparavant, le grief d'inopportunité ne pourra plus être invoqué et, partant, être retenu par l'autorité judiciaire en cas de recours contre une éventuelle décision gouvernementale d'exclure un hôpital de la liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Sur le plan financier, sous réserve des éventuelles conséquences (tourisme hospitalier hors canton) liées à l'introduction du libre choix de l'hôpital qui sont en l'état difficiles à évaluer, le canton de Neuchâtel ne devrait être à priori que peu touché par les mesures prises par les Chambres fédérales dans le cadre de sa réforme du financement hospitalier. L'égalité de traitement en matière financière des cliniques privées pris en compte dans la planification par rapport aux hôpitaux publics y figurant ne devrait en particulier pas avoir d'incidence pour le canton. En effet, la couverture des besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise en division commune est actuellement assumée par les seuls hôpitaux publics subventionnés. La situation ne devrait d'ailleurs pas changer à l'avenir, au vu des capacités excédentaires que connaît toujours ce secteur. Par ailleurs, la participation du canton de Neuchâtel aux coûts hospitaliers se monte aujourd'hui déjà à environ 55% et correspond ainsi à la part minimale à charge des cantons fixée par la LAMal révisée.

Nouveau régime de financement des soins

Les Chambres fédérales ont adopté, pendant la session d'été 2008, une révision partielle de la LAMal introduisant un nouveau régime de financement des soins dont l'entrée en vigueur doit être fixée par ordonnance. Elles ont notamment pris dans ce cadre les décisions suivantes:

- les prestations liées aux soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et qui sont prescrites par un médecin de l'hôpital seront prises en charge durant deux semaines au maximum et ce conformément à la nouvelle réglementation du financement hospitalier évoqué ci-avant. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviendront de tarifs forfaitaires;
- s'agissant des soins de longue durée (donc exception faite des soins aigus et de transition), le Conseil fédéral garantira que le transfert vers le nouveau régime de financement sera financièrement neutre pour l'assurance obligatoire des soins, sur la base d'une année de référence à déterminer;
- l'assurance obligatoire des soins ne paiera plus qu'une participation (à hauteur d'un certain montant exprimé en francs) aux coûts des soins en EMS et à domicile, alors que jusque-là elle couvrait l'ensemble;
- le Conseil fédéral fixera les contributions de l'assurance obligatoire des soins applicables (probablement dans toute la Suisse) aux prestations de soins et échelonnées selon le niveau des soins requis. Les négociations tarifaires entre les partenaires contractuels sont donc supprimées;
- les tarifs actuellement appliqués devront être adaptés dans les trois ans aux tarifs fixés par le Conseil fédéral.
- la contribution des personnes nécessitant des soins sera limitée à 20% au maximum de la contribution de l'assurance obligatoire des soins la plus élevée. Le canton règlera le financement résiduel;
- les cantons doivent veiller à ce "qu'en règle générale" le séjour en EMS ne mène pas à une dépendance à l'aide sociale, mais qu'elle puisse y subvenir par le biais des prestations d'assurances sociales;
- une allocation pour impotent de degré faible dans l'AVS est introduite pour les personnes à domicile précisément pour encourager le maintien à domicile.

Par le nouveau régime de financement des soins, la question de l'application de la protection tarifaire a pu être réglée. Sans cette réglementation, il aurait été à craindre que les coûts des soins non couverts ne doivent être payés intégralement par les cantons. Par contre, il sera dorénavant possible de mettre à contribution les personnes nécessitant des soins pour les coûts de soins non couverts jusqu'à concurrence d'un montant équivalent à 20% du tarif maximal. Les personnes qui bénéficient de l'aide et des soins à domicile ne participent actuellement pas à ces coûts. La question d'une éventuelle participation de leur part à l'avenir se posera. Il appartiendra au canton de se déterminer à ce sujet dans le cadre de la nouvelle réglementation en cours d'élaboration concernant le financement des EMS.

S'agissant du secteur des établissements pour personnes âgées, le mode de financement des prestations ambulatoires autres que les soins dont bénéficient les résidents à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution devra être revu (médecins, physiothérapeutes, ...). Actuellement, les coûts de ces prestations sont pris en charge dans le cadre des forfaits de soins versés par les assureurs-maladie aux EMS. Cela ne pourra plus être le cas à l'avenir.

Pour ce qui est du secteur de l'aide et des soins à domicile, en raison des contributions élevées payées par les assureurs-maladie à Neuchâtel en comparaison intercantonale, on peut craindre des pertes de recettes venant de l'assurance obligatoire des soins qui devront être compensées par une augmentation de la subvention étatique.

