

**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil
concernant
la politique sanitaire cantonale 2015-2022**

(Du 16 février 2015)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

RESUME

Répondant à un besoin de coordination et de fonctionnement en réseau toujours plus important entre les acteurs du système cantonal de santé pour faire face aux défis actuels et à venir qui le concernent, le présent rapport pose les bases d'une politique sanitaire cantonale prospective globale et coordonnée.

Mettant l'être humain au cœur de ses réflexions et dans une approche de santé publique, le Conseil d'Etat y définit six grandes orientations ou priorités stratégiques qui transcendent les grands domaines de la santé et s'inscrivent dans un horizon à moyen-long terme, en l'occurrence 2022. Ces orientations sont les suivantes :

- 1. renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé;*
- 2. assurer une offre en soins suffisante, adaptée aux besoins et accessible sans discrimination ;*
- 3. améliorer la qualité des prestations;*
- 4. optimiser l'organisation du système de santé cantonal;*
- 5. renforcer les instruments de pilotage du système de santé cantonal;*
- 6. limiter la hausse des coûts de la santé.*

Ces orientations sont déclinées en un certain nombre d'objectifs, eux-mêmes subdivisés en mesures, qui sont pour un certain nombre déjà lancées et que le Conseil d'Etat entend concrétiser ces prochaines années. Le tout doit permettre à l'Etat, sa mission l'exige, de garantir dans la durée à la population neuchâteloise une offre sanitaire globale et coordonnée, de qualité et à un coût acceptable.

Conscient des enjeux politiques actuels et des attentes y relatives, le Conseil d'Etat entend mettre l'accent sur les mesures les plus sensibles et urgentes durant la présente législature. Celles-ci porteront essentiellement sur la poursuite des travaux engagés ces dernières années, à savoir la consolidation de l'organisation des établissements de droit public que sont l'HNE, le CNP et NOMAD ainsi que la planification de l'offre, hospitalière ou médico-sociale. Un accent particulier sera également mis sur le développement de

priorités en matière de prévention et de promotion de la santé, dans le prolongement des objectifs fixés dans le cadre du programme de législature 2013-2017 du Conseil d'Etat, et le développement ou la poursuite de plans d'actions en la matière.

Le rapport de politique sanitaire a été préavisé positivement à l'unanimité des membres présents du Conseil de santé, moins une voix. Son annexe 7, portant rétrospective de la planification sanitaire pendant la période 2009-2013, et son annexe 8, portant classement d'un certain nombre de motions et postulats dans le domaine de la santé, l'ont été à l'unanimité¹. Il en est allé de même du rapport séparé à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (toiletage technique).

1. INTRODUCTION

La politique neuchâteloise de santé actuelle consiste en une juxtaposition de planifications (planification hospitalière, planification médico-sociale pour les personnes âgées), d'objectifs stratégiques proposés par le Conseil d'Etat et validés par le Grand Conseil (options stratégiques de l'HNE à horizon 2017, plan d'action du CNP 2010-2012), de plans ou de programmes de santé publique (plan directeur de prévention et promotion de la santé, plan cancer, programme alimentation et activité physique, plan santé mentale, plan tabac). Les grands domaines de la santé d'une part, et certaines problématiques sanitaires d'autre part, y sont considérés pour l'essentiel pour eux-mêmes, dans une organisation et un fonctionnement encore trop cloisonnés et n'offrant pas de vision d'ensemble, même si les liens entre eux sont importants. Or, le besoin de coordination et de fonctionnement en réseau entre ceux-ci s'accroît pour faire face à l'évolution des besoins sanitaires et aux défis importants auxquels est confrontée globalement notre société en matière sanitaire.

De manière très générale, aucun système ne peut être conduit ou fonctionner, en tous les cas de manière efficiente, si sa direction et ses objectifs globaux ne sont pas clairement établis. C'est tout particulièrement le cas pour le système de santé, avec la difficulté particulière qu'il se caractérise par une répartition des compétences entre Confédération, cantons et, dans une moindre mesure, communes, ainsi que par la très grande diversité et hétérogénéité de ses acteurs, aussi bien publics que privés, et aux intérêts souvent divergents. Donner une vision claire et transparente des priorités et des objectifs est alors essentiel pour que les différents niveaux décisionnels tirent à la même corde et dans la même direction, ou au moins pour que les acteurs connaissent les directions dans laquelle il est attendu qu'ils s'inscrivent. Vu les soubresauts récents qu'a connu ce secteur dans notre canton, les questions organisationnelles et juridiques ainsi que les situations politiquement les plus tendues l'ont souvent emporté sur les objectifs généraux d'une politique de santé publique, de sorte que la redéfinition de ceux-ci prend encore plus d'importance dans notre canton.

Par le présent rapport, le Conseil d'Etat entend poser les bases d'une politique sanitaire cantonale globale et coordonnée qui ne se limite pas à des plans sectoriels, par grands domaines d'action de l'Etat cantonal en matière de santé. Il s'agit plus concrètement par ce document d'énoncer des priorités d'actions, des orientations stratégiques et des objectifs plus spécifiques qui y sont liés, déclinés en mesures à mettre en œuvre dans un horizon de moyen-long terme. En l'occurrence, l'horizon visé par ce rapport est celui de 2022, soit environ deux législatures. L'ensemble doit permettre à l'Etat, comme cela est sa mission, de garantir dans la durée à la population neuchâteloise une offre sanitaire

¹ Avec toutefois une abstention s'agissant de l'annexe 8

globale et coordonnée, de qualité et à un coût acceptable, s'inscrivant dans une approche générale de santé publique, qui met l'être humain au cœur du dispositif.

Le Conseil d'Etat considère que les réformes structurelles menées depuis plusieurs années dans le canton, marquées notamment par la création successive des établissements de droit public que sont l'HNE, le CNP et NOMAD, et corolairement par la réduction du nombre d'acteurs et par un renforcement de la professionnalisation de la prise en charge sanitaire, contribuent clairement à favoriser la mise en œuvre d'une telle politique. Elles permettent notamment d'envisager un meilleur fonctionnement en réseau et, partant, une meilleure coordination des acteurs du monde de la santé ainsi que la suppression progressive de prestations redondantes.

En réponse à une exigence de la législation, le présent rapport contient pour le surplus une brève rétrospective des développements intervenus dans le système cantonal de santé durant ces dernières années. Il propose aussi le classement d'une série de motions et postulats en lien avec le domaine de la santé. Chacun de ces volets est détaillé dans une annexe spécifique au rapport.

Le Conseil d'Etat propose en parallèle, dans un rapport séparé, un projet de modification de la loi de santé (LS), du 6 février 1995 correspondant à un léger toilettage et portant révision d'éléments avant tout d'ordre technique, de peu de sensibilité politique.

2. FONDEMENTS DE LA POLITIQUE SANITAIRE CANTONALE

2.1. Raison d'être de l'intervention des pouvoirs publics dans le domaine sanitaire

"La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale". Issue de la Constitution de l'OMS qui a ensuite donné lieu à la Déclaration des droits de l'homme, cette phrase définit la santé comme un droit fondamental et inaliénable de la personne.

Dans la législation suisse, le principal droit de la population en matière de santé est le droit d'accès aux soins ou "droit à la santé". Il s'agit plus particulièrement du droit de recevoir les soins nécessaires et le droit à la prise en charge financière de ces derniers.

Les pouvoirs publics ont ainsi un rôle important à jouer dans le secteur de la santé afin de garantir ce droit à la population. En effet, le marché ne peut pas régler de manière satisfaisante l'ensemble du secteur de la santé, qui ne peut être réduit à une pure activité économique régie par la loi de l'offre et de la demande, les biais de concurrence y étant très nombreux (p. ex. existence de monopoles locaux, asymétrie d'information entre soignants et patients, variabilité du produit et de sa qualité et intervention d'un tiers payeur, l'assurance obligatoire des soins (AOS), qui conduit à une insensibilité au prix).

2.2. Répartition des compétences entre la Confédération, les cantons et les communes, dans le domaine sanitaire

Les compétences formelles dans le domaine de la santé en Suisse sont pour l'essentiel partagées entre la Confédération, les cantons et, dans une moindre mesure, les communes. Le détail de cette répartition est présenté à l'annexe 1. Plusieurs acteurs privés jouissent également d'un certain nombre de compétences ressortant de la LAMal, notamment en matière tarifaire.

Le système de santé en Suisse est organisé de manière décentralisée et fédéraliste et il relève encore majoritairement de la compétence des cantons. L'autonomie organisationnelle attribuée aux cantons se traduit ainsi en Suisse par une multitude de systèmes sanitaires, même si, sous l'effet de la LAMal, on tend vers une harmonisation lente de ceux-ci. Cependant, du fait de l'ampleur et de la portée des thèmes à traiter, la ligne de démarcation entre les compétences de la Confédération et des cantons s'est progressivement déplacée vers la première. Au cours des quinze dernières années, en effet, la Confédération s'est vu attribuer et a dû assumer de nombreuses tâches nouvelles. Il convient par ailleurs de relever que, dans un certain nombre de domaines, la Confédération et les cantons ont des compétences conjointes qui les obligent à collaborer de manière très étroite. Enfin, pour accomplir les tâches qui leur sont dévolues dans le domaine sanitaire, les cantons collaborent avec les communes dans une mesure qu'ils définissent, dans leur législation de santé notamment. Ces tâches, relativement peu nombreuses, sont décrites pour le canton de Neuchâtel dans l'annexe¹.

Dans le cadre du présent rapport, nous nous intéresserons plus particulièrement aux compétences cantonales, qui peuvent être résumées comme suit: garantir l'approvisionnement en soins et, dans ce cadre, assurer l'équipement du territoire en établissements et institutions adéquats, complémentaires et adaptés aux besoins de la population; délivrer les autorisations cantonales d'exercer les professions de la santé et d'exploiter des institutions de soins (hôpitaux, EMS notamment); assurer la "police de la santé publique" et la surveillance des institutions de santé; encourager la prévention et la promotion de la santé; financer les institutions de soins et appliquer le droit fédéral en matière sanitaire.

2.3. Pilotage du système de santé en Suisse

Au-delà des limites au champ d'intervention du canton résultant de la répartition des compétences entre Confédération et cantons résumée ci-dessus, il faut ajouter celles découlant du système de pilotage du système de santé en Suisse, de nature fédéraliste. Celui-ci accorde par principe une importante responsabilité aux autorités cantonales dans l'organisation sanitaire. Mais, en réalité, ce pilotage politique sur le plan cantonal a été progressivement affaibli par le pouvoir toujours plus important confié aux assurances-maladie et par la libéralisation opérée par la LAMal, qui a conduit à ce que les règles du marché et de la libre concurrence supplantent progressivement l'approche de santé publique. Ainsi, les autorités politiques ont été peu à peu privées de prérogatives et de moyens d'actions pourtant essentiels pour orienter l'ensemble du système de santé, garantir à chacun un accès équitable aux soins et contenir les coûts d'un système dont le financement est essentiellement assuré par des contributions obligatoires.

De nombreux exemples récents attestent de cette évolution: développement de prestations privées à charge de la collectivité dès que les prestations de NOMAD sont limitées en raison des contraintes budgétaires, installation d'équipements médicaux techniques lourds aux frontières extérieures du canton par des instituts de radiologie pour contourner le régime de la clause du besoin répondant notamment à un objectif de maîtrise des coûts, transfert massif de charges des assurances privées vers les cantons pour des hospitalisations hors canton par convenance personnelle, quasi absence de compétence cantonale en matière tarifaire quand bien même l'impact des tarifs est majeur sur le budget des familles et sur les finances cantonales, etc.

L'organisation sanitaire de notre pays entretient par ailleurs une énorme confusion des rôles et des responsabilités entre acteurs publics et privés, ce qui restreint le champ d'intervention des cantons en la matière. Pour l'essentiel, le financement des soins est public, mais les prestataires en la matière peuvent être aussi bien de type public que privé (hôpitaux et cliniques, soins à domicile, EMS). Pour une part, le financement public

(primes LAMal correspondant à une contribution obligatoire) est organisé par des privés (assurances-maladies). Quant aux acteurs privés des soins, ils sont pour la plupart exonérés des servitudes du public (urgences, formation, gardes, etc.), tout en diminuant la taille critique des prestataires publics et d'une partie de leurs revenus. Enfin, les responsabilités en matière de planification sont attribuées aux autorités cantonales dans un système conçu néanmoins comme un marché concurrentiel et ouvert, avec des interventions influentes de multiples acteurs qui n'ont pas à endosser de responsabilité collective en la matière (assurances-maladie, organismes privés fixant des critères de qualité, organisme intercantonal attribuant des mandats de prestations, etc.).

La pseudo-concurrence qui caractérise ainsi le système de santé l'engage dans une spirale inflationniste caractérisée par un développement excessif de l'offre et des surinvestissements. Ce travers est aggravé par le fait que l'absence de rationalité dans nos choix de consommation est exacerbée lorsqu'il s'agit de questions de santé, que la concurrence ne peut – heureusement – pas non plus s'exercer sur le catalogue des prestations remboursables à charge de l'AOS et que les décisions d'investissements, s'agissant de tâches d'intérêt public, sollicitent les budgets publics et sont principalement stimulées par les décisions des autres acteurs du système, considérés comme des concurrents, plutôt que comme partenaires d'une planification globale.

On relèvera encore, sans toutefois développer ce point, que la concurrence est d'autant plus problématique dans ce système que l'une de ses conditions essentielles n'est pas remplie, à savoir celle de la transparence. Le patient ne dispose en effet, comme cela a déjà été relevé plus haut, que de très peu d'indicateurs lui permettant d'orienter ses choix, les critères de qualité sont encore très flous, voire non pertinents (p. ex. qualité d'une institution jaugée souvent à celle de l'accueil ou de la prestation hôtelière, mais très peu à la prestation de soins à proprement parler) et la responsabilité en cas de non-respect de ces maigres critères sanitaires est proche de zéro.

