

**Avis du Conseil d'Etat**

sur

le rapport de la commission santé du Grand Conseil

à l'appui

**d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (LS)
(Planification et liste hospitalière)**

(Du 22 juin 2015)

Madame la présidente, Mesdames et Messieurs,

DEVELOPPEMENT

Le Conseil d'Etat confirme et complète par le présent avis son opposition au projet de loi présenté par la commission santé portant sur les planification et liste hospitalière.

Le projet en question entre en effet en pleine contradiction avec la clarification des compétences entre Grand Conseil, Conseil d'Etat, organes des entités parapubliques et administration à laquelle travaille le gouvernement et que le parlement a souvent sollicitée.

Cet exercice de clarification est encore plus nécessaire dans le domaine de la santé où les tensions rencontrées ces dernières années ont conduit à inscrire dans la législation nombre de précisions relevant clairement de la mise en œuvre opérationnelle, ce qui handicape aujourd'hui le canton et ses institutions, qui sont ainsi souvent privés de la réactivité nécessaire. Le projet présenté alourdirait aussi des processus administratifs déjà complexes, comme en atteste le délai de plus d'un an qui séparera l'établissement de la liste hospitalière 2016-2022 (automne 2015) du début des travaux de préparation (printemps 2014).

Pour le Conseil d'Etat, il convient donc de séparer clairement le niveau législatif relevant de la compétence du Grand Conseil, de celui de l'exécution, qui doit rester celui du Conseil d'Etat, de l'administration et des entités mandatées. Ces principes généralement admis ont été confirmés déjà dans le cadre des orientations présentées dans le rapport relatif au programme de réformes de l'Etat. Ils trouvent également leur application dans l'introduction progressive des principes de Gestion par enveloppes et Mandats de prestations (GEM) au sein de l'administration. Ils seront aussi appelés à être confirmés dans les prochains mois dans le cadre des principes régissant la gouvernance des partenariats.

Cette distinction entre la définition du cadre stratégique et des conditions de mise en œuvre opérationnelle est d'autant plus importante dans un domaine où, au stade de l'exécution, l'Etat peut être appelé à rendre des décisions sujettes à recours pour arbitrer des intérêts parfois divergents. De telles décisions prises par le pouvoir législatif et dont le fondement serait avant tout le résultat de débats politiques - plutôt que l'application de

critères objectivés - prêteront davantage le flanc à la critique et risquent d'affaiblir la position de l'Etat, en particulier en cas de contestation devant les tribunaux.

Sur ce point, le Conseil d'Etat a pris connaissance avec satisfaction du fait que la commission n'entendait pas soumettre l'établissement de la liste hospitalière à un vote du parlement, mais uniquement les étapes préalables, à savoir celle de l'établissement des besoins et celle de la définition des critères à prendre en considération.

Le Conseil d'Etat comprend bien, par ailleurs, le souhait du Grand Conseil de pouvoir définir dans quel cadre formel doit s'établir la liste hospitalière. Pour éviter la définition de critères purement circonstanciels et pour assurer aussi que les critères finalement retenus répondent au souci de l'intérêt public plutôt qu'à l'arbitrage des intérêts déjà manifestés dès le lancement du processus de la planification hospitalière, le gouvernement considère bien plus pertinent d'inscrire dans la loi les éventuels critères minimaux qui feraient défaut aujourd'hui plutôt que de transférer la compétence d'exécution du Conseil d'Etat au Grand Conseil.

Une telle approche justifierait certainement un nouveau renvoi du dossier à la commission santé: celle-ci pourrait ainsi proposer une adaptation de la loi de santé en la complétant des critères qui, à ses yeux, feraient défaut à l'heure actuelle. Une telle démarche prendrait certes du temps, un temps toutefois dont la commission dispose. Car d'une part l'établissement des besoins et des critères a déjà fait l'objet de décisions entrées en force pour l'établissement de la liste 2016-2022. Et d'autre part, la commission a constaté que ses propositions ne pourraient avoir un effet rétroactif sur ces étapes de la planification hospitalière et ne prendraient par conséquent effet que pour la planification hospitalière envisagée à l'horizon 2023.

Cela étant, le Conseil d'Etat doit relever que les travaux de la commission n'ont pas permis jusqu'ici d'identifier quels critères importants feraient défaut dans l'état actuel de la législation. Ainsi et au cas où le parlement ne devait pas souhaiter renvoyer le projet à la commission santé dans le sens formulé ci-devant, le Conseil d'Etat propose alors de s'en tenir à la répartition actuelle des compétences décisionnelles, en la complétant toutefois d'une consultation de la commission santé sur la définition des besoins et sur les critères retenus en amont de l'établissement de la liste. Une telle procédure, plus légère et davantage conforme aux principes usuels de répartition des compétences, offrirait ainsi au Grand Conseil, via sa commission santé, d'exprimer ses préoccupations et son appréciation avant décision du gouvernement sur ces deux étapes de la planification hospitalière.