11.1.2. Loi sur les produits thérapeutiques (LPT_h)

La LPT_h du 15 décembre 2000 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002. Elle a été accompagnée d'une série d'ordonnances d'application, dont le précédent rapport d'information de 2004 faisait état.

La LPT_h a entraîné un profond remaniement des compétences entre autorités fédérales et cantonales dans le droit des médicaments notamment, de même qu'elle a introduit de nouvelles dispositions dans les domaines concernés qui ont des conséquences pour l'application dans les cantons (médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins). Il s'est avéré ainsi nécessaire de modifier la législation cantonale pour l'adapter au nouveau droit fédéral. Dans un premier temps, les dispositions législatives ad hoc ont été prises dans le cadre de la révision de la loi de santé approuvée par le Grand Conseil le 24 février 2004. Puis, les règlements d'exécution sur l'exploitation des pharmacies, la fabrication et le commerce de détail des agents thérapeutiques du 15 février 1984 (REP) et sur l'exploitation des drogueries du 4 mai 1988 (RED) ont été révisés à leur tour. Ce travail a abouti à l'adoption, par le Conseil d'Etat, d'un nouveau règlement cantonal regroupant à la fois les dispositions applicables aux pharmacies et aux drogueries. Ce règlement sur les produits thérapeutiques, les pharmacies et les drogueries traite de la fabrication des médicaments en petites quantités, de la prescription et de la remise des médicaments, de l'exploitation des pharmacies, drogueries et autres institutions soumises à autorisation, du contrôle et de l'inspection dans le domaine des médicaments, des dispositifs médicaux et des produits sanguins.

11.1.3. Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd)

La LPMéd régit la formation universitaire et postgrade ainsi que l'exercice des professions médicales universitaires. Entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2007, elle remplace la loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (LEPM), qui avait été introduite en 1877, pour protéger la population des charlatans.

Le développement important de la médecine et les exigences en matière de soins qui sont appelées à se modifier considérablement ces prochaines décennies (démographie, déterminants psychosociaux des maladies) ont conduit à une nouvelle conception des bases légales pour les professions médicales universitaires. Celle-ci se concentre principalement sur les connaissances, les aptitudes et les capacités professionnelles dont doit disposer une personne exerçant une activité médicale.

La LPMéd régit les quatre professions médicales universitaires traditionnelles de médecin, dentiste, vétérinaire et pharmacien ainsi que, particularité unique en Europe et nouveauté par rapport à la LEPM, la profession de chiropraticien en tant que cinquième profession médicale universitaire.

Dans l'intérêt de la santé publique, la LPMéd régit la formation prégraduée, postgraduée et continue pour ces professions. S'agissant de la médecine humaine, elle définit des principes généraux et des questions de procédure, tout en fixant des objectifs qui visent à rendre les médecins aptes à exercer leur profession sous leur propre responsabilité. Ces objectifs se concrétisent au gré d'un processus d'apprentissage qui commence par la formation universitaire, se poursuit par une formation postgraduée en cours d'emploi et se prolonge par une formation continue tout au long de l'existence, un processus dont les contenus sont harmonisés en permanence. La Confédération vérifie que les objectifs de la formation pré- et postgraduée sont atteints en procédant à l'accréditation des filières de formation universitaires et des programmes de formation

postgraduée. Il incombe respectivement aux facultés de médecine et à la Fédération des médecins suisses (FMH) de veiller, de manière autonome, à la teneur détaillée et à l'application de ces filières et de ces programmes. La LPMéd règle par ailleurs, ce qui est nouveau, les devoirs professionnels de tous les médecins exerçant à titre indépendant en Suisse. L'obligation d'accomplir une formation continue pendant toute la durée de l'activité professionnelle fait partie de ces devoirs. Il en existe un certain nombre d'autres, dont le non-respect peut être sanctionné par des mesures disciplinaires et des sanctions pénales dont le catalogue figure dans la LPMéd. Ces changements ont été concrétisés au niveau cantonal dans un projet de modification de la loi de santé qui a été soumis par le Conseil d'Etat au Grand Conseil et adopté par ce dernier au mois de novembre 2008 (voir chapitre 11.2).

Quand au fond, le changement le plus important touche la notion d'exercice à titre indépendant. La notion admise dorénavant dans la LPMéd correspond à celle figurant dans la législation sur les assurances sociales, mais elle se distingue de celle figurant dans la loi cantonale de santé qui a été adaptée en conséquence dans le projet de révision législative précité (voir à cet égard chapitre 11.2).

11.1.4 Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation)

La loi sur la transplantation a été adoptée par le Parlement fédéral le 8 octobre 2004 et est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2007. S'appuyant sur l'article 119a de la Constitution fédérale, cette loi régit de manière exhaustive ce domaine du droit qui était réglé jusque-là pour l'essentiel au niveau cantonal. Son entrée en vigueur permet de réunir des normes jusque-là disséminées dans une multitude de textes et de doter la médecine de la transplantation d'une législation moderne, uniforme et globale au niveau national.