2.4. Répartition des compétences entre autorités dans le canton de Neuchâtel

Sous réserve de quelques compétences attribuées au Grand Conseil par la LS ou par des lois spéciales, c'est le Conseil d'Etat qui définit la politique cantonale en matière de santé publique et en exerce la haute surveillance. Il pourvoit par ailleurs à l'exécution des conventions internationales, du droit fédéral, des concordats et du droit cantonal (art. 7 LS). Il appartient au département en charge de la santé (aujourd'hui le Département des finances et de la santé, DFS) de planifier, coordonner et mettre en œuvre la politique sanitaire du canton. Il assure en outre l'exécution des lois, ordonnances, arrêtés et règlements fédéraux et cantonaux, ainsi que des conventions et des concordats. Pour l'accomplissement de ses tâches, le DFS dispose notamment du service de la santé publique (SCSP). Il collabore avec les autres services de l'Etat agissant dans le domaine de la santé (notamment SCAV, SENE, SIAM, SFPO, SEO) et consulte au besoin les autorités communales, les institutions d'utilité publique et les organisations professionnelles concernées (art. 8 LS). Les missions du SCSP consistent concrètement à:

1. **Etat de santé.** promouvoir l'aménagement et le maintien de conditions de vie favorables à la santé en tant qu'état de bien-être et d'équilibre physique, psychique et social (définition de la santé de l'OMS) et protéger la population par des mesures appropriées contre des risques ou des atteintes à la santé de tout ou partie de ses individus;
2. **Accessibilité.** assurer un accès sans discrimination aux prestations de soins et d'accueil, aux personnes atteintes dans leur intégrité physique ou psychique, et veiller au respect de leurs droits;
3. **Qualité et économie.** promouvoir la qualité des prestations en veillant à une utilisation judicieuse des ressources.

4. **Organisation.** assurer l'organisation, la planification et la gestion du système de santé

2.5. Portée et périmètre de la politique sanitaire cantonale 2015-2022

La politique de la santé représente plus que la simple prise en charge de patients-malades-assurés. Autrement dit, elle ne se limite pas à la politique et à la gestion du système des soins, pas plus que le système de soins ne se résume à l'hôpital ou l'hôpital à ses missions de soins aigus ou à ses disciplines de chirurgie, même si ces dernières monopolisent souvent le débat politique et l'attention du public et absorbent une partie importante des ressources du système de santé. Elle doit également se préoccuper de la santé globale de la population, de ce qui l'influence et de ce qui peut en faire une ressource inégalement répartie entre les citoyens, et tenir compte du fait que la santé et le risque de la perdre sont tributaires de différents facteurs, individuels ou sociétaux. Elle doit ainsi intégrer les dimensions sociales, psychiques ou spirituelles des individus lorsqu'ils sont atteints dans leur santé. Elle est également étroitement liée à d'autres domaines de la politique fédérale, cantonale ou communale, tels que la politique du sport, éducative, sociale, environnementale, du travail ou de la famille. La responsabilité individuelle est donc un aspect d'une politique de santé publique. Mais il ne saurait suffire à lui-même.

En recourant à l'expression "politique sanitaire " ou "politique de santé" dans son intitulé, le présent rapport entend insister sur la nécessité d'intégrer ces différentes dimensions et ne pas se cantonner à la "politique de soins".

Pour illustrer ce positionnement, le Conseil d'Etat entend s'appuyer sur des comparaisons entre pays qui font apparaître un certain nombre de constats intéressants. L'un de ceux-ci atteste en particulier qu'il ne suffit pas pour un pays d'être riche et de consacrer une part importante de son PIB, comme le font notamment les Etats-Unis, la France et la Suisse, aux systèmes de soins pour assurer à sa population l'espérance de vie la plus longue. Ainsi, à titre d'exemple, mais on pourrait en citer d'autres, l'espérance de vie est d'une année plus élevée en Grèce qu'en Suisse, alors que le PIB par habitant y est environ deux fois inférieur et les dépenses de santé par habitant à peu près trois fois moins élevées.

S'agissant d'un premier rapport de politique sanitaire, et considérant les urgences actuelles et les ressources à disposition, le Conseil d'Etat entend toutefois axer en priorité son action sur l'évolution nécessaire du système de santé au sens étroit, plus particulièrement du secteur subventionné par l'Etat, et sur les mesures d'accompagnement nécessaires. Il souhaite ainsi limiter le périmètre et la portée de ce rapport pour l'essentiel aux domaines traditionnels de la santé publique qui sont liés aux tâches du SCSP, soit aux domaines et tâches résumées dans les missions du SCSP présentées au chapitre précédent.

Le Conseil d'Etat n'entend également pas développer dans le présent rapport les principes ou valeurs de base qui doivent guider toute politique sanitaire, à savoir:

- La responsabilité sociale et collective: conformément à l'article 3 de la loi de santé, la politique de santé doit permettre aux individus d'influer sur leur contexte de vie, leur permettre d'exercer des choix éclairés en matière de santé et de modifier leurs comportements individuels lorsqu'ils sont nocifs à leur santé. Elle se doit également d'agir directement sur le contexte global de la société en agissant au niveau structurel, sachant que la santé est influencée aussi par des déterminants qui dépassent largement les comportements individuels; une politique de santé ne peut ainsi pas se fonder sur la seule responsabilité individuelle.

- L'accessibilité et l'égalité des chances: la politique de santé doit permettre à chacun, quel que soit son contexte personnel, d'accéder sans discrimination aux mêmes compétences, ressources et prestations de base en matière de santé, sachant qu'il existe aujourd'hui des inégalités dans l'accès à la santé au sein de la population;
- L'efficience: la politique de santé doit garantir à la population un accès équitable à des services de santé de qualité et sûrs, tout en assurant qu'ils soient soutenables financièrement et en mesure d'être fournis, notamment en termes de ressources humaines et de structures.

Même s'ils ne sont pas développés ici, il n'en demeure pas moins que ces principes et valeurs de base sous-tendent la politique développée dans le cadre du présent rapport.

3. CONTEXTE GENERAL ET DEFIS ACTUELS ET A VENIR

3.1. Contexte national

3.1.1. *Stratégie globale Santé 2020*

Le système de santé suisse est confronté d'une part à différents défis (augmentation des maladies chroniques, adaptation des structures de soins, capacité à financer et accessibilité financière) et, d'autre part, à des faiblesses (forte fragmentation du système de santé, effets pervers, prévention des maladies et dépistage précoce lacunaires, hétérogénéité des systèmes d'assurance-qualité, pilotage lacunaire et manque de transparence). Dans le but d'ajuster le système, le Conseil fédéral a proposé une stratégie "Santé 2020", qui énonce les priorités en matière de santé prévues par la Confédération jusqu'en 2020. Cette stratégie, qui s'inscrit dans le cadre des compétences de la Confédération en matière de santé, envisage le déploiement de quatre domaines d'action, douze objectifs et trente-six mesures qui visent à compléter ou à renforcer les réformes déjà en cours dans le domaine de la politique de la santé. Ceux-ci sont brièvement résumés dans l'annexe 2 au présent rapport.

Leur mise en œuvre se fera de manière progressive et coordonnée. La stratégie tient compte du fait que le système de santé comprend de nombreux acteurs et parties prenantes, dont notamment les cantons, lesquels sont activement associés à son ajustement et à sa mise en œuvre.

3.1.2. *Stratégies et Masterplan thématiques*

Le Conseil fédéral a développé depuis quelques années un certain nombre de stratégies et masterplan thématiques qui sont englobés, pour certains a posteriori, dans la stratégie globale "santé 2020".

Il s'agit en particulier des stratégies en matière de démence, de soins palliatifs, de cybersanté, de la stratégie contre le cancer et des masterplans "médecine de premier recours et médecine de base" et "formation des professions de la santé". Les buts spécifiques de ces stratégies sont présentés à l'annexe 3 au présent rapport.

Il convient de relever que les thématiques couvertes par ces stratégies entrent dans des domaines de compétences conjoints de la Confédération et des cantons et que, dans ces situations, une pratique bien ancrée veut que la Confédération définisse des stratégies à l'échelon national fixant le cadre et qu'elles soient ensuite déclinées sur le plan cantonal

par les autorités compétentes dans des plans d'actions qui tiennent compte des acteurs du terrain pour leur mise en œuvre.

3.1.3. Evolution du droit fédéral

De nombreux changements législatifs ayant un impact sur les politiques sanitaires cantonales sont intervenus récemment, sont en cours d'élaboration par le Conseil fédéral ou d'examen par les Chambres fédérales. On pense notamment aux révisions partielles successives de la LAMal qui influence ou contraint toujours plus les politiques cantonales. En particulier celles relatives au financement des soins de longue durée, au financement hospitalier et à la limitation des admissions des médecins sont aujourd'hui déjà en vigueur, et celle en lien avec le pilotage du domaine ambulatoire est encore à l'état d'avant-projet. On pense également à la nouvelle loi fédérale sur les épidémies (LEp), qui a déjà été adoptée par le Parlement, mais qui n'est pas encore entrée en vigueur, au projet de loi sur le dossier électronique du patient (LDEIP), en cours d'examen par le Parlement, ainsi qu'à l'avant-projet de loi fédérale pour le Centre pour la qualité dans l'AOS. Ces différents projets ou révisions sont détaillés dans l'annexe 4 au présent rapport.

3.2. Contexte intercantonal et régional

Confrontés à des problématiques de plus en plus communes et dépassant leurs frontières, les cantons ont développé des structures de coopération intercantionales et régionales ou des collaborations plus ou moins formalisées dans le cadre de conventions. La collaboration intercantonale ou régionale a en effet tout son intérêt pour les cantons lorsque des tâches qu'ils reconnaissent être communes peuvent être fournies à moindres coûts, de manière plus efficace, et sans perte de légitimité politique.

La collaboration intercantonale dans le domaine de la santé bénéficie d'une longue tradition puisque les cantons collaborent entre eux depuis plus de cent ans, en particulier de manière bilatérale. Elle s'institutionnalise toujours plus à un échelon national, intercantonal et régional, notamment dans l'espace de l'Arc jurassien pour ce qui concerne le canton de Neuchâtel. Nous mentionnerons ci-après les principales structures existant à l'échelon intercantonal et régional, sans prétendre à l'exhaustivité. Il y a lieu de relever que les autorités sanitaires cantonales sont, par leurs représentants, très actives au sein de ces structures, en particulier dans leurs organes de direction.

Avec la création de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) en 1919, la collaboration s'est étendue sur le plan intercantonal au niveau suisse et s'est récemment concrétisée plus particulièrement par la création d'organes spécifiques pour la planification du domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS). Depuis les années septante, cette collaboration des cantons au niveau suisse a également pris une dimension régionale, avec notamment la création de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) et du Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin (GRSP), une conférence régionale gouvernementale, respectivement un groupement administratif réunissant les directions de santé publique auxquels participe le canton de Neuchâtel.

Il y a aussi lieu de mentionner les structures de coopération à l'échelon régional BEJUNE qui répondent à des préoccupations de santé publique plus thématiques. On pense en particulier au Centre de dépistage du cancer du sein BEJUNE (CDCS BEJUNE), association qui a pour but de promouvoir, organiser, gérer et mener à bien un programme de dépistage du cancer du sein par mammographie commun aux trois cantons. On pense aussi à l'Equipe mobile de soins palliatifs BEJUNE (EMSP BEJUNE), autre association dont les buts sont la promotion et le développement des soins palliatifs

dans les cantons de Neuchâtel, du Jura et de Berne, pour l'arrondissement du Jura bernois, notamment par la création d'une équipe mobile commune ayant pour mission d'offrir sur leur territoire les services d'une équipe spécialisée de 2^{ème} ligne en soins palliatifs.

On peut aussi mentionner une autre structure de collaboration plus récente à l'échelon régional, l'association Région Capitale Suisse (RCS), dont est membre le canton de Neuchâtel, qui a fait de la santé l'un de ses champs d'action prioritaire. On peut encore faire état de la collaboration récente mise sur pied avec le canton de Vaud et la Fondation Urgences Santé Vaud (FUS) pour la gestion des appels sanitaires urgents, dans le contexte de la réorganisation des soins préhospitaliers et des mesures d'urgence sanitaires.

Enfin, les chefs de département de la santé des cantons de Neuchâtel et du Jura ont signé à la mi-juin 2014, au nom de leurs gouvernements respectifs, une déclaration d'intentions visant à intensifier les collaborations dans le domaine de la santé en général, ainsi qu'à étudier les possibilités, les opportunités ainsi que les modalités de collaborations accrues dans le domaine hospitalier, en partenariat avec les organes des hôpitaux de droit public des deux cantons.

3.3. Contexte cantonal

3.3.1. *Rétrospective de la planification (politique) sanitaire 2009-2013*

En vertu de l'art. 83a, al. 3 LS, le Conseil d'Etat adresse tous les quatre ans au Grand Conseil un rapport d'information sur l'état de la planification sanitaire, sur les options stratégiques prises par l'HNE ainsi que le CNP et sur la politique de maintien à domicile suivie par NOMAD, ainsi que sur la réalisation des objectifs qui leur ont été confiés.

Le présent rapport, dans cette partie et son annexe 7, a pour but de répondre à cette exigence du législateur, en lui apportant les informations requises sur une période portant sur les années 2009 à 2013. Si cette période excède celle de 4 ans prévue par la disposition précitée, c'est que d'importantes décisions qui touchent le système de santé et qui ont occupé la précédente législature (notamment l'organisation hospitalière et la répartition des missions au sein d'HNE, mais aussi l'organisation des soins préhospitaliers) ont été prises à la fin 2013. Il paraissait important de pouvoir aborder ces dossiers dans leur globalité dans ce rapport, pour des questions d'unité de matière.

Tout comme ce fut le cas pour le précédent rapport d'information (2004-2008), mais pour des raisons encore plus évidentes à la lecture de l'intitulé du présent rapport, celui qui porte sur la période 2009-2013 touche non seulement la planification des institutions de soins au sens étroit, en particulier celles des hôpitaux et des EMS, mais aborde également, de façon synthétique, les principaux aspects de politique sanitaire cantonale développée durant la dernière législature. Comme cela a été relevé plus haut, celle-ci n'avait pas été formalisée dans un document unique à vocation prospective, auquel il soit possible de se référer aujourd'hui.

Le présent rapport fait ainsi une présentation très synthétique, par grands domaines, des principaux dossiers/projets stratégiques, conceptuels ou législatifs, qui ont été adoptés, mis en œuvre ou lancés dans le secteur de la santé pendant la période considérée. Si le Grand Conseil souhaite avoir une vue plus détaillée de ce qui s'est fait pendant cette période, il est invité à se référer au rapport complémentaire sur la planification sanitaire 2009 – 2013 qui figure dans l'annexe 7 au présent rapport.