Il n'est pas inutile de rappeler que parmi les cantons latins, seuls les parlements des cantons de Fribourg et du Tessin sont impliqués dans le processus de planification hospitalière. A Fribourg, le Grand Conseil est consulté sur le projet de liste hospitalière mais n'est pas compétent pour décider de celle-ci. Seul le Grand Conseil tessinois est pleinement compétent dans ce domaine. Cette attribution de compétence paraît toutefois être la source de blocages politiques: de fait, si les propositions de planification hospitalière ont été faites depuis de nombreux mois, aucune décision n'a pu être prise à ce jour à notre connaissance.

Relevons enfin que l'approbation par le Grand Conseil des besoins en soins hospitaliers pourrait être problématique. En effet, cette étape de la planification hospitalière doit être réalisée selon une démarche vérifiable comme le prévoit la loi fédérale. Cette étape consiste en un travail statistique conséquent et minutieux reposant sur les statistiques fédérales hospitalières pour lesquelles des perspectives d'évolution sont imaginées. Ces dernières sont essentiellement techniques et très peu politiques. Elles sont posées sous la forme d'hypothèses d'évolution des besoins et n'ont pas, ou alors que très peu, d'influence sur les besoins réels de la population.

Dès lors, il apparaît au Conseil d'Etat que la plus-value apportée par le Grand Conseil ne serait que très faible, voire inexistante. De plus, si le Grand Conseil venait à remettre en question ou à refuser les propositions émises par le Conseil d'Etat à ce sujet, l'analyse devrait être reprise depuis le début avec à la clé de lourdes conséquences sur le processus de planification, en particulier sur son calendrier. Enfin, le fait que le Grand Conseil se prononce sur les critères de la liste hospitalière comporte un risque que des critères régionalistes l'emportent sur des critères techniques liés avant tout à des questions de qualité et de sécurité des soins.

CONCLUSION

Au vu des arguments développés ci-devant, le Conseil d'Etat continue de s'opposer à la proposition de la commission santé, qu'il juge contraire à la répartition usuelle des compétences entre législatif et exécutif.

A ses yeux, l'extrême sensibilité du sujet et l'importance des intérêts en jeu ne justifient pas que l'on s'écarte d'une saine répartition des compétences et devraient au contraire motiver une grande rigueur dans leur définition, de façon à ne pas affaiblir la position de l'Etat en cas d'éventuelles contestations. La politique neuchâteloise de santé n'a pas besoin de nouvelles zones de flou.

Dès lors, soit la législation actuelle est jugée insuffisante du point de vue de la définition des critères légaux à prendre en considération pour la planification hospitalière et le dossier doit être renvoyé à la commission santé pour compléments sur ce point; soit la formulation actuelle des critères légaux est satisfaisante et l'association du Grand Conseil à la définition des besoins et des critères au stade de l'exécution doit se faire par la consultation de la commission santé et non par le transfert au parlement de compétences d'exécution.

L'amendement que nous vous proposons ci-après permet de concrétiser le deuxième terme de cette alternative.

En vous remerciant par avance de prendre ce qui précède en considération, nous vous invitons dès lors, Madame la présidente, Mesdames et Messieurs, à rejeter le projet de loi de la commission santé.

Neuchâtel, le 22 juin 2015

Au nom du Conseil d'Etat:

La présidente,
M. MAIRE-HEFTI

La chancelière,
S. DESPLAND

GRAND CONSEIL NEUCHATELOIS

Date: 22 juin 2015

Type de proposition: Amendement

Rattaché à: ad 13.178

Auteur-e-s: Conseil d'Etat

Titre: Projet de loi portant modification à la loi de santé (LS) (Planification et liste hospitalière)

Dans le cadre du rapport de la commission santé du Grand Conseil, du 18 mai 2015, à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (LS) (Planification et liste hospitalière), le Conseil d'Etat propose de modifier le projet de loi proposé par la commission santé comme suit:

Art. 83a, alinéa 8 (nouveau)

⁸***La commission santé du**—Le Grand Conseil **est consultée sur**—~~approuve~~ la planification hospitalière, notamment **sur** la planification des besoins et **sur** la liste des conditions à remplir pour figurer sur la liste hospitalière, au sens des alinéas 1 et 2 in fine du présent article.*