Les aspects essentiels de cette loi sont les suivants:

- le don d'organes, de tissus ou de cellules d'origine humaine est gratuit; il est interdit d'en faire commerce;
- le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules sur des personnes décédées est régi par le principe du consentement au sens large. Pour qu'un prélèvement soit légal, il faut donc que le donneur y ait consenti ou, en l'absence d'un tel consentement, que les proches aient donné leur accord;
- le don d'organes, de tissus ou de cellules par des personnes vivantes est encouragé. La loi ne demande pas qu'il existe un lien de parenté ou un lien affectif particulièrement étroit entre le donneur et le receveur;
- une stricte équité doit être observée lors de l'attribution d'organes. Personne ne doit être discriminé. Seuls les critères de l'urgence médicale, de l'efficacité thérapeutique, de l'égalité des chances et du délai d'attente interviennent dans la décision. L'attribution d'un organe tient compte des caractéristiques du patient et est toujours le fait d'un organisme central, le service national des attributions;
- le Conseil fédéral est habilité à limiter le nombre des centres de transplantation, notamment si les efforts déployés pour coordonner la médecine de pointe ne devaient pas conduire aux résultats escomptés;
- la transplantation de tissus ou de cellules issus d'embryons ou de fœtus d'origine humaine est obligatoirement soumise à une autorisation de l'OFSP. Certaines pratiques sont interdites, par exemple le don à une personne choisie par la donneuse

ou l'utilisation de tissus ou de cellules issus d'embryons ou de fœtus prélevés sur des femmes incapables de discernement.

Avec l'entrée en vigueur de la loi sur les transplantations, le domaine de la transplantation est dorénavant exhaustivement réglé au niveau fédéral. L'article 30 de notre loi de santé, qui a trait à cette problématique et qui n'est pas conforme au droit fédéral, a été revu en conséquence dans le cadre du projet de modification de la loi de santé adopté au mois de novembre 2008 par le Grand Conseil (voir chapitre 11.2 du présent rapport).

11.2. Révision de la loi de santé

Le Grand Conseil a adopté, au mois de novembre 2008, un projet de modification de la loi neuchâteloise de santé du 6 février 1995 que lui a soumis le Conseil d'Etat. Ce projet, avait pour objectif premier, mais pas unique, de mettre en conformité les dispositions de cette loi avec celles de différentes lois fédérales qui sont entrées en vigueur récemment, notamment la LPMéd, et qui régissent des matières qui relevaient jusque-là partiellement ou totalement de la compétence des cantons. La loi de santé révisée entrera en vigueur courant 2009.

Les principaux changements apportés par cette loi sont les suivants:

En lien direct ou indirect avec la LPMéd

- Redéfinition des professions de la santé, désormais séparées entre professions médicales universitaires au sens de la LPMéd (sauf vétérinaires) et autres professions de la santé. Transfert de la profession de chiropraticien de la liste actuelle des autres professions de la santé dans celle des professions médicales universitaires conformément à la LPMéd;
- renvoi à la législation en matière d'assurances sociales pour la définition des notions d'exercice dépendant ou indépendant et redéfinition en conséquence des catégories de professionnels de la santé auxquelles s'applique la loi de santé;
- extension de l'application de certaines dispositions de la LPMéd, qui concernent les seules personnes exerçant des professions médicales universitaires à titre indépendant, à celles exerçant à titre dépendant ainsi qu'aux autres professions de la santé;
- création de bases légales pour la tenue d'un registre cantonal des professions de la santé ainsi que pour la communication par le canton des données requises à l'autorité fédérale chargée de la tenue du registre fédéral des professions médicales universitaires;
- introduction des mesures disciplinaires prévues par la LPMéd en cas de violation des devoirs professionnels qu'elle fixe et extension de ces mesures à tous les professionnels de santé concernés par la loi de santé révisée;
- désignation du médecin cantonal comme autorité de surveillance des professions médicales universitaires au sens de la LPMéd et des autres professions de la santé. Sont réservées les professions de pharmacien et de droguiste pour lesquelles l'autorité de surveillance est le pharmacien cantonal.

En lien avec la loi sur la transplantation et la loi sur la procréation médicalement assistée

- Renvoi aux législations fédérales pertinentes pour la réglementation du domaine de la transplantation et de la procréation médicalement assistée;

Autres aspects

- Désignation du médecin cantonal comme autorité compétente en matière de surveillance de l'état sanitaire des institutions de santé;
- délégation au Conseil d'Etat de la compétence d'établir la liste des autres professions de la santé et, parmi celles-ci, celles dont l'exercice à titre dépendant n'est pas soumis à autorisation (transfert de compétence du Grand Conseil au Conseil d'Etat);
- renforcement des sanctions pénales, des mesures administratives et disciplinaires contre les responsables des institutions de santé qui ne respectent pas les dispositions de la législation de santé dont le respect leur incombe.