Domaine prévention des maladies et promotion de la santé

Stratégie générale:

- Elaboration par le département de la santé, adoption par le Conseil d'Etat (2009) et mise en œuvre par ce même département d'un plan directeur de prévention et promotion de la santé, décliné en différents programmes ou plans d'actions spécifiques;
- Elaboration, adoption (2010) et mise en œuvre par le par le département de la santé d'un programme alimentation et activité physique 2011-2015;
- Elaboration par le département de la santé, adoption par le Conseil d'Etat (2013) et début de mise en œuvre d'un plan d'action en 10 objectifs pour la santé mentale.

Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles:

- Elaboration par le département de la santé, adoption par le Conseil d'Etat (2012) et mise en œuvre d'un plan cantonal cancer;
- Poursuite de la mise en œuvre d'un programme de dépistage systématique du cancer du sein;
- Elaboration par le département de la santé et adoption par le Conseil d'Etat, puis le Grand Conseil (2009) d'un projet de loi portant modification de la loi de santé interdisant la fumée dans les lieux publics (tabagisme passif).

Prévention et lutte contre les maladies transmissibles:

- Déploiement de mesures de prévention par la vaccination;
- Organisation de campagnes de vaccination contre la grippe;
- Mises en place et en œuvre d'un programme de vaccination contre le cancer de l'utérus;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'élimination de la rougeole
- Elaboration et mise en œuvre de mesures préparatoires face à une pandémie de grippe.

Domaine préhospitalier

- Elaboration par le Conseil d'Etat et adoption par le Grand Conseil, puis par le peuple à la suite d'un référendum, d'un projet de modifications de la LS, portant réorganisation des soins préhospitaliers, visant un renforcement des compétences du canton dans le domaine préhospitalier pour lui permettre d'en assurer le pilotage;
- Projet de centralisation de la réception des appels sanitaires urgents (144, médecine de garde, hotline pédiatrique) et de transfert à une centrale unique d'appels sanitaire urgents de tri professionnel, en l'occurrence la FUS-VD;
- Acquisition par l'Etat d'un véhicule de soutien sanitaire pour assurer une première prise en charge médicale et soignante en cas de catastrophes, dans le cadre des mesures sanitaires d'urgence.

Domaine ambulatoire

- Modifications profondes du cadre législatif suisse et neuchâtelois concernant l'exercice des professions médicales universitaires: renforcement des compétences du canton en matière de surveillance des professionnels de santé;
- Réintroduction au 1^{er} janvier 2014, dans le cadre fixé au plan fédéral, de la limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'AOS des médecins, qui avait expiré à la fin 2012, dans l'attente de trouver une solution de remplacement pérenne;
- Lutte contre la pénurie de médecins de 1^{er} recours et promotion de la médecine de famille. Mesures prises à l'échelon romand (Cursus romand de médecine générale (CRMG) et cantonal (création d'une plateforme santé sur le site HNE de Couvet à Val-de-Travers, mise sur pied du Cursus neuchâtelois de médecine générale (CNMG), sensibilisation par l'Etat des communes à la nécessité de prendre des mesures pour lutter contre la pénurie de médecins de 1^{er} recours).

Domaine hospitalier

En général:

- Mise en œuvre de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier, dans le cadre d'un projet de modification de la LS proposée par le Conseil d'Etat et adopté par le Grand Conseil (2011);
- Introduction des maisons de naissance comme institutions de santé dans la LS et réglementation des conditions d'exploitation de ces maisons dans le RASI;
- Elaboration par le département de la santé et adoption par le Conseil d'Etat d'une planification hospitalière 2012-2014, transitoire et limitée au domaine des soins aigus, et d'une liste hospitalière y relative;
- Adoption par l'ensemble des cantons suisses, sous la houlette de la CDS, d'une convention intercantonale concernant la médecine hautement spécialisée (MHS), à la suite de la révision de la LAMal relative au financement hospitalier, qui donnait aux cantons la compétence de planifier collectivement les prestations de la MHS;
- Adoption d'une convention intercantonale à l'échelon BEJUNE, faisant du service de soins palliatifs de HNE de la Chrysalide le centre de compétences de référence reconnu par les trois cantons concernés.

HNE:

- Elaboration par l'HNE et soumission au Conseil d'Etat d'options stratégiques à horizon 2017 quant à la répartition de ses missions de soins aigus. Proposition par ce dernier de 17 options stratégiques au Grand Conseil, validées en deux temps par ce dernier. Adoption de trois d'entre elles portant sur la répartition de missions de chirurgie entre les sites de soins aigus de l'HNE par le peuple à la suite d'un référendum. Déploiement en cours;
- Elaboration par le Conseil d'Etat, à la demande du Grand Conseil, d'un rapport portant sur l'octroi d'un crédit d'engagement de 3,5 millions de francs pour étudier la faisabilité et l'opportunité de créer un site unique des soins aigus, resp. de réadaptation. Adoption par le Grand Conseil sous une forme limitée à une première étape et à un crédit de 0,5 million de francs.

CNP:

- Elaboration par le CNP, à la demande du Conseil d'Etat, d'un plan d'actions concernant son organisation hospitalière (2010-2012). Reprise des options stratégiques proposées par le CNP par le Conseil d'Etat dans ses propositions au Grand Conseil;
- Elaboration par le CNP, à la demande du Conseil d'Etat, d'options stratégiques concernant ses activités médico-sociales, de foyers et d'ateliers, non reprises en l'état par le Conseil d'Etat qui a demandé au CNP de les réexaminer en 2014 dans le contexte du changement de législature;
- Elaboration par le Conseil d'Etat d'un rapport portant octroi d'un crédit d'investissement de 8,6 millions de francs pour la rénovation d'un immeuble en Ville de Neuchâtel destiné à regrouper l'ensemble de l'activité ambulatoire du CNP sur le Littoral.

La Providence:

- Reprise de l'activité de l'hôpital de la Providence par le groupe GSMN SA, par sa filiale neuchâteloise, GSMN Neuchâtel SA, au 1^{er} mars 2013,
- Négociation et signature par le Conseil d'Etat d'un accord avec la Fondation de l'Hôpital de la Providence en vue de l'octroi d'une subvention extraordinaire de 3 millions de francs au maximum,
- Octroi par le Conseil d'Etat à la Providence d'une dérogation pour l'application de la CCT Santé 21 dans le cadre de la planification hospitalière 2012-2014 et engagement pris de maintenir cet hôpital sur la liste hospitalière jusqu'à fin 2016;

Domaine médico-social

- Elaboration par le Conseil d'Etat de la planification médico-sociale pour les personnes âgées (PMS), dans le cadre d'un projet de loi portant modification de la LS, et début de la mise en oeuvre;
- Elaboration par NOMAD, à la demande du Conseil d'Etat, d'un plan d'action stratégique, basé sur les objectifs définis dans la PMS;
- Adoption par le Conseil d'Etat et le Grand Conseil de mesures financières d'assainissement pour NOMAD (2010-2011);
- Révision du financement des soins en EMS et des EMS, avec l'élaboration et l'adoption de la LFinEMS et d'un important droit d'exécution.

3.3.2. Programme de législature 2014-2017 et mesures phares dans le domaine de la santé

Le domaine de la santé ne fait pas l'objet d'un chapitre particulier dans le programme de législature 2014-2017. Celui-ci fait état de différentes mesures phares, réparties pour le domaine de la santé comme pour les autres domaines, en trois catégories à savoir les impondérables, les ambitions politiques et les choix ou économies nécessaires.

Au chapitre des mesures phares retenues dans les impondérables dans le domaine de la santé, on citera notamment :

1. le développement des prestations aux aînées dans le contexte du vieillissement de la population (augmentation annuelle de 2% de de la part des personnes âgées de plus de 85 ans);
2. la réorganisation de tout le secteur préhospitalier, avec la mise en place d'un plan cantonal d'organisation des secours sanitaires urgents et l'exercice des nouvelles responsabilités récemment attribuées au canton dans le domaine des centres d'alarmes.

S'agissant des mesures phares relevant d'ambitions politiques, on relèvera en particulier :

1. l'amplification de la promotion de la santé ainsi que de la prévention des maladies;
2. le soutien aux communes favorisant l'implantation de structures de prise en charge ambulatoire dans les régions (cabinets médicaux de groupe ou maisons de santé);
3. le développement d'une politique du logement comprenant des mesures d'encouragement à la construction et à l'adaptation de logements par des maîtres d'ouvrages d'utilité publique, notamment pour les personnes âgées.

Pour ce qui est enfin des mesures phares impliquant des choix ou économies nécessaires, elles sont au nombre de deux, à savoir:

1. la rationalisation de l'activité hospitalière, par le biais de la planification hospitalière globale et durable prévue pour 2016, de la révision de l'organisation interne (recherche de gains d'efficacité) et spatiale (nombre de sites) de l'HNE, d'un examen critiques des prestations à la population (PIG, niveau des prestations somatiques et psychiatriques), voire leur partage avec d'autres cantons;
2. la planification médico-sociale pour les personnes âgées qui, moyennant le développement d'un certain nombre de prestations favorisant le maintien à domicile, permettra de réduire le rythme d'accroissement des charges liées au vieillissement de la population.

Par ailleurs, le DFS a adopté une feuille de route et proposé des mesures qui seront reprises plus loin dans le présent rapport.

3.4. Principaux défis actuels et à venir dans le domaine de la santé

3.4.1. *Evolution démographique*

Par évolution démographique, on entend la croissance du volume de la population et les modifications dans la structure par sexe et par âge survenant par le bas (fécondité), par le centre (migrations) ou par le haut (augmentation de l'espérance de vie). L'évolution démographique dans le canton de Neuchâtel se caractérise avant tout par un vieillissement important de la population. Celui-ci n'est pas propre au canton de Neuchâtel, mais caractérise la plupart des états développés. Il est le résultat d'une natalité basse et à l'entrée progressive dans les catégories les plus âgées des générations de "baby-boom", combinée à un accroissement de la durée de vie liée à une amélioration de la qualité de vie de la population.

Dans le canton de Neuchâtel², il faut ainsi s'attendre, entre 2014 et 2024 à une croissance de la population des plus de 65 ans de près de 15,17% et de celle des plus de 80 ans de près de 20% alors que celle des 0 à 65 ans n'augmentera que d'un peu plus de 1% pendant la même période. Le phénomène se poursuivra entre 2024 et 2034 avec une hausse de plus de 18% des plus de 65 ans et de près de 28% des plus de 80 ans. S'agissant de ces derniers, leur population va presque doubler d'ici 2040. Par contre, la population des 0 à 65 ans diminuera de l'ordre de 1,5%. Il est intéressant de relever que l'espérance de vie a doublé en 100 ans. Ce processus de vieillissement de la population, qui date déjà du début des années 70, est lié aussi à une fécondité inférieure au seuil de remplacement (qui devrait être de 2,1 enfants par femme pour renouveler les générations). Ainsi, l'âge moyen de la population, qui était de 36 ans en 1970, devrait dépasser 43 ans en 2023 et 45 ans en 2040 selon le scénario de base retenu dans le rapport sur les perspectives démographiques du canton pour 2040.

Pour ce qui est de la croissance globale de la population, le Conseil d'Etat envisage, dans son programme de législature 2014-2017, une hausse ambitieuse de l'ordre de 1% de la population neuchâteloise par an, avec une population atteignant près de 200.000 habitants vers 2030.

S'agissant de l'évolution migratoire, elle est plus difficile à évaluer. Le Conseil d'Etat s'attend toutefois, dans le contexte actuel, à une croissance de celle-ci dans le canton avec ses avantages (croissance de la population jeune, potentiel de personnel de santé) et ses risques sur le plan sanitaire (population migrante souvent plus vulnérable).

Chacun le perçoit assez intuitivement: une population qui vieillit sera composée d'une proportion plus grande de personnes âgées, dont l'état de santé requiert souvent plus de soins. Ce qui apparaît moins, en revanche, c'est la véritable lame de fond que représente cette évolution, qui traverse progressivement non seulement l'organisation, mais aussi toutes les disciplines et toutes les prestations du système de santé. Prendre en charge une population vieillissante, c'est se confronter à des personnes présentant des affections chroniques ou multiples (polymorbidités) et à des problèmes de santé physique conjugués à des atteintes à la santé mentale (démences). C'est aussi voir se développer de nouveaux métiers dans le domaine de la gériatrie, pour lesquels il faut former et obtenir des nouvelles reconnaissances. C'est également voir partir de l'hôpital des personnes souvent dépendantes, qui doivent pouvoir compter sur des structures d'accueil temporaires ou des prestations favorisant leur maintien à domicile.

3.4.2. Evolution des déterminants de la santé

Les progrès de la médecine, l'amélioration des conditions sociales et économiques, de l'hygiène et de l'éducation ainsi que le développement des assurances sociales ont considérablement accru notre espérance de vie. L'augmentation de la qualité de vie a également modifié nos modes de vie et nos conditions de travail. Mais la médaille a aussi son revers, à savoir l'augmentation des maladies non transmissibles, telles que le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les maladies de l'appareil respiratoire ou les maladies musculo-squelettiques. Caractérisées par une longue phase pathologique, ces maladies sont devenues la principale cause de décès dans notre société. Non seulement elles causent de nombreuses souffrances et limitent la qualité de vie, mais elles représentent aussi pour notre système de santé un énorme défi sur les plans humain, structurel et financier. L'OMS estime d'ailleurs qu'elles continueront d'augmenter ces prochaines années.

² Rapport sur les perspectives régionalisées de population 2011-2040 du canton de Neuchâtel, de novembre 2012, établi par le service de statistique du canton de Vaud, en collaboration avec le service de statistique du canton de Neuchâtel.

Dans les pays développés, le traitement des maladies non-transmissibles correspond à environ 80% de tous les frais directs occasionnés en matière de santé. Nous ne sommes toutefois pas démunis face à l'augmentation de ces maladies. Plus de la moitié d'entre elles peuvent être évitées, en tous les cas à un stade précoce non lié au processus de vieillissement, en adoptant un style de vie plus sain, car elles sont favorisées par les mêmes facteurs de risques : mauvaise alimentation, manque d'exercice physique, abus d'alcool et tabagisme.

Pour autant, la santé ne dépend largement pas que des comportements et de la responsabilité individuelle. Elle résulte autant des facteurs environnementaux (environnement social, économique et physique) que des caractéristiques individuelles, biologiques ou comportementales. Ainsi, les conditions sociales et économiques, telles la pauvreté, l'exclusion sociale, le chômage ou les conditions de travail et de logement par exemple, sont corrélées avec le niveau de santé. Elles peuvent contribuer à renforcer les inégalités de santé. Inversement, des facteurs environnementaux comme l'existence d'infrastructures favorisant l'activité physique ou de législations protégeant les travailleurs, les consommateurs ou certaines populations vulnérables peuvent renforcer l'état de santé de la population.

L'état de santé d'une population dépend donc de comportements individuels (facteurs de risque tel le tabagisme ou facteurs protecteurs comme la pratique d'activité physique) mais également de facteurs sociaux ou communautaires, et donc de la responsabilité collective et individuelle.

3.4.3. Evolution des risques sanitaires

On constate depuis un certain nombre d'années une évolution des risques sanitaires, notamment de deux types:

Augmentation des maladies chroniques et dégénératives

Le vieillissement de la population a pour principale conséquence épidémiologique l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, pour certaines dégénératives, de natures somatique (notamment rhumatologiques, cardio- et cérébro-vasculaires, oncologiques, neurologiques) et psychiatrique (maladie d'Alzheimer, démence), dont certaines affectent des personnes bien avant l'âge de 65 ans, avec la fragilisation de l'état de santé général qui leur est liée³.

L'importance que vont revêtir ces maladies interpelle notre système de santé et l'oblige à réagir rapidement, notamment en raison de l'importance des ressources financières et en personnel qu'elles vont mobiliser sur le plan curatif si elles sont négligées. Dans ce contexte, il s'agit d'une part de prendre les mesures propres à prévenir ces maladies. On pense notamment au renforcement de la promotion de la santé, au besoin en ciblant les mesures y relatives et en les adaptant à certaines catégories de la population (migrants, personnes âgées), mais aussi au développement de mesures de détection précoce des personnes en voie de fragilisation, de manière à permettre une prise en charge gériatrique rapide, pour réduire au maximum la charge liée aux maladies chroniques. Il s'agit également de prendre des mesures propres à permettre l'adaptation rapide du système de santé au vieillissement de la population. On pense à cet égard en particulier au développement aussi bien quantitatif que qualitatif des ressources et compétences

³ Ainsi, dans le canton de Vaud, il est attendu, selon le rapport de politique sanitaire 2013-2017, une augmentation très importante du nombre de certaines de ces maladies, en lien avec l'évolution de la population, mais aussi des facteurs de risques (déterminants de santé) évoqués dans le chapitre précédent. Cette hausse serait de l'ordre de 60 à 70% pour les insuffisances cardiaques de 70% pour les AVC, de 50% pour le diabète et de 70% pour le cancer de la prostate, de 70% pour la démence sénile de type Alzheimer et de 80% pour la maladie de Parkinson.

gériatriques et psychogériatriques, que ce soit d'une part au niveau des institutions de santé et des professionnels de santé et, d'autre part, sur le plan des modes de prise en charge (curatif, réadaptation, palliatif).

Augmentation des maladies transmissibles ou infectieuses

On assiste depuis plusieurs années à des évolutions qui ont des répercussions importantes sur les types et la transmission des maladies transmissibles ou infectieuses. On pense notamment à la mondialisation, qui a eu pour conséquence d'accroître très fortement la mobilité des personnes et les échanges commerciaux, mais aussi de faire apparaître des maladies nouvelles ou de les faire circuler à un rythme très rapide (SIDA, maladie de Creutzfeldt Jakob, SRAS, grippe aviaire) ainsi qu'au développement de propriétés jusque-là inconnues d'agents pathogènes, marquée notamment par des résistances aux antibiotiques.

L'émergence possible de maladies encore inconnues dans nos régions représente également une menace nouvelle susceptible d'affecter nos systèmes de santé et de mobiliser beaucoup de ressources. On pense en particulier à Chikungunya, à la dengue, à la malaria, mais aussi à Ebola qui fait l'actualité depuis quelques mois.

Le manque de préparation à une crise épidémique issue de la grippe aviaire il y a quelques années a montré les lacunes et limites des dispositifs de lutte contre les maladies transmissibles émergentes. Elle a aussi fait apparaître la pertinence et la nécessité de prendre des mesures d'adaptation et de renforcement de ces dispositifs pour garantir la protection de la population, passant par des adaptations ou des améliorations de bases légales (la révision de la LEp dont il est fait état plus haut en est une conséquence), des stratégies et des moyens de lutte contre ces maladies.

3.4.4. Evolution des technologies et des modes de prise en charge

Depuis très longtemps, les découvertes scientifiques et technologiques sont rapidement intégrées aux sciences et aux technologies médicales. Le progrès technologique dans le domaine médical stimule à la fois l'offre et la demande de soins. Ainsi, les nouvelles techniques médicales permettent de soigner des maladies auparavant non traitées ou de détecter plus précocement certaines pathologies. L'existence même de ces nouvelles possibilités thérapeutiques, en élargissant le champ du possible, modifie le comportement tant de l'offreur que du demandeur de soins. Dès lors que la technique existe et que l'on en connaît l'existence, il est difficile de ne pas y recourir, pour le médecin comme pour le patient, et donc de ne pas faire augmenter la consommation.

Les progrès de la technologie médicale, qui s'inscrivent souvent dans un contexte de pression sur les coûts, poussent vers la réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital et le développement de pratiques ambulatoires. Il élargit les possibilités diagnostiques et thérapeutiques et engendre l'apparition de nouveaux métiers ou de nouvelles spécialisations toujours plus pointues. Il n'en demeure pas moins que cela a des conséquences sur le reste de l'offre sanitaire, notamment sur les besoins d'accompagnement à domicile et de structures d'hébergement temporaire, permettant la prise en charge de patients qui, indépendamment de leur âge, n'ont pas toujours retrouvé toutes leur indépendance lorsqu'ils quittent l'hôpital après y avoir passé parfois quelques heures seulement.

Il y a encore lieu de relever les potentialités liées à la cybersanté (ou eHealth), qui regroupe tous les services électroniques de santé. Dans ce cadre, les technologies de l'information et de la communication sont utilisées de façon à améliorer les processus du système de santé et à mettre en réseau les acteurs concernés.

3.4.5. Evolution de la démographie du personnel médical et paramédical

a) Personnel médical

En matière de démographie des professions médicales, la fin des années 90 et le début des années 2000 se sont caractérisés par la crainte d'une pléthore de fournisseurs de prestations, en particulier de médecins, ainsi que des effets attendus de la libre circulation des personnes. Ces craintes ont conduit à l'adoption de mesures restrictives, comme le gel des admissions à pratiquer à charge de l'AOS. Depuis quelques années, la situation et les discours des acteurs du domaine de la santé ont passablement évolué à ce sujet. De nombreuses études récentes, aussi bien sur le plan international que national et cantonal, tout comme des indicateurs de terrain, nous montrent qu'à l'horizon 2030, si les comportements actuels demeurent inchangés, on sera confronté à une pénurie importante de médecins, en particulier de premier recours.

Il faut de surcroît constater l'augmentation du travail à temps partiel liée notamment à la féminisation des professions médicales, la réduction du temps de travail consacré par les médecins à leur profession, les nouvelles conditions de travail (notamment la limitation à 50 heures de la durée hebdomadaire de travail des médecins-assistants découlant de la loi sur le travail), qui diminuent l'offre en prestations médicales ainsi que le "retour sur investissement" par rapport aux ressources allouées pour assurer la formation des médecins.

En parallèle, il faut s'attendre à une augmentation de la demande en prestations médicales due notamment au vieillissement de la population, à l'augmentation des pathologies chroniques, aux innovations technologiques et au progrès médical ainsi qu'aux exigences toujours plus importantes de la population face au système de santé.

b) Personnel paramédical

La démographie du personnel paramédical constitue également une source de préoccupation pour les pouvoirs publics. Deux phénomènes majeurs en sont à l'origine, à savoir une pénurie existante ou annoncée dans certains secteurs et, d'autre part, l'apparition de nouveaux métiers associés à des besoins en formations en constante évolution.

La pénurie de personnel paramédical oblige de plus en plus les institutions de soins à recourir à du personnel étranger, ce qui ne manque pas de poser des problèmes éthiques (notamment aspiration de compétences essentielles aussi dans leur pays de provenance), mais aussi potentiellement de garantie de la couverture en soins si ce personnel devait partir ou si son installation ou son déplacement en Suisse devait devenir moins intéressant.

L'apparition de nouveaux métiers associés à des formations en constante évolution engendre quant à elle une multiplication des niveaux de compétences au sein d'équipes soignantes appelées à coopérer. Cela introduit dans ces équipes une complexité nouvelle et un risque de confusion des rôles.

L'insuffisance de l'offre en soins obligera les pouvoirs publics et les acteurs du domaine de la santé à repenser le partage des tâches (skill mix) entre les différentes catégories de professions sanitaires, en s'inspirant d'expériences réalisées dans d'autres cantons ou pays sur d'autres modes de coopération impliquant des transferts de compétences dans des domaines bien identifiés (prévention, éducation à la santé, suivi des traitements de longue durée).

3.4.6 Coût et financement

La part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB) de la Suisse a continué de croître pour atteindre en 2012 un nouveau niveau record de 11,5% (contre 11,0% l'année précédente). Ce taux place la Suisse parmi les pays du monde qui consacrent la plus grande partie de leur PIB à la santé. Cette information n'est en soi pas une énorme surprise mais elle confirme que les dépenses de santé en Suisse, qui se montaient en 2012 à 68 milliards de francs, constituent une des dépenses les plus importantes pour la population suisse et qu'elles sont en constante augmentation.

Quatre cinquièmes de ces dépenses ont été financés par l'AOS selon la LAMal (35,8%), les ménages privés (25,2%) et l'Etat (20,2%).

Le canton de Neuchâtel, par le biais du budget du SCSP, a participé au financement des dépenses de santé à concurrence de 335 millions de francs en 2013 et prévoit des charges en très légère augmentation dans ses budgets 2014 et 2015. Aujourd'hui, les dépenses de santé représentent environ un sixième du budget global de l'Etat et cette part va en s'accroissant, cela sans compter la participation aux primes et aux prestations prises en charge via les prestations complémentaires (PC) ou les aides individuelles (aide sociale p. ex.).

Face à ces augmentations sans cesse croissantes des dépenses de santé, la marge de manœuvre des cantons est relativement limitée puisqu'une grande partie des coûts qu'ils assument découlent de lois fédérales auxquelles ils ne peuvent se soustraire. Par exemple, le canton est tenu de participer au financement de 55% au minimum du tarif LAMal pour les prestations hospitalières (dans et hors canton), sur la consommation desquelles il ne peut exercer aucune influence directe. Cette marge de manœuvre est également faible s'agissant des coûts à charge de l'AOS. En effet, les cantons disposent de compétences de planification et de financement partagé sur environ un tiers seulement des coûts à charge de l'AOS, à savoir sur le domaine hospitalier stationnaire, sur les soins à domicile et sur les EMS, mais n'en ont par contre pas dans le domaine ambulatoire. Dans les deux premiers cas, leur compétence de planification ne permet toutefois pas un contrôle des dépenses puisque chaque limitation de l'offre cantonale se traduit par un développement des prestations privées ou hors canton, pour lesquelles le financement du canton est acquis.

Considérant ce qui précède, les principaux leviers d'action sur lesquels les autorités peuvent intervenir dans le contexte du redressement des finances cantonales sont :

- le développement de mesures de prévention et promotion et de la santé qui peuvent, dans la durée, limiter la consommation de prestations de soins;
- le développement d'une bonne couverture des régions en prestataires de soins de premier recours, dont l'action limitative sur la consommation de prestations hospitalières et spécialisées a été maintes fois démontrée;
- la réorganisation des soins préhospitaliers et des mesures sanitaires d'urgence (144, hotline pédiatrique, médecine de garde, services d'ambulances), dont l'effet attendu est, outre une meilleure efficacité et une meilleure sécurité, ainsi qu'une diminution des prestations des SMUR et des ambulances;
- l'investissement dans les prestations de maintien à domicile, moins consommatrices en ressources humaines et financières et répondant mieux aux aspirations des aînés que l'hébergement en EMS;
- l'attention portée, dans les réformes en cours, au maintien, à coûts comparables, d'un maximum de substance économique et d'emplois au sein du canton, les prestations

externalisées équivalant de fait à l'alimentation des circuits économiques voisins par autant de contributions fiscales et de cotisations d'assurances prélevées dans notre canton. Il convient en effet de relever que le secteur de la santé est générateur non seulement de coûts, mais aussi d'emplois, de recettes et de richesses dans le canton. Il constitue également un très important employeur à l'échelle cantonale. Nous vous renvoyons à cet égard aux deux tableaux qui suivent.