12. CLASSEMENT DES INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES

12.1. Motion Marcelo Droguett "Cancer du sein" (01.118)

La motion déposée par Monsieur Marcelo Droguett, le 18 juin 2001, a été acceptée le 20 mars 2002.

01.118

18 juin 2001

Motion Marcelo Droguett

Cancer du sein

Le cancer du sein est responsable de la mort de plus de 1400 femmes par année en Suisse et, chaque année, près de 4000 femmes apprennent qu'elles sont atteintes d'un cancer du sein.

La mammographie de dépistage est actuellement le seul moyen préventif permettant de réduire la morbidité et la mortalité dues au cancer du sein et cela grâce à un diagnostic précoce.

Les études internationales ont prouvé l'efficacité de ces dépistages pratiqués régulièrement entre 50 et 69 ans; la mortalité par cancer du sein est d'environ 40% inférieure chez les femmes qui s'y soumettent régulièrement par rapport à celles qui ne les pratiquent pas. Bien sûr, cela a comme conséquence aussi une diminution significative des coûts de la santé.

Le Conseil fédéral a adopté des modifications d'ordonnance dans le cadre de la première révision partielle de la LAMal conférant au Département fédéral de l'intérieur la faculté de supprimer la franchise pour les prestations relevant de la prévention médicale si ces prestations sont fournies dans le cadre des programmes de prévention organisés au niveau national ou cantonal.

Actuellement, les mammographies effectuées dans le cadre de programmes cantonaux de dépistage du cancer du sein de Genève, de Vaud et du Valais sont libérées de la franchise.

Nous prions le Conseil d'Etat d'étudier la mise en place d'un programme de dépistage de cancer du sein pour faire bénéficier les femmes de notre canton de cette prestation sans franchise.

Cosignataires: J. Kuhn-Rognon, C. Gehringer, N. de Pury, M. Ebel, D. Perdrizat, L. Debrot, D. de la Reussille, G. Hirschy, A. Bringolf, C. Stähli-Wolf, F. Portner, F. Staehli, F. John, F. Bonnet et Patrick Erard.

Proposition

Comme déjà relevé sous chiffre 8.3 du présent rapport, un programme de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie est opérationnel dans le canton de Neuchâtel depuis début mai 2007. C'est en effet à cette période qu'ont commencé à y être effectuées les premières mammographies de dépistage pour les femmes âgées de 50 à 70 ans. On peut dès lors considérer qu'il a été répondu à la motion 01.118 et la classer.

12.2. Motion populaire du Syndicat des services publics région Neuchâtel "Salaires du personnel de la santé. Honorez la parole donnée!" (07.131)

La motion populaire déposée par le Syndicat des services publics région Neuchâtel le 27 mars 2007, a été acceptée le jour suivant par le Grand Conseil.

07.131

27 mars 2007

Motion populaire du Syndicat des services publics (SSP) région Neuchâtel Salaires du personnel de la santé. Honorez la parole donnée!

Les soussigné-es demandent au Grand Conseil que le canton alloue des ressources supplémentaires en faveur du personnel soumis aux conventions collectives de travail CCT Santé 21, afin que le salaire brut 2007, indexé à l'évolution du coût de la vie, des collaboratrices et collaborateurs de la santé ne subisse aucune diminution par rapport au salaire brut de 2006.

Motivation

En 2002, le Conseil d'Etat avait promis au personnel des futures conventions collectives de travail (CCT Santé 21) une enveloppe de 10 millions de francs. Cette promesse n'a toujours pas été respectée au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle politique salariale (janvier 2007). Cela implique:

- que les salaires versés sous l'ancien régime n'ont pas pu être garantis;*
- qu'aucune revalorisation salariale n'a eu lieu;*
- qu'un très grand nombre d'employés subit une perte salariale significative;*
- que l'introduction de la nouvelle collocation discrimine des employés assumant une fonction identique dans différentes institutions.*

Les présents signataires invitent le Grand Conseil à débloquer les fonds nécessaires.

L'urgence est demandée.

*Premier signataire: Michel Zaslowsky, Quai Philippe-Godet 2, 2000 Neuchâtel.
Motion populaire munie de 3147 signatures, sous réserve de vérification.*

Proposition

Comme exposé au chiffre 9.2.1, les demandes de la motion ont été satisfaites. Un accord a en effet été trouvé entre les partenaires sociaux sous le patronage de l'Etat. On peut dès lors considérer qu'il a été répondu à la motion 07.131 et la classer.