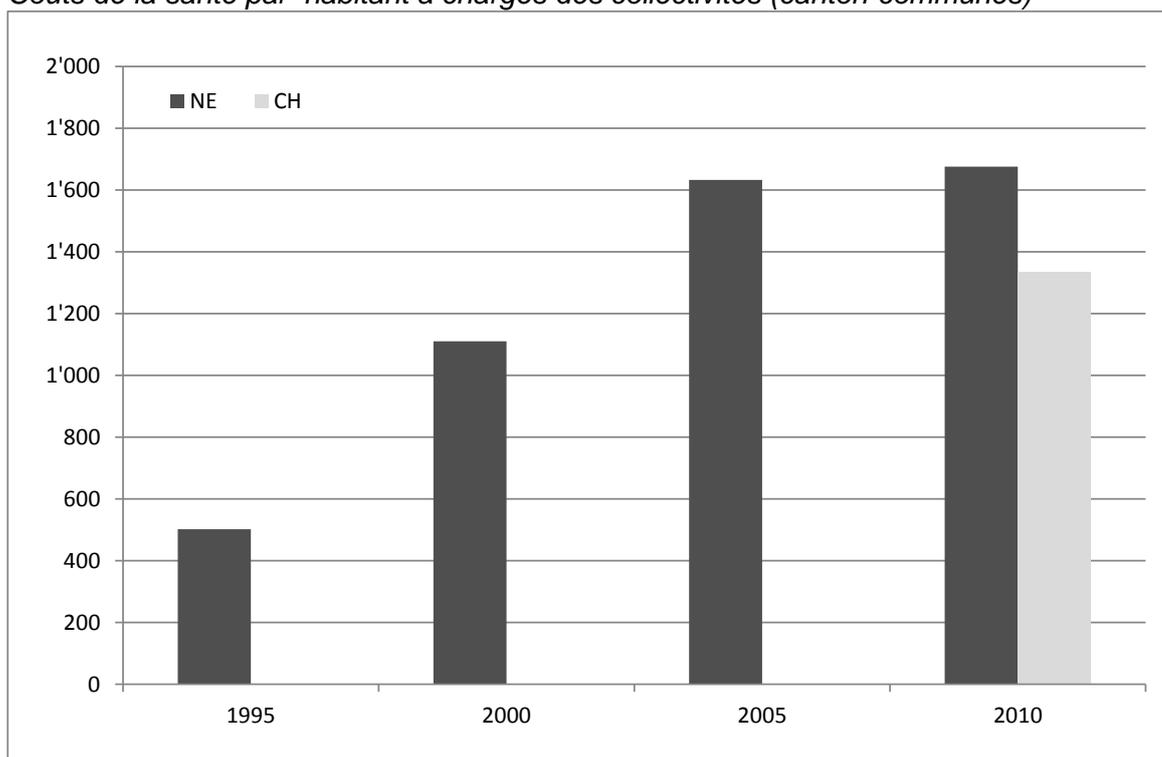
| Domaine | Budget 2014 Etat | Budget 2014 institutions |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Hôpitaux | 242.3 mios | |
| HNE | 155.3 mios | 335 mios |
| CNP | 39.7 mios | 90 mios |
| PVI | 8.9 mios | 36 mios |
| Hors canton | 38.4 mios | - |
| EMS | 57 mios | 227 mios |
| Dont part aux soins | 39.8 mios | |
| Dont aides individuelles | 15.8 mios | |
| Soins à domicile | 27.6 mios | |
| Dont NOMAD | 25.3 mios | 42 mios |

| Domaine | Nb collaborateurs | Nb EPT |
|--------------|-------------------|--------------|
| HNE | 2'609 | 1'967 |
| CNP | 798 | 596 |
| PVI | - | 202 |
| EMS | - | 2'016 |
| NOMAD | 628 | 380 |
| Total | - | 5'181 |

Pour le surplus, des efforts de rationalisation sont naturellement en cours, notamment dans le cadre ou en lien avec des planifications ou des plans stratégiques, pour limiter les coûts de structures dans les domaines hospitalier, psychiatrique et préhospitalier, mais ils n'auront que peu d'impact sur la consommation de prestations et sur les coûts qui en découlent pour les assurés, contribuables et patients.

A noter que le regroupement d'entités auparavant indépendantes au sein d'HNE, respectivement du CNP et de NOMAD a déjà permis de ralentir la progression des coûts de la santé depuis 2005 dans notre canton (cf graphe ci-dessous).

Coûts de la santé par habitant à charges des collectivités (canton-communes)



Source : AFF

3.4.7. Pilotage du système de santé

Le pilotage du système de santé représente également un défi majeur pour en permettre une bonne planification, organisation et gestion, tâches qui incombent toutes à l'Etat cantonal. On a déjà relevé les nombreuses limites et difficultés liées à la gouvernance de notre système de santé et partant à son pilotage au chapitre 2.3 et il convient d'y ajouter la faiblesse du système d'information et des données statistiques disponibles en général.

En effet, le système d'information sanitaire cantonal est encore trop lacunaire même si des bases intéressantes ont été posées ces derniers temps (par exemple avec le regroupement au sein du CIGES de toute l'informatique de santé des principales institutions publiques du secteur). Le canton reste néanmoins en retard en comparaison intercantonale s'agissant de son système d'information⁴, retard qu'il s'agira de combler si nous entendons nous donner les moyens de réellement piloter le système de santé cantonal.

3.4.8. Evolution des attentes et des comportements de la population et des patients

L'évolution des préférences et des attentes des individus envers leur santé est également un enjeu important du système de santé et un facteur conduisant généralement à une augmentation de la consommation médicale. La perception de la santé, de ce qu'est une "bonne santé", est influencée par le contexte social et culturel. Cette évolution est le résultat du progrès dans la connaissance et la technique médicale qui, en élargissant le champ du possible, font naître des attentes élevées à l'égard de la médecine. Elle est également le fruit de la marchandisation toujours plus importante de la santé, marquée par un marketing de plus en plus intense de certains acteurs en direction du grand public

⁴ Le canton du Valais dispose par exemple de l'Observatoire valaisan de la santé pour créer, gérer et exploiter son système d'information sanitaire.

pour influencer les comportements en matière de santé, ce qui contribue à créer un besoin qui est parfois réel, mais pas toujours.

Il faut relever aussi les attentes parfois contradictoires de la population face au système de santé: d'un côté, elle souhaite accéder aux technologies les plus pointues, à toutes les prestations de santé imaginables, avec l'illusion de pouvoir repousser sans cesse les limites de la vie, et de l'autre, elle reste sur une conception de l'hôpital héritée de l'histoire qui rend ce souhait utopique. Simultanément, opprimée par des primes qui obèrent toujours plus le pouvoir d'achat des familles, elle aimerait voir les coûts de la santé se réduire, ce qui est évidemment incompatible avec les attentes précédentes.

Le défi en lien avec cet enjeu est avant tout de définir une stratégie solide qui réalise un compromis équilibré entre les attentes, les besoins et les ressources, sans négliger les principaux fondamentaux d'une politique de santé comme l'accessibilité et l'égalité des chances.

3.4.9. Dimension éthique

Le domaine de la santé est aussi confronté de plus en plus à des questions d'éthique liées notamment aux autres défis évoqués auparavant, en particulier le vieillissement de la population et les maladies y associées, les contraintes financières, mais aussi le progrès médical et technologique. On pense notamment à la question de l'égalité des chances dans l'accès aux prestations de santé ou au contexte de pression financière ou de pénurie de ressources pouvant conduire au rationnement des soins. On pense aussi au partage et à la circulation des données médicales, ou encore aux dérives possibles avec la marchandisation croissante de la santé et les modes de financement forfaitaires. Les questions liées à l'assistance au suicide, à la promotion du don d'organes, etc. figurent aussi parmi les questions éthiques actuelles.

Bien plus que de "simples" arbitrages financiers, d'organisation ou entre intérêts particuliers divergents, ces questions renvoient aux fondements de nos sociétés démocratiques, à des conceptions de nature philosophique et rendent d'autant plus sensibles les choix politiques qui doivent être opérés. Outre la nécessité de larges consultations et de véritables débats politiques sur les principales questions à trancher, le recours à des commissions d'experts ou de réflexion permet aussi d'éclairer ces choix de la façon la plus complète possible, parfois au prix de processus de décisions plus lents.

3.4.10. Evolution du cadre législatif et réglementaire

Comme cela ressort du chap. 3.1.3., on constate une évolution de plus en plus rapide du cadre législatif et réglementaire aussi bien au niveau fédéral que cantonal, caractérisée par des modifications de plus en plus fréquentes des grandes lois régissant le domaine de la santé publique, pourtant relativement récentes, pour faire face aux évolutions relevées ci-devant. On pense sur le plan fédéral en particulier à la LAMaI, mais aussi à LPMéd, à la LPTH, à la LTr et à leurs dispositions d'exécution pour faire face aux évolutions relevées notamment dans ce même chapitre. Sur le plan cantonal, c'est plus particulièrement le cas au niveau de la loi de santé et de ses dispositions d'exécution.

Outre le fait qu'elle mobilise beaucoup de ressources en personnel dans les cantons, cette situation n'est pas sans créer une certaine insécurité juridique et pénalise l'établissement de perspectives à long terme, pourtant essentielles.

4. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE SANITAIRE 2015-2022

Après avoir clarifié le contexte ainsi que les défis contemporains majeurs dans le domaine de la santé, la politique sanitaire que propose le Conseil d'Etat à l'horizon 2022 s'articule autour de six orientations stratégiques qui doivent permettre au canton d'y faire face dans les meilleures conditions possibles. Elle s'inscrit dans la droite ligne des intentions et mesures phares exprimées par le Conseil d'Etat dans son programme de législature 2014-2017 et le DFS dans sa feuille de route que le gouvernement a validée.

Ces orientations stratégiques répondent à un certain nombre de constats posés par le Conseil d'Etat sur la base du contexte présentés ci-avant et s'inscrivent dans le cadre des missions régaliennes de l'Etat en matière de santé (voir chapitre 2.4.). Elles sont présentées plus précisément dans les chapitres suivants et peuvent être synthétisées comme suit :

1. Renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé;
2. Assurer une offre en soins suffisante et adaptée aux besoins;
3. Améliorer la qualité des prestations;
4. Optimiser l'organisation du système de santé cantonal;
5. Renforcer les instruments de pilotage du système de santé cantonal;
6. Limiter la hausse des coûts de la santé.

L'action de l'Etat dans le domaine de la santé portera donc principalement ces prochaines années sur ces six orientations stratégiques. Elle se fondera sur une vision de santé publique partagée, marquée par la concertation et le dialogue avec les acteurs du domaine de la santé.

Chacune de ces orientations stratégiques, avec les principaux objectifs qui y sont liés, est déclinée en mesures (ou actions) qui doivent faciliter leur concrétisation. Celles-ci sont énoncées dans un tableau figurant à l'annexe 5 au présent rapport. Pour ne pas surcharger ce rapport, et considérant qu'il s'agit d'éléments opérationnels qui méritent encore d'être affinés, le Conseil d'Etat n'estime pas opportun de développer davantage ces mesures dans ce cadre. Il considère d'une part que leur énoncé, relativement précis, et le bref développement présenté à l'annexe 5, les rend suffisamment parlantes à ce stade et, d'autre part, que des rapports spécifiques et détaillés seront présentés en temps voulu à l'autorité compétente en appui aux décisions à prendre.

Il convient de souligner que l'annexe 5 doit être considérée comme une feuille de route que se donne le Conseil d'Etat pour la mise en œuvre de sa politique sanitaire 2015 – 2022. Il n'en demeure pas moins qu'au vu des évolutions rapides que l'on connaît dans le domaine de la santé, il n'est pas impossible qu'un certain nombre de ces mesures ne soient pas ou ne doivent pas être concrétisées faute d'actualité ou de pertinence alors que d'autres non prévues ici doivent l'être par la suite.

Il y a encore lieu de préciser ici que la répartition des 61 mesures et 22 objectifs dans les 6 orientations stratégiques aboutit à un regroupement nécessairement parfois un peu subjectif. On aurait pu imaginer un regroupement légèrement différent, considérant les liens étroits existant entre les différentes orientations stratégiques. Ainsi, à titre d'exemple, la réorganisation spatiale de l'HNE, classée dans l'orientation stratégique 4 visant l'optimisation de l'organisation du système de santé cantonal (cf. chapitre 4.4), permettra aussi de réaliser des économies et de limiter la hausse des coûts et aurait dès lors pu être classifié dans l'orientation stratégique 6 (cf. chapitre 4.6).

4.1. Renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé

La prévention des maladies et la promotion de la santé (PPS) constitue une des fonctions fondamentales et, partant, prioritaires de la santé publique et de l'Etat. Ce dernier, en tant que garant de la santé de sa population, a un devoir aussi bien légal que moral et social d'investir dans des mesures qui servent à maintenir l'état de santé de la population et/ou à éviter sa dégradation.

Une politique de PPS doit permettre de limiter l'augmentation du nombre de malades et, par-là, freiner l'augmentation des coûts consacrés aux soins. C'est l'application de l'adage "mieux vaut prévenir que guérir". Elle implique une action forte et volontariste des acteurs publics et privés pour réduire la pression qu'exercent les facteurs de risques comme la mauvaise alimentation, la sédentarité, de mauvaises conditions de travail, le tabac, etc. Dans ce contexte, une modification des habitudes de vie et un dépistage précoce d'un certain nombre de maladies dans le cadre de programmes organisés, la lutte contre les addictions ou la promotion de la santé au travail, par exemple, ont un effet bénéfique. Elles atténuent l'incidence des maladies en améliorant leur pronostic et réduisent la mortalité.

La politique neuchâteloise en matière de PPS repose sur la charte d'Ottawa signée le 21 novembre 1986 qui prévoit de donner les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur sa santé, de prévenir l'apparition des maladies, d'intervenir précocement sur les risques ou maladies identifiés et de minimiser leurs conséquences. Elle est axée sur le renforcement des actions visant les personnes ou les groupes à risque ainsi que sur le développement de mesures structurelles destinées à coordonner et renforcer l'actions des institutions, des services de l'Etat et des professionnels actifs dans le domaine de la PPS. Elle prend en compte les problématiques liées aux populations vulnérables (population âgée, population migrante).

Le Conseil d'Etat entend encore amplifier l'effort de renforcement des actions de PPS amorcé il y a plusieurs années déjà et permettre un rééquilibrage du système de santé pour faire face aux défis contemporains qui ont été décrits dans le chap. 3.4 et à leurs impacts potentiels.

En lien avec cette option stratégique, le Conseil d'Etat se fixe les objectifs suivants:

- fixer les priorités de la PPS dans le cadre d'une stratégie globale;
- poursuivre la mise en œuvre des plans et programmes existant en matière de PPS et en développer de nouveaux;
- lutter contre les maladies transmissibles.

4.2. Assurer une offre en soins suffisante, adaptée et accessible sans discrimination

Une des missions premières de l'Etat dans le domaine de la santé publique est de garantir à la population une offre en soins suffisante et adaptée à ses besoins, et qui soit aussi accessible sans discrimination de quelque nature que ce soit. Dans ce cadre, il lui appartient d'encourager le développement rationnel des organisations de santé, publiques et privées, et de coordonner leurs actions de manière à les intégrer dans un système de santé cohérent. Il doit donc veiller à assurer l'équipement du canton en établissements et institutions adéquats, complémentaires et adaptés aux besoins de la population, qui soient accessibles à l'ensemble de celle-ci. Autrement dit, il doit planifier l'offre en soins en fonction des besoins globaux de la population, ce que la LAMal l'oblige d'ailleurs à faire pour les hôpitaux, les maisons de naissance et les EMS. Dans ce cadre, il doit prendre en compte de manière adéquate les structures privées, structures qui,

dans le canton de Neuchâtel, jouent un rôle important dans le système de santé cantonal, notamment dans les secteurs hospitaliers somatiques et médico-sociaux. Cet engagement doit se poursuivre pendant la période couverte par le présent rapport. De même, il doit veiller à ce que le système de santé dispose de ressources en personnel en suffisance pour répondre aux besoins de santé de la population, et prendre les mesures appropriées lorsque tel n'est pas le cas, au besoin en sollicitant de l'aide informelle et du bénévolat.

Dans le cadre de cette orientation, le Conseil d'Etat se fixe les objectifs suivants:

- planifier l'offre sanitaire cantonale, notamment sur le plan hospitalier et médico-social;
- lutter contre la pénurie annoncée de personnel médical et paramédical;
- développer et mettre en œuvre des programmes de santé publique;
- adapter l'offre en soins aux besoins.

4.3. Améliorer la qualité des prestations

Comme déjà indiqué précédemment, la qualité des soins à la population est un élément essentiel de tout système de santé. Elle a un impact positif sur la prise en charge ainsi que sur l'évolution des coûts de la santé, à mesure notamment qu'elle permet d'éviter les prestations de soins inutiles, superflues ou inefficaces ainsi que les complications qui peuvent s'ensuivre. L'importance qu'elle revêt nécessite de plus en plus un renforcement de la prise en compte de cette thématique dans le débat public et du dispositif existant qui doit mieux se coordonner pour faciliter le parcours du patient dans le système de santé.

Cela dit, pour fournir des soins de qualité, du personnel médical et soignant en nombre suffisant, bien formé et bénéficiant de conditions de travail attractives doit être disponible. Considérant la pénurie annoncée, et parfois déjà existante, d'un tel personnel dans le contexte d'une forte augmentation attendue des besoins, l'Etat cantonal se doit d'agir, en collaboration avec les autres niveaux que sont la Confédération et les communes, pour répondre à cette exigence. En outre, pour s'assurer de la qualité des soins, les patients doivent disposer de droits qui sont protégés ainsi que d'organes et de procédures appropriés pour se plaindre en cas de violation de ceux-ci. Le Conseil d'Etat entend interroger le dispositif déjà existant en la matière et prendre les mesures adéquates et nécessaires pour l'améliorer.

Dans le cadre de cette orientation, le Conseil d'Etat se fixe les objectifs suivants:

- développer la qualité des prestations de soins;
- coordonner les soins;
- sensibiliser la population aux enjeux de santé et la fidéliser;
- informer sur les droits des patients et au besoin renforcer leur protection;
- renforcer la surveillance des professionnels et des institutions de soins.

4.4. Optimiser l'organisation du système de santé cantonal

Comme on l'a vu plus haut, le vieillissement démographique induit une forte hausse de la prévalence des maladies chroniques et dégénératives. Or la prise en charge de celles-ci est complexe et onéreuse. En raison des comorbidités souvent associées au diagnostic principal, les intervenants sont nombreux, les relations multiples et les réorientations fréquentes. Le Conseil d'Etat doit constater que l'organisation des services de santé dans le canton est encore relativement fragmentée, parfois cloisonnée, avec pour conséquence qu'il est difficile de répondre rapidement à l'évolution décrite ci-avant. Un certain nombre de mesures ont été mises en œuvre pour y remédier et améliorer la

coopération et la coordination entre les intervenants dans le domaine des soins. On pense notamment aux réformes structurelles menées ces dernières années dans le domaine des soins somatiques et psychiatriques ainsi que dans le domaine du maintien à domicile avec la création et la mise en place successive, de l'HNE, du CNP et de NOMAD qui a permis de réduire passablement le nombre des intervenants dans le système de soins et de développer une vision globale et coordonnée dans chaque domaine. Il n'en demeure pas moins que face à l'ampleur des défis qui attendent le système de santé neuchâtelois et de leurs conséquences, le Conseil d'Etat se doit de renforcer encore ces dispositifs et de les améliorer s'il entend pouvoir y faire face dans des conditions acceptables. Il doit prendre les dispositions nécessaires pour s'assurer d'une utilisation optimale et rationnelle des ressources à disposition dans le système de santé.

Des démarches similaires devraient notamment être imaginées auprès d'acteurs pour lesquels la coordination paraît devoir être améliorée et l'organisation ainsi que la gouvernance repensées. C'est notamment le cas dans les domaines de la prévention et promotion de la santé et le secteur médico-social où l'organisation et la gouvernance sont encore très éclatées et où l'Etat doit collaborer avec un très grand nombre d'acteurs, dont aucun, ou presque, ne dispose d'une vision globale ou est en mesure d'assurer la coordination avec les secteurs voisins.

Dans le cadre de cette orientation, le Conseil d'Etat se fixe les objectifs suivants:

- réorganiser les urgences et le secteur des soins préhospitaliers;
- organiser les établissements cantonaux de droit public;
- rechercher des synergies;
- renforcer les collaborations;
- réorienter les services de santé vers la PPS.

4.5. Renforcer le pilotage du système de santé cantonal

Les orientations stratégiques développées ci-avant et les objectifs qui y sont liés mettent en évidence les adaptations à apporter au système de santé en regard des défis auxquels il est et sera toujours plus confronté. Ces adaptations nécessitent en parallèle un très net renforcement des moyens de pilotage à différents niveaux (législatif et réglementaire, financier, orientation des patients dans le système de santé, circulation de l'information, etc.). Le Conseil d'Etat doit gagner en visibilité s'il entend pouvoir conduire la politique de santé qu'il propose dans le présent rapport et, cas échéant, apporter rapidement les correctifs si des écarts devaient être constatés entre les objectifs poursuivis et les résultats atteints (ou non).

Dans le cadre de cette orientation, le Conseil d'Etat se fixe les objectifs suivants:

- développer l'informatique de santé;
- développer le système d'information sanitaire;
- optimiser la gouvernance du système de santé;
- développer des outils de pilotage;
- réviser la législation cantonale en matière de santé.

4.6. Maîtriser la hausse des coûts de santé

Le financement des institutions de soins comme du domaine de la PPS incombe pour une large part au canton. Il mobilise une part très importante des ressources financières de la collectivité, puisque le budget des charges de la santé publique consomme un peu

plus d'un sixième des recettes du canton, sans compter les financements que représentent les subsides LAMal ou les PC. Au regard des défis qui attendent le canton, il faut s'attendre à une explosion de ces charges si rien n'est entrepris pour en freiner la hausse. Le Conseil d'Etat, lors de la précédente législature, mais aussi et surtout depuis le début de celle-ci, a déjà pris un certain nombre de mesures dans ce sens, en réduisant de manière importante, le financement cantonal d'un certain nombre d'institutions (HNE, CNP, Providence) et en limitant très sérieusement l'augmentation de celui d'autres (NOMAD), malgré des besoins allant en forte augmentation. Il entend poursuivre de manière déterminée son effort de maîtrise des coûts de la santé à la charge du canton. Il en va de la pérennité financière de l'Etat en général, de son système de santé en particulier et de la qualité des prestations qui sont fournies par celui-ci. Il s'agira dans ce cas, dans toute la mesure du possible en collaboration avec les acteurs du système de santé, de prendre les mesures propres à permettre une allocation optimale des ressources financières à disposition, tout en garantissant à la population des prestations de santé de qualité et qui tiennent compte de l'évolution des besoins. Cela impliquera de rendre le financement du système de santé le plus transparent possible et, dans certains cas, de revoir les normes de financement. Lorsque cela est possible, et à des conditions bien déterminées, il s'agira d'examiner si et dans quelle mesure des partenariats de type public-public ou public-privé peuvent être envisagés pour soutenir et permettre le développement d'un certain nombre d'actions. On pense en particulier au domaine de prévention et de la promotion de la santé.

Les efforts consentis sur les coûts de la santé ne profiteront pas uniquement à l'Etat mais également à l'AOS. Ainsi, ce sont l'ensemble des citoyens neuchâtelois, contribuables et payeurs de primes d'assurance-maladie, qui profiteront des mesures qu'a mis et que mettra encore en place le Conseil d'Etat, permettant ainsi de freiner l'augmentation de la facture "santé" dans leur portemonnaie.

Dans le cadre de cette orientation, le Conseil d'Etat se fixe les objectifs suivants:

- rendre le financement des prestations plus transparent;
- pérenniser les conditions de travail;
- rechercher de nouvelles sources de financement;
- revoir les normes de financement.

5. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE SANITAIRE CANTONALE 2015-2022

S'il est important de disposer d'une véritable politique de santé globale et coordonnée formalisée, il est tout aussi – si ce n'est plus – important de la mettre en œuvre si l'on veut obtenir la confiance et l'adhésion de la population, des autorités et des acteurs du système de santé. C'est à quoi s'emploie déjà le Conseil d'Etat, qui entend poursuivre son action selon un calendrier qui sera précisé ci-après, en prenant en compte les priorités et la nécessité de disposer dans les plus brefs délais de plans ou stratégies structurants dans les principaux domaines. Le Grand Conseil n'a pas encore pris acte du présent rapport mais certaines mesures prioritaires décidées lors de la précédente législature doivent faire l'objet de décisions, ce dans un souci de continuité de l'activité gouvernementale.

5.1. Calendrier de mise en œuvre

Comme déjà relevé, le présent rapport, dans son annexe 5, contient un plan de mesures, rattachées à des objectifs découlant eux-mêmes d'orientations stratégiques. Il constitue avant tout une feuille de route, qui doit permettre de concrétiser à un horizon de quelques

années la politique sanitaire du Conseil d'Etat, selon l'état des priorités qu'il a déterminé, mais aussi des ressources existantes. Cette feuille de route fixe, de manière assez précise, le calendrier de mise en œuvre de mesures prévues pour l'année 2015. Elle le fait de manière plus estimative pour les années qui suivent, notamment pour certaines qui ne devraient voir le jour que lors de la prochaine législature.

Les orientations stratégiques définies au chapitre 4 présentent les objectifs du Conseil d'Etat en matière de santé publique et répondent à ses principales préoccupations dans ce domaine pour les quelques prochaines années. Le Conseil d'Etat a en effet souhaité mettre en évidence les pistes d'actions qu'il envisage dans le cadre de sa politique cantonale de santé. Il a également souhaité définir une politique générale qui transcende les secteurs de soins et qui dépasse les frontières institutionnelles que nous connaissons habituellement.

Cela dit, toutes ces mesures n'ont évidemment pas la même priorité, ni le même poids politiques, bien qu'elles s'inscrivent dans une vision globale de l'évolution que doit prendre la politique de santé cantonale. Ainsi, le Conseil d'Etat est parfaitement conscient des enjeux politiques principaux et des attentes prioritaires de la population et, partant, des députés. Son action quotidienne est d'ailleurs en grande partie rythmée par ces préoccupations qui sont pour la plupart liées à l'un ou l'autre acteur du système. La plupart des mesures proposées dans le présent rapport se rapportent d'ailleurs à des secteurs ou partenaires bien identifiés et sont déjà en voie de réalisation.

5.1.1. Priorités pour la législature 2013-2017

Comme nous l'avons déjà relevé précédemment, la législature 2009-2013 a permis de finaliser les réformes structurelles dans les domaines principaux des hôpitaux, y compris psychiatriques, et des soins à domicile. Les outils de gouvernance que sont l'HNE, le CNP et NOMAD ont ainsi pu entamer leur réorganisation et leur réforme internes, plus ou moins contraintes par des injonctions politiques. Les premières bases ont également été posées pour la planification des institutions dans ces domaines, avec d'une part la définition d'une planification hospitalière transitoire (2012-2014) et, d'autre part, celle d'une planification médico-sociale pour personnes âgées.

La présente législature doit nous permettre de déterminer plus précisément comment nous entendons utiliser les outils que sont ces établissements de droit public et de poursuivre ces processus de planification des institutions. Ces réorganisations occupent ou occuperont principalement le Conseil d'Etat et, pour certaines d'entre elles, également le Grand Conseil.

Plus concrètement, le Conseil d'Etat mettra en œuvre les mesures qui découlent pour l'essentiel de son programme de législature 2014-2017, soit en particulier la planification de l'offre sanitaire suivante : mise en œuvre de la PMS (mesure n°8), élaboration d'une planification hospitalière (n°9). Il poursuivra en outre ses travaux de réorganisation des urgences et du secteur des soins préhospitaliers (n°34-36). Il veillera à définir (ou à redéfinir dans le cas d'HNe où plusieurs des options stratégiques arrêtées en 2012 et 2013 apparaissent de plus en plus difficiles à concrétiser) un cadre stratégique adéquat à court et moyen termes pour les établissements de droit public que sont l'HNE (n°38), le CNP (n°39) et NOMAD (n°40) et mènera les études nécessaires pour leur donner les orientations sur leur réorganisation à plus long terme (n°37), notamment en termes de structures et d'espaces, ce qui permettra également d'apporter une réponse aux besoins en soins dans les régions (n°10). Dans ce contexte, il adaptera au besoin l'offre en soins (n°20-23). Il axera en outre son action sur la PPS, avec comme priorité la révision de son plan directeur (n°1), et poursuivra le développement et la mise en œuvre des programmes de santé publique (n°2-3 et 17-18), notamment dans le domaine des soins palliatifs (n°16), et réorientera les services de santé vers la PPS (n°46-48).

Il mettra par ailleurs partiellement en œuvre d'autres mesures qui ne pourront porter leurs fruits qu'à moyen terme mais posera dès à présent quelques jalons importants. Ceux-ci concerneront principalement, la lutte contre les maladies transmissibles (n°4-7), la lutte contre la pénurie de personnel (n°12), le développement de la qualité des soins (n°26 et 33), la sensibilisation de la population aux enjeux de santé (n°29-30), le renforcement des collaborations (n°43-45) et la recherche de synergies (n°41-42), le développement d'une stratégie eHealth (n°49) et plus largement d'outils de pilotage (n°50, 52, 54-56). Il travaillera enfin à la maîtrise des coûts de la santé, en particulier sur les prestations d'intérêt général (n°57) et poursuivra ses efforts en la matière (n°58-61).