12.3. Motion populaire des sages-femmes d'HNe, site de Pourtalès "Pour une maternité unique" (07.166)

La motion populaire déposée par des sage-femmes d'HNe, site Pourtalès, le 31 août 2007, a été acceptée par le Grand Conseil le 5 septembre 2007.

07.166

31 août 2007

Motion populaire déposée par des sages femmes de l'Hôpital Neuchâtelois, site de Pourtalès Pour une maternité unique

Nous demandons au Conseil d'Etat, d'étudier la création d'une maternité cantonale sur un site unique ainsi que de son implantation.

Cette maternité doit comprendre une prise en charge et une offre de soins complète et diversifiée du nouveau-né, de l'enfant et des parents. Elle doit assurer la qualité, la sécurité, le confort et l'accueil. Elle doit être associée, notamment à un service de néonatalogie et de pédiatrie reliés à un plateau technique de pointe, prêts à accueillir un maximum de naissances, qu'elles soient normales ou à risque.

L'urgence est demandée.

Motivation

- le canton de Neuchâtel a besoin d'une maternité unique pour qu'elle soit attractive pour le personnel médical garantissant ainsi la qualité des soins pour la population;*
- le canton a besoin d'un service de néonatalogie garantissant des conditions de sécurité optimales, utilisant des technologies de pointe avec des équipes expérimentées et compétentes. Le canton doit préserver un pôle de compétences néonatalogiques déjà existant avec à sa tête un médecin-chef spécialisé, compétant, performant, humain et dynamique;*
- l'absence d'un service de néonatalogie efficace risque d'avoir des conséquences fatales pour l'obstétrique cantonale avec une fuite des compétences médicales et infirmières existantes qui sont performantes actuellement. Ceci pourrait favoriser un déplacement des patients vers d'autres maternités;*
- le lieu d'implantation de la maternité devrait être facilement accessible à toute la population neuchâteloise.*

L'urgence est demandée.

Première signataire: Céline Jeannet, Prairie 16, 2014 Bôle.

Motion populaire munie de 235 signatures.

Proposition

Comme cela ressort du chapitre 4.3.2, le Conseil d'Etat a accepté le principe de la création d'un site unique "mère-enfant" et a décidé de son implantation sur le site de la Chaux-de-Fonds au mois de janvier 2008. On peut dès lors considérer qu'il a été répondu à la motion 07.166 et la classer.

12.4. Motion du groupe libéral-PPN "Pénurie d'organes humains à transplanter" (96.116)

La motion du groupe libéral-PPN, déposée le 20 mai 2006, a été acceptée par le Grand Conseil le 25 juin 1997.

96.116

20 mai 1996

Motion du groupe libéral-PPN

Pénurie d'organes humains à transplanter

Faute d'organes, et donc en grande partie faute de dispositions adéquates par les autorités politiques sur cet objet, trente-neuf individus sont décédés en Suisse en 1995. En Suisse, six centres procèdent aux transplantations. Pour améliorer les échanges d'organes, une centrale de coordination nationale a été créée en 1992. Les patients en attente d'une transplantation sont inscrits sur une liste nationale. L'infrastructure existe donc, mais les organes disponibles font défaut.

Il n'est pas difficile d'imaginer à quel point l'attente d'un organe pour le patient et pour ses proches doit être angoissante. C'est une question de vie ou de mort et parfois celle-ci survient avant qu'un donneur ne soit trouvé.

Actuellement, la loi de santé neuchâteloise, du 6 février 1995, applique le principe du consentement présumé: les organes peuvent être prélevés à moins que le décédé ne s'y soit opposé formellement ou que ses proches, après avoir été informés, ne manifestent un refus. L'adoption du principe du consentement présumé a pour but d'accroître le nombre de donneurs potentiels. Toutefois, lors des débats de la commission de santé du Grand Conseil genevois, il a été souligné que cette information auprès des proches au moment du décès est difficile et que le taux de refus est élevé.

Il nous apparaît donc nécessaire et humainement urgent d'encourager, par l'information, les habitants de notre canton à devenir d'éventuels donneurs, comme le font déjà les cantons du Jura et du Valais. Sauver des vies, éviter que des patients aient recours à un "tourisme médical" ignoble sont deux motifs assez forts pour que notre canton, sans attendre un article constitutionnel fédéral, prenne rapidement des dispositions adéquates en vue d'encourager les gens à accepter d'être d'éventuels donneurs.

Le matériel didactique existant déjà ainsi que l'infrastructure, les coûts d'une telle campagne sont peu importants.

En conséquence, le Conseil d'Etat est invité à étudier les voies et moyens, notamment avec l'aide de l'Institut de droit de la santé de Neuchâtel et avec Swiss-Transplant, pour informer la population sur cette question et augmenter le nombre de donneurs.