Forts de ce qui précède, nous sommes déjà en mesure d'annoncer dès aujourd'hui que des rapports portant sur les thèmes suivants seront soumis au Grand Conseil ces prochains mois: options stratégiques de l'HNE (Centre de diagnostic et de traitement – CDT, Centres de traitement et de réadaptation – CTR, soins intensifs, investissements sur le site de La Chaux-de-Fonds), options stratégiques du CNP (structures intermédiaires, EMS, foyers, ateliers), options stratégiques de NOMAD, information sur la PMS et demande de crédit d'engagement pour la conduite d'études en lien avec le eHealth, proposition de modification complémentaire de la LS sur la réorganisation des soins préhospitaliers et information sur l'externalisation de la centrale des appels sanitaires urgents 144 notamment.

5.1.2. Mesures prévues pour la législature 2017-2021

Si la plupart des mesures présentées dans ce rapport sont effectivement déjà en cours de réalisation ou d'étude, certaines d'entre elles ne pourront pas être développées dans le courant de la présente législature. Si ces mesures restent pertinentes dans une approche de santé publique, elles ne constituent pas des priorités immédiates, considérant les nombreuses mesures à implémenter actuellement. Des efforts seront consentis pour suivre l'évolution des secteurs concernés mais aucune ressource spécifique ne sera dédiée à une action plus précise à leur sujet. Il s'agit en particulier des mesures relatives au développement d'une stratégie cantonale en matière de qualité (n°25), des principales stratégies de lutte contre la pénurie annoncée de personnel (n°11 et 13-15) et de la réflexion à mener sur les besoins d'un observatoire de la santé (n°51).

Le calendrier de mise en œuvre des dernières mesures reste peu précis à ce jour. Il est possible que certaines bases soient posées en fin de l'actuelle législature mais il est plus probable que leur mise en œuvre ne débute qu'après 2017. Il s'agit de la lutte contre les maladies chroniques (n°19), de l'élaboration d'un cadre de référence pour le développement de réseaux de soins (n°24) et d'une stratégie en matière de communication (n°28), du soutien à la mise en place d'un système de case management (n°27) et de l'information sur les droits des patients (n°31-32). La mesure relative au développement d'outils de pilotage de l'offre ambulatoire (n°53) dépendra quant à elle des avancements en la matière au niveau fédéral.

6. CONSEQUENCES DE LA POLITIQUE SANITAIRE CANTONALE 2015-2022

6.1. Conséquences financières et redressement des finances

Il n'est pas évident à ce stade de la réflexion, limitée à des orientations générales pour bon nombre des mesures proposées, de chiffrer précisément les effets financiers concrets de la politique sanitaire cantonale proposée. Par conséquent, nous nous limiterons à présenter l'évolution des grandes masses budgétaires, comme nous l'avions

fait dans le cadre du plan de législature 2014-2017. Le plan financier présenté à l'annexe 6 décrit ainsi les évolutions attendues dans les principaux secteurs d'activité du domaine de la santé tels que décrit au chapitre 4.1.6.

Le Conseil d'Etat entend poursuivre ses efforts visant à la maîtrise des coûts de la santé et, partant, à la maîtrise des charges étatiques en la matière. Cette limitation de la hausse des coûts, également à charge de l'AOS, reste un objectif prioritaire du Conseil d'Etat et une grande partie des mesures proposées dans le cadre de la présente politique sanitaire vont dans ce sens, bien que leur but principal ne soit pas toujours exclusivement la réalisation d'économies.

En effet, il faut être conscient que les mesures proposées suivent de manière générale une logique de santé publique et d'amélioration de la qualité des prestations. Ainsi, s'il n'est pas exclu de pouvoir obtenir des économies par la mise en œuvre de ces mesures, elles ne poursuivent pas prioritairement un objectif de réduction des coûts. A relever que même lorsque c'est le cas, elles n'impacteront pas systématiquement le budget de l'Etat. De plus, certaines conséquences financières, comme par exemple l'impact des programmes de prévention et de promotion de la santé, ne se feront pas forcément sentir sur les coûts de la santé à charge du canton en tant que tels, mais pourront toucher des secteurs connexes comme celui de l'économie ou des assurances. Les effets seront de surcroît décalés dans le temps. C'est la raison pour laquelle il est difficile à ce stade de les chiffrer précisément ces effets. De manière générale, on peut toutefois considérer que le présent rapport contribuera à l'atteinte des objectifs poursuivis dans le cadre du redressement des finances de l'Etat.

Malgré tous les efforts consentis, il est probable que les coûts de la santé continueront d'augmenter ces prochaines années, toutefois dans une mesure moindre que si rien n'était entrepris. Ainsi, il est notamment relevé que les dotations du SCSP pour le pilotage du système et la mise en œuvre des nouveaux projets devront certainement être complétées. A titre d'exemple, la mise en œuvre de la PMS imposera l'apparition de nouvelles institutions (structures d'hébergement temporaire, de nuit, de jour, etc.), obligeant le SCSP à traiter plus de demandes d'autorisation d'exploiter, à réaliser plus de visites de surveillance ou encore à contrôler plus de comptes, etc. Nous reviendrons plus en détails sur ce volet au chap. 6.5.

Enfin, certaines mesures nécessiteront un développement par le recours à l'investissement. Ainsi, des crédits d'engagement seront sollicités pour des projets en lien avec l'eHealth, la réorganisation spatiale de l'HNE. Ces investissements feront l'objet de demandes spécifiques qu'il conviendra évidemment de chiffrer plus précisément en temps voulu.

6.2. Conséquences législatives et réglementaires

Le présent rapport est un rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil dont il lui revient de prendre acte (ou non). Il ne contient pas de modifications législatives. Cela étant, comme relevé en début de rapport, le Conseil d'Etat entend soumettre au Grand Conseil, en même temps que celui-ci, un rapport portant modification d'un certain nombre de dispositions de la LS. Il s'agira de modifications mineures, relevant plus de la forme que du fond et sans conséquence politique particulière, qu'on peut apparenter à un premier toilettage de la législation de santé, qui devrait à plus long terme être suivi d'un autre, plus large, actualisant celle-ci et la structurant mieux, rendant sa lecture également plus aisée. A relever à cet égard, et dans le même état d'esprit, qu'à la fin 2014, le Conseil d'Etat a procédé à une importante épuration du chapitre 8 du Recueil systématique de la législation neuchâteloise (RSN) principalement consacré au domaine de la santé, en adoptant un arrêté portant abrogation d'une bonne cinquantaine de règlements ou d'arrêtés gouvernementaux devenus désuets à la suite de révisions

législatives sur le plan fédéral ou cantonal intervenues ces dernières années ou parce qu'ils portaient sur des conventions (notamment tarifaires) elles-mêmes désuètes.

Il n'en demeure pas moins que la mise en œuvre du présent rapport conduira le Conseil d'Etat à proposer ces prochaines années une série de modifications législatives et réglementaires dans le domaine de la santé pour répondre aux priorités et objectifs fixés dans le présent rapport, donner suite aux mesures proposées et en permettre la réalisation. Le Grand Conseil doit donc s'attendre, comme ce fut d'ailleurs déjà le cas ces dernières années, à être très régulièrement sollicité sur des objets relevant du domaine de la santé.

6.3. Conséquences sur les acteurs du système de santé neuchâtelois en général

Le présent rapport aura des conséquences importantes sur la gestion, l'organisation et la planification du système de santé ces prochaines années et donc sur ses acteurs. La politique qui en découle va changer passablement d'habitudes, de modes de fonctionnement, de gestion, d'organisation, ce qui ne va pas manquer de générer un certain nombre de craintes, voire de résistances qu'il s'agira de surmonter. Le présent rapport vise à donner des orientations stratégiques claires, déclinées sous forme d'objectifs et de mesures, qui doivent enfin permettre de donner une direction et une lisibilité claires et transparentes aux acteurs du système de santé du canton sur plusieurs années, dans lesquelles ils doivent pouvoir s'inscrire.

L'implication de ces acteurs dans la mise en œuvre de la politique sanitaire proposée sera essentielle à sa réussite. Le Conseil d'Etat compte véritablement sur eux tous, chacun à leur niveau, pour relever les défis dont il a fait état plus haut et entreprendre les transformations qu'il propose ou qui attendent le secteur de la santé.

Sur la base de l'expérience acquise et des contacts noués, il croit véritablement que cela est possible. En effet, depuis le début de la législature, le gouvernement en général, le chef du DFS en particulier, a rencontré à de nombreuses reprises un très large cercle d'acteurs de la santé. Lors de ces échanges, ils ont pu constater, avec grande satisfaction, et sous réserve de quelques tensions bien normales avec quelques-uns, qu'il existe une véritable volonté de moderniser notre organisation cantonale de santé, de la préparer aux défis susmentionnés et de l'appréhender en tant que véritable système en prenant en compte l'intérêt général. Le Conseil d'Etat a pu constater qu'il avait, dans de très nombreux cas, à faire avec les partenaires du réseau sanitaire à de vrais acteurs et non à des spectateurs. Dans un certain nombre de dossiers, comme par exemple dans les travaux en cours de réorganisation des soins préhospitaliers, il a pu très largement s'appuyer sur un certain nombre d'entre eux, qui ont constitué de véritables catalyseurs du changement. Cela est particulièrement réjouissant, mais n'enlève rien aux difficultés de pilotage relevées en introduction, ni à la nécessité d'arbitrer parfois entre intérêts divergents, qu'ils s'agissent d'intérêts privés contradictoires ou de confrontation entre logiques de marché et de santé publique.

Le présent rapport est, comme déjà dit, le fruit de nombreux échanges et discussions intervenus depuis le début de la législature. Le Conseil d'Etat a largement tenu compte des préoccupations et des propositions manifestées par les acteurs du terrain pour arrêter les orientations stratégiques de la politique sanitaire, que la LS lui donne la compétence de définir. Il entend continuer à associer très étroitement les partenaires du système dans la mise en œuvre de sa politique sanitaire, considérant qu'elle en sera d'autant mieux acceptée et réalisée.

6.4. Conséquences sur les communes en particulier

Les orientations évoquées dans le présent rapport auront un impact modéré sur les communes. Les travaux de désenchevêtrement ont en effet amené le canton à assumer l'entier du financement des institutions de soins et à créer successivement l'HNE, NOMAD et le CNP. Ils ont aussi conduit nombre d'institutions d'essence communale à être reprises par ces institutions, dont le pilotage revient au canton. Les communes n'en sont pas moins des acteurs de proximité importants, aussi bien pour l'observation de l'évolution de la situation sanitaire et l'écoute des préoccupations des acteurs, que pour fédérer ceux-ci autour de projets locaux ou régionaux ou pour assurer ou favoriser la mise en œuvre de certaines prestations étroitement dépendantes de ce lien de proximité avec la population. Les processus de fusion en cours ou déjà réalisés dans un certain nombre de communes doit renforcer cette capacité des communes à fédérer les acteurs locaux et à prendre des initiatives qui répondent aux besoins spécifiques du lieu, notamment en matière d'information, d'animation ou dans la mise en œuvre de mesures concrètes incluses dans les programmes cantonaux ou nationaux de santé publique. Le Conseil d'Etat compte donc sur un réengagement des communes dans ce domaine et entend développer un dialogue constructif avec elles sur ce thème.

Il convient en outre de relever que les communes ont notamment des compétences en matière d'aménagement du territoire et d'urbanisme qui ont leur importance en lien avec des problématiques de santé. Plusieurs rencontres ont eu lieu à ce sujet avec les communes et l'ACN. Un certain nombre de thèmes de discussion communs ont été mis sur la table, notamment la création d'appartements avec encadrement dans le contexte de la PMS, la réorganisation des soins ambulanciers et des soins préhospitaliers, la promotion des cabinets collectifs de médecins ou de centres de santé dans le contexte de pénurie annoncée de médecins, ou encore la réforme de l'organisation de la santé scolaire. Des actions de proximité dans le contexte de la PMS sont aussi à examiner avec les communes.

Le Conseil d'Etat a ainsi pu constater que sa volonté de réinvestir les communes dans le champ de la santé est partagée par bon nombre d'entre elles, confrontées qu'elles sont individuellement à une série de dossiers ou demandes relevant de ce domaine. Le Conseil d'Etat se réjouit à cet égard tout particulièrement de la décision prise récemment par l'ACN de constituer une conférence des directeurs (CdC) santé qui soit un véritable partenaire de l'Etat, mais aussi un organe de coordination fédérateur entre les communes, à l'instar de ce qui existe dans d'autres domaines.

Sur le plan financier, peu d'impacts sont attendus sur les communes, hormis pour le financement de mesures relevant de leur propre initiative.

6.5. Conséquences sur le personnel de l'Etat

La mise en œuvre de la politique sanitaire définie dans le présent rapport, intégrant les mesures phares du programme de législature du Conseil d'Etat pour la période 2014-2017, mais plus généralement les réformes dans le domaine de la santé sur le plan fédéral et cantonal auront pour conséquence une augmentation régulière des ressources en personnel du SCSP. Cette évolution doit permettre à ce service de réaliser des tâches d'organisation, de planification, d'organisation et de surveillance, principalement dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé ainsi que du médico-social qui sont appelés à se développer ces prochaines années. L'augmentation des ressources humaines correspond à une nécessité pour permettre à ce service de mettre en œuvre, dans des conditions acceptables, avec des chances raisonnables de succès, l'ambitieuse politique que le Conseil d'Etat propose dans ce rapport afin de pouvoir continuer de garantir à la population neuchâteloise une prise en charge sanitaire de qualité. Le gouvernement juge fondé de doter le services des ressources utiles au pilotage du

système de santé, notamment au regard de l'importance des défis à venir dans le système cantonal de santé et de leurs impacts potentiels sur ses ressources, des montants très importants gérés par le SCSP ainsi que des économies et rationalisations que ces ressources permettront d'envisager dans le système de santé neuchâtelois.

6.6. Classement d'interventions parlementaires en suspens

Le Conseil d'Etat propose le classement des motions et postulats suivants dans le cadre du présent rapport, considérant qu'elles ont un lien direct avec son contenu et que des mesures ont été prises par l'Etat et/ou que l'évolution du cadre légal ou réglementaire, voire stratégique sur le plan fédéral ou cantonal le permet:

- Motion "Pénurie d'organes humains à transplanter (96.116);
- Motion "Salaires du personnel de la santé. Honorez la parole donnée" (07.131);
- Motion "Manque de médecins et promotions du médecin de famille – Quid dans le canton de Neuchâtel?" (09.127);
- Motion "Reconnaissance d'utilité publique du travail des sages-femmes indépendantes" (12.128);
- Postulat "Coordination avec les autres acteurs de la santé" (07.143);
- Postulat "Encourager l'implantation de maisons de naissance" (09.146);
- Postulat "Formation professionnelle" (10.160);
- Postulat "Promouvoir une autre forme d'habitation pour les personnes âgées" (12.132).