Les soussignés estiment que l'Etat de Neuchâtel dispose de plusieurs voies pour encourager ses habitants à se déterminer et proposent quelques suggestions:

- lors de chaque modification du permis de conduire, le conducteur devrait recevoir une étiquette, à coller dans son permis, pour savoir s'il accepte ou non d'être donneur. Pour assurer le respect de la protection des données, cette étiquette pourrait se présenter sous la forme d'un "code-barre", identique à ceux distribués par les services de transfusion du sang;
- pour les nouveaux conducteurs, une information préalable, donnée dans le cadre des cours de samaritains, pourrait être envisagée;
- par des collaborations éventuelles avec les services de transfusion, avec les médecins généralistes, avec Swiss-Transplant ou encore dans le cadre du recrutement des soldats, l'Etat de Neuchâtel pourrait multiplier les occasions d'informer.

Signataires: S. Perrinjaquet, H. Scheurer, I. Opan-Du Pasquier, F. Zwahlen, M. Barben, P. Golay, C. Blandenier, J. Grédy et P. de Montmollin.

Proposition

Comme déjà relevé au chapitre 11.1.3, la Suisse dispose, depuis le 1^{er} juillet 2007, d'une réglementation fédérale complète et d'un cadre légal uniforme en matière de médecine de transplantation qui représentent un espoir pour remédier au problème que soulève la motion. Entrées en vigueur à cette date, la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation, ainsi que ses quatre ordonnances d'exécution, doivent en effet contribuer à une meilleure disponibilité d'organes, de tissus et de cellules en Suisse. Les éléments essentiels de cette nouvelle législation sont mentionnés dans le chapitre précité. Une tâche importante est dévolue aux cantons: ceux-ci prennent la responsabilité de la définition et du contrôle des processus dans les hôpitaux dotés de services de soins intensifs et les centres de transplantations. Il s'agit en particulier des processus concernant le repérage et la prise en charge des donneurs d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que les constats de décès. Dans ce cadre, chaque hôpital doté d'une unité de soins intensifs doit désigner un coordinateur local qui a pour missions, d'une part, de mieux détecter les donneurs d'organes potentiels et, d'autre part, d'élaborer et de diffuser des procédures liées au don d'organes, d'instaurer un contrôle Qualité dans ce domaine ainsi que de former et d'informer le personnel médico-infirmier. Dans le canton de Neuchâtel, deux coordinateurs locaux de don ont déjà été nommés. Il s'agit des médecins-chefs des services de soins intensifs des deux établissements de soins aigus du canton de Neuchâtel. Au niveau romand, des collaborations sont en cours de construction sous l'égide de la Conférence latine des directeurs des affaires sanitaires et sociales (CLASS), qui s'appuient sur les hôpitaux universitaires.

Pour le reste, la loi sur la transplantation accorde une large place à l'information de la population. Il s'agit en particulier de faire connaître aux gens la possibilité d'exprimer leur volonté concernant le don d'organes, de tissus ou de cellules, les conséquences de cette décision ainsi que la réglementation et la pratique dans ce domaine, notamment les conditions de prélèvement, d'attribution et de transplantation d'organes. L'OFSP a ainsi lancé, en juin 2007, une vaste campagne de sensibilisation de la population à la nouvelle loi. Il a notamment développé un site Internet (www.transplaninfo.ch) et édité un dépliant envoyé à tous les foyers suisses. Celui-ci contenait notamment une carte de donneur conforme à la loi. L'utilité de la campagne sera mesurée à l'aide de trois enquêtes téléphoniques. Elles devront notamment permettre de déterminer si la campagne a exercé un impact significatif sur la population en terme de niveau d'information et d'expression de sa volonté. Ces contrôles d'efficacité seront soigneusement analysés et serviront de base à l'élaboration des mesures à mettre en œuvre pour les années à venir. A relever par ailleurs que le canton s'est engagé activement lors de journées nationales. Compte tenu de ces éléments, il nous paraît que la motion 96.116 peut être classée.

12.5. Postulat du groupe libéral-PPN "Période budgétaire et comptable de l'établissement hospitalier multisite cantonal" (04.179)

Déposé le 3 novembre 2004, le postulat a été accepté le 30 novembre 2004 par le Grand Conseil.

04.179

3 novembre 2004

Postulat du groupe libéral-PPN

Période budgétaire et comptable de l'établissement hospitalier multisite cantonal

Le Conseil d'Etat est invité à procéder à une étude dont l'objectif final est de faire correspondre la période budgétaire et comptable de l'établissement hospitalier multisite cantonal à la période budgétaire et comptable de l'Etat.

Signataires: J.-F. de Montmollin, I. Opan-Du Pasquier, U. de Meuron, E. Bernoulli et J. Walder

Proposition

Le principe d'échéance a été introduit dans les comptes 2006 et le budget 2007 de l'Etat, répondant ainsi sur le fond au postulat. Formellement, le Conseil d'Etat vous propose son classement dans le cadre du présent rapport.

13. CONCLUSION

Les réformes partielles de la LAMal concernant le financement des soins hospitaliers et celui des soins de longue durée (EMS et soins à domicile), adoptées récemment par les Chambres fédérales, vont affecter profondément et durablement notre système de santé cantonal. Elles tendent en effet à introduire davantage de concurrence entre les institutions de soins, à augmenter l'influence des assurances-maladie au détriment des cantons et à battre en brèche les barrières cantonales créées par le législateur fédéral lui-même lors de l'adoption de la LAMal.

Dans ces futures conditions cadres, un système de santé morcelé en de nombreuses petites institutions indépendantes et concurrentes n'est plus approprié, ce d'autant plus pour la population que connaît le canton de Neuchâtel. Avec l'aboutissement des grands chantiers institutionnels que sont l'HNe, NOMAD et le CNP, le Conseil d'Etat considère que l'organisation sanitaire neuchâteloise est prête à répondre dans de meilleures conditions aux défis que posent ces réformes fédérales.

Les modifications importantes et continues des conditions-cadre ainsi que les problèmes financiers ont, il est vrai, créé un climat d'inquiétude chez les professionnels de la santé ainsi que chez les patients et plus largement dans la population. Néanmoins, les grands changements structurels touchent à leur fin avec la création en cours du CNP et la réorganisation des missions de soins somatiques aigus décidée par le Conseil d'Etat. Une fois ces derniers éléments mis en oeuvre, le Conseil d'Etat pourra alors se concentrer sur la définition et la conduite d'une politique sanitaire innovante en collaboration avec ses nouveaux partenaires. Il s'agira notamment de les faire travailler ensemble sur des projets communs susceptibles de garantir à la population du canton une coordination optimale de la prise en charge sanitaire. Ces projets qui s'inscrivent

dans la stratégie politique de santé publique du Conseil d'Etat et du Grand Conseil, doivent encore être conceptualisés. Un concept de maintien à domicile comprenant une nouvelle planification de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées est à cet égard déjà en cours d'élaboration. Il sera suivi par le développement d'un projet clinique pour la psychiatrie cantonale auquel devra s'attaquer prioritairement le futur CNP. Enfin, des contrats de prestations pluriannuels pourront être négociés entre l'exécutif cantonal et les prestataires de soins, dans le cadre d'une vision globale définie en accord avec le législatif cantonal.

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

Neuchâtel, le 16 février 2009

Au nom du Conseil d'Etat:

Le président,
R. DEBÉLY

Le chancelier,
J.-M. REBER

Liste des abréviations

AMINE	Association des médecins d'institutions neuchâtelaises
ANAAP	Association neuchâtelaise d'accueil et d'action psychiatrique
ANEM	Association neuchâtelaise des établissements pour malades
ANEMPA	Association neuchâtelaise des établissements et maisons pour personnes âgées
ANIPPA	Association neuchâtelaise des institutions privées pour personnes âgées
AP-DRG	Système de financement dit "par pathologie"
AVIVO	Association de défense et de détente des retraités
BEJUNE	Berne – Jura - Neuchâtel
CCNC	Caisse cantonale neuchâtelaise de compensation
CCT	Convention collective de travail
CCT SANTE 21	Convention collective de travail Santé 21
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CEs 21	Convention Emploi santé 21
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CLASS	Conférence latine des directeurs des affaires sanitaires et sociales
CNP	Centre neuchâtelais de psychiatrie
CPG	Centre de psycho-gériatrie
CPSN	Centre psychosocial neuchâtelais
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DSAS	Département de la santé et des affaires sociales
EHM	Etablissement hospitalier multisite
EMS	Etablissement médico-social
GMH	Groupement des médecins hospitaliers
HDJ	Hôpital de jour
HNE	Hôpital Neuchâtelais
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCNP	Loi sur le centre neuchâtelais de psychiatrie
LCPC	Loi d'introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LEHM	Loi sur l'établissement hospitalier multisite
LESPA	Loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées
LPC	Loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LPMéd	Loi sur les professions médicales
LPTH	Loi sur les produits thérapeutiques
LTr	Loi fédérale sur le travail
MPR	Médecine physique et de réadaptation
NHP	Nouvel Hôpital Pourtalès
NOMAD	Neuchâtel organise le maintien à domicile
Obsan	Observatoire de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNR	Programme national de recherche
RASI	Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
RUN	Réseau Urbain Neuchâtelais
SCSP	Service cantonal de la santé publique

SIEN	Service informatique de l'entité neuchâteloise
SJEN	Service juridique de l'Etat
SMPea	Service médico-psychologique pour enfants et adolescents
SMUR	Services mobiles d'urgence et de réanimation
TARMED	Tarif médical (facturé aux assureurs-maladie)

TABLE DES MATIERES

	<i>Pages</i>
RESUME	1
1. INTRODUCTION	3
1.1 Structure et périmètre du rapport.	3
1.2 Contexte de la politique sanitaire.	4
2. PLANIFICATION SANITAIRE CANTONALE DE 1999	6
2.1 Rappel des orientations de la planification de 1999	6
2.2 Hôpitaux de soins physiques	7
2.3 Hôpitaux de soins psychiatriques	7
3. PROGRAMMES DE LA LEGISLATURE 2002 – 2005 ET 2006 – 2009	7
3.1 Programme de la législature 2002 – 2005.....	7
3.2 Programme de la législature 2006 – 2009.....	8
4. HÔPITAUX DE SOINS PHYSIQUES	8
4.1 Poursuite de la mise en oeuvre de la planification hospitalière de 1999	9
4.2 Création d'HNe	10
4.3 Nouvelle répartition des missions	12
4.3.1 Plan d'actions d'HNe d'octobre 2006 et déclaration du Conseil d'Etat y relative de janvier 2007.....	12
4.3.2 Projet de nouvelle répartition des missions de soins aigus d'HNe et déclaration du Conseil d'Etat y relative de janvier 2008.....	14
4.4 Hôpital de La Providence	18
4.5 Hospitalisations hors canton	19
4.6 Cliniques privées.....	21
4.7 Mode de financement	22
5. INSTITUTIONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES	24
5.1 Poursuite de la mise en oeuvre de la planification hospitalière de 1999	24
5.2 Création du CNP	25
5.3 Mode de financement	26
6. HOMES POUR PERSONNES ÂGÉES	27
6.1 Planification	28
6.1.1 Pratique restrictive en matière d'ouverture et d'extension de homes	28
6.1.2 Abandon du projet de création d'un home d'accueil temporaire avec foyer de jour sur le Littoral neuchâtelois.....	29
6.1.3 Travaux de transformation réalisés ou en cours de réalisation	29
6.2 Surveillance	29
6.3 Mode de financement	31
7. ORGANISATION POUR LE MAINTIEN A DOMICILE	32
7.1 Création de NOMAD	32
7.2 Concept de maintien à domicile.....	33
7.3 Mode de financement	34
8. SERVICES AMBULATOIRES	35
9. PREVENTION DES MALADIES ET PROMOTION DE LA SANTE	37
9.1 Politique de prévention et de promotion de la santé.....	37
9.2 Vaccinations	40
9.3 Dépistage systématique du cancer du sein par mammographie	42
9.4 Protection contre le tabagisme passif	43

9.5	Préparation à la pandémie	43
10.	RESSOURCES	46
10.1	Ressources financières	46
10.1.1	Désenchevêtrement des tâches (CODETA)	46
10.1.2	Introduction du principe d'échéance	46
10.1.3	Nouvelle péréquation financière (RPT).....	46
10.1.4	Plan financier 2006 à 2009 du Conseil d'Etat	47
10.1.5	Evolution des charges et recettes des institutions subventionnées ..	49
10.2	Ressources humaines	53
10.2.1	Conditions de travail du personnel de santé des institutions subventionnées.....	53
10.2.2	Démographie médicale	53
11.	ENVIRONNEMENT LEGISLATIF	58
11.1	Impact des mesures législatives adoptées ou en cours d'adoption au niveau fédéral.....	59
11.1.1	Révisions partielles de la LAMal	59
11.1.2	Loi sur les produits thérapeutiques (LPTh)	63
11.1.3	Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd)..	63
11.1.4	Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation).....	64
11.2	Révision de la loi de santé	65
12.	CLASSEMENT DES INTERVENTIONS PARLEMENTAIRE	66
12.1	Motion Marcelo Droguett "Cancer du sein" (01.118)	66
12.2	Motion populaire du Syndicat des services publics région Neuchâtel "Salaires du personnel de la santé. Honorez la parole donnée!" (07.131)...	67
12.3.	Motion populaire des sages-femmes d'HNe, site de Pourtalès "Pour une maternité unique" (07.166).....	68
12.4.	Motion du groupe libéral-PPN "Pénurie d'organes humains à transplanter" (96.116).....	69
12.5.	Postulat du groupe libéral-PPN "Période budgétaire et comptable de l'établissement hospitalier multisite cantonal" (04.179).....	71
13.	CONCLUSION	71