Un rapport complémentaire, qui constitue l'annexe 8 du présent rapport, explique de manière détaillée les raisons pour lesquelles le classement de ces interventions parlementaires est proposé par le Conseil d'Etat.

7. CONSULTATIONS

Le Conseil de santé, qui est un organe consultatif du Conseil d'Etat, doit, selon la LS, être consulté en matière de politique et de planification du système de santé. Il est par ailleurs appelé à préavis sur la répartition des moyens et l'allocation des ressources.

En l'occurrence, le Conseil de santé a été consulté, lors de deux séances, sur le présent rapport et ses annexes, en particulier les annexes 7 et 8 valant rapports complémentaires. Il les a préavisés positivement à l'unanimité des membres présents, sous réserve d'une opposition liée à l'incertitude portant sur les moyens accordés à l'HNE pour lui permettre de réaliser ses options stratégiques à court et moyen terme. De manière générale, le Conseil de santé a salué le rapport de politique sanitaire tant sur le plan de l'intention que sur le fond et la forme. Quelques commentaires et remarques ont été formulés par ses membres, qui ne touchent toutefois pas le fond du rapport et notamment les orientations prises. La version finale du rapport en tient compte et des modifications y ont été apportées afin d'intégrer les avis exprimés et globalement admis.

A relever que le Conseil de santé avait été informé des intentions du Conseil d'Etat par le chef du DFS en lien avec sa politique sanitaire à la fin 2013 déjà.

La Commission santé du Grand Conseil comme la sous-commission de gestion du DFS ont aussi été informées, par le chef du DFS, de la vision, des priorités et des orientations stratégiques du Conseil d'Etat en lien avec la politique sanitaire qu'il entendait élaborer et déployer. Un large débat a eu lieu à ce sujet, lors duquel les commissaires ont pu poser leurs questions auxquelles il a été répondu. Cela dit, ces commissions n'ont pas été consultées préalablement sur le texte du présent rapport, considérant qu'elles n'avaient pas à l'être avant leur adoption par le Conseil d'Etat et leur soumission au Grand Conseil.

De manière plus générale, et comme déjà relevé, le rapport de politique sanitaire, qui découle lui-même d'un certain nombre d'objectifs et mesures phares prises par le Conseil d'Etat dans son programme de législature 2014-2017, est le fruit d'échanges et de réflexions menés par le Conseil d'Etat ainsi que le chef du DFS, avec son secrétariat général et le SCSP, depuis le début de la législature, avec un panel très large d'acteurs du système de santé à l'échelon fédéral, intercantonal, cantonal et communal. Au demeurant, les principaux acteurs du système cantonal de santé, représentés au sein du Conseil de santé, ont pris connaissance de son contenu et ont pu le préavisier.

8. CONCLUSION

Le présent rapport en donne un aperçu, le secteur de la santé est un domaine complexe, de plus en plus caractérisé par le changement vu les équilibres instables qui s'y établissent entre des acteurs aux rôles parfois contradictoires. Dans ce secteur peut-être encore plus que dans d'autres, la sérénité et la confiance sont pourtant des éléments essentiels.

En tentant de faire apparaître les lignes de force d'une politique d'ensemble pour le domaine de la santé et de dépasser les planifications sectorielles ou les simples questions d'organisation, ce rapport de politique sanitaire vise à la fois à montrer ce qui relie les premières entre elles et la cohérence de l'ensemble, tout en mettant en exergue et en tentant de décoder un tant soit peu l'extrême complexité du domaine. Il renseigne, plus simplement, sur les orientations qui guideront les projets au cours des prochaines années.

En s'appuyant sur six orientations générales (prévention et promotion, offre en soins, qualité, organisation, pilotage et maîtrise des coûts) plutôt que sur un inventaire des domaines ou des projets, la politique sanitaire ébauchée dans ce rapport tente de remettre au centre des préoccupations le citoyen et le patient.

Enfin, les limites des compétences cantonales en ce domaine sont exposées, de même que les défis posés aux autorités et à notre société par l'évolution de la législation, de la démographie, par les contraintes de la démographie médicale, les progrès de la technique, les finances et l'évolution des comportements sociaux.

En conclusion, le Conseil d'Etat est bien conscient que les objectifs qu'il s'est fixés et que les actions qu'il a prévu de déployer ces huit prochaines années, sont ambitieux au regard des ressources à disposition et des efforts qui doivent être entrepris dans de nombreux autres domaines de l'action publique. Il n'en demeure pas moins que cette ambition est rendue indispensable par les défis qui attendent le système de santé à tous les niveaux. Comme déjà dit, cela va contraindre l'ensemble des acteurs à s'interroger sur leur organisation et leur mode de fonctionnement, à travailler en réseau et à

privilegier la coordination. Le Conseil d'Etat soutiendra ceux qui s'inscrivent dans ce processus et les efforts qui iront dans ce sens.

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat invite le Grand Conseil:

1. à **prendre acte** du présent rapport de politique sanitaire 2015-2022 et de ses annexes, en particulier de son annexe 7, valant rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil portant sur les années 2009 à 2013 au sens de l'article 83, alinéa LS;
2. à **prendre acte** des réponses du Conseil d'Etat aux motions et postulats suivants et à les **classer**:
 - Motion "Pénurie d'organes humains à transplanter (96.116);
 - Motion "Salaires du personnel de la santé. Honorez la parole donnée" (07.131);
 - Motion "Manque de médecins et promotions du médecin de famille – Quid dans le canton de Neuchâtel?" (09.127);
 - Motion "Reconnaissance d'utilité publique du travail des sages-femmes indépendantes" (12.128);
 - Postulat "Coordination avec les autres acteurs de la santé" (07.143);
 - Postulat "Encourager l'implantation de maisons de naissance" (09.146);
 - Postulat "Formation professionnelle" (10.160);
 - Postulat "Promouvoir une autre forme d'habitation pour les personnes âgées" (12.132).

En vous remerciant pour l'attention portée à ce rapport, veuillez agréer, Monsieur le président, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 16 février 2015

Au nom du Conseil d'Etat:

Le président,
A. RIBAUD

La chancelière,
S. DESPLAND

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|--------------|---|
| ACN | Association des communes neuchâtelaises |
| ANSB | Association Neuchâteloise de services bénévoles |
| AOS | Assurance obligatoire des soins |
| BEJUNE | Berne Jura Neuchâtel |
| CCT Santé 21 | Convention collective de travail Santé 21 |
| CDCS BEJUNE | Centre de dépistage du cancer du sein des cantons de Berne, Jura et Neuchâtel |
| CDF | site HNE - La Chaux-de-Fonds |
| CDT | Centre de diagnostic et de traitement |
| CDS | Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé |
| CIGES SA | Centre d'Information de Gestion et d'Economie de Santé SA |
| CLASS | Conférence latine des directeurs des affaires sanitaires et sociales |
| CNMG | Cursus neuchâtelois de médecine générale |
| CNP | Centre neuchâtelois de psychiatrie |
| CODETA | Commission désenchevêtrement des tâches |
| CRMG | Cursus romand de médecine générale |
| CTR | Centre de traitement et de réadaptation |
| DFS | Département des finances et de la santé |
| DFI | Département fédéral de l'intérieur |
| DRG | Diagnosis Related Groups |
| EMS | Etablissement médico-social |
| EMSP BEJUNE | Equipe mobile de soins palliatifs des cantons de Berne, Jura et Neuchâtel |
| FUS | Fondation Urgences Santé Vaud |
| GC | Grand Conseil |
| GSMN | Genolier Swiss Medical Network |
| GRSP | Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin |
| HNE | Hôpital neuchâtelois |
| LAGH | Loi fédérale sur analyse génétique humaine |
| LAMal | Loi fédérale sur l'assurance-maladie |
| LDEIP | Loi fédérale sur le dossier électronique du patient |
| LFinEMS | Loi sur le financement des établissements médico-sociaux |
| LEp | Loi fédérale sur les épidémies |
| LPTH | Loi sur les produits thérapeutiques |
| LRH | Loi relative à la recherche sur l'être humain |
| LTr | Loi sur le travail |
| LTx | Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules, abrégé Loi fédérale sur la transplantation |
| LPMéd | Loi fédérale sur les professions médicales |
| LS | Loi de santé |
| MHS | Médecine hautement spécialisée |
| NOMAD | Neuchâtel organise le maintien à domicile |
| ODIM | Ordonnance sur les dispositifs médicaux |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ORCCAN | Organisation de gestion de crise et de catastrophe du canton de Neuchâtel |
| PCI | Prévention et contrôle de l'infection |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PIG | Prestations d'intérêt général |
| PMS | Planification médico-sociale pour les personnes âgées |
| PPS | Prévention des maladies et la promotion de la santé |

| | |
|--------|---|
| RASI | Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions |
| RCS | Région Capitale Suisse |
| RSM | Réseau santé migration |
| SCAV | Service de la consommation et des affaires vétérinaires |
| SCSP | Service de la santé publique |
| SEO | Service de l'enseignement obligatoire |
| SENE | Service de l'énergie et de l'environnement |
| SFPO | Service des formations postobligatoires et de l'orientation |
| SIAM | Service des institutions pour adultes et mineurs |
| SIS | Service d'incendie et de secours |
| SMIG | Service des migrations |
| SMUR | Services mobiles d'urgence et de réanimation |
| SRAS | Syndrome respiratoire aigu sévère |
| TARMED | Structure tarifaire nationale pour les prestations ambulatoires médicales |
| UAT | Unité d'accueil temporaire |
| VSS | Véhicule de soutien sanitaire |

Répartition des compétences/tâches entre Confédération, cantons et communes dans le domaine sanitaire

Les compétences dans le domaine de la santé sont réparties comme suit entre la Confédération, les cantons et les communes (dans le canton de Neuchâtel):

1. Compétences de la Confédération dans le domaine sanitaire

La Confédération a, selon la Constitution fédérale (ci-après: Cst.), la compétence de réglementer les secteurs suivants, compétence qu'elle a exercée en élaborant et adoptant différentes législations:

- formation, perfectionnement professionnel et de formation continue des personnes exerçant une profession médicale (art. 95 al. 1 et 117, al. 2, let. a Cst.; loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd));
- reconnaissance des diplômes des professions médicales (art. 95, al. 1 Cst.; loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd));
- formation non universitaire aux professions de la santé (art. 95, al. 2 et 97, al. 1 Cst.; future loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan));
- assurance-maladie et l'assurance-accidents (art. 117 Cst; loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et loi sur l'assurance-accident (LAA));
- protection de la santé (art. 118 Cst., notamment utilisation des denrées alimentaires (loi fédérale sur les denrées alimentaires (LDAI)), des médicaments et des agents thérapeutiques (loi fédérale sur les médicaments et dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques: LPT)), des stupéfiants et substances psychotropes (loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (loi sur les stupéfiants: LStup)), des produits chimiques (loi fédérale sur les substances et les préparations dangereuses (loi fédérale sur les produits chimiques: LChim)); lutte contre les maladies transmissibles (loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies: LEp));
- recherche sur l'être humain (art. 118b Cst.; loi relative à la recherche sur l'être humain (LRH));
- procréation médicalement assistée (art. 119 Cst.; loi sur la procréation médicalement assistée: LPMA)) et génie génétique dans le domaine humain (loi sur l'analyse génétique humaine: LAGH));
- médecine de transplantation (art. 119a Cst.; loi sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation: LTx));
- génie génétique dans les domaines non humain (art. 120 Cst; loi sur l'application du génie génétique au domaine non humain (loi sur le génie génétique: LGG));

2. Compétences des cantons dans le domaine sanitaire

Sous réserve de quelques rares compétences qui sont expressément attribuées par la Constitution fédérale aux cantons seuls ou conjointement avec la Confédération, l'essentiel de celles-ci en découlent implicitement (subsidiarité). De manière générale, les cantons sont notamment compétents:

- garantir l'approvisionnement en soins et, dans ce cadre, d'assurer l'équipement de leur territoire en établissements et institutions adéquats, complémentaires et adaptés aux besoins de la population (hôpitaux et EMS, organisations de

soins à domicile, services psychosociaux, services de médecine scolaire et services d'urgence, transport et sauvetage);

- délivrer les autorisations cantonales d'exercer les professions de la santé et d'exploiter des institutions de soins (hôpitaux, EMS notamment);
- assurer la "police de la santé publique" et la surveillance des hôpitaux publics ou subventionnés, des cliniques privés et des homes;
- encourager la prévention et de la promotion de la santé;
- financer les institutions de soins;
- appliquer le droit fédéral en matière sanitaire.

3. *Compétences conjointes Confédération - cantons dans le domaine sanitaire*

- accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité (art. 117a Cst.);
- prise en compte des médecines complémentaires (art. 118a Cst.).

4. *Compétences/tâches des communes dans le domaine sanitaire (canton de Neuchâtel)*

De manière générale, les communes remplissent les tâches dans le domaine sanitaire qui leur sont confiées par la législation cantonale de santé ou par d'autres lois cantonales. Pour ce qui est du canton de Neuchâtel, la LS attribue notamment les compétences suivantes aux communes:

- assurer l'hygiène et la salubrité publiques (art. 19 LS),
- contribuer à la mise en œuvre de la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention définie par le Conseil d'Etat et tenir compte dans leur fonctionnement des objectifs de celle-ci. (art. 42 LS).
- assurer, avec l'Etat, la surveillance médicale dans les écoles et durant la formation professionnelle, (art. 46 LS).
- encourager avec l'Etat les initiatives utiles en matière de prévention des accidents (art. 51 LS).
- veiller, en collaboration avec l'Etat, à la disponibilité sur leur territoire d'un nombre adéquat d'appartements avec encadrement (art. 93a, al. 3 LS).
- assurer, séparément ou ensemble, le service officiel d'ambulance et les autres services de transport de patients (art. 117 LS).
- Collaborer, avec l'Etat, dans la prise des mesures nécessaires pour faire face aux événements exigeant l'engagement de moyens extraordinaires sur le plan sanitaire (art. 118 LS).

Stratégie nationale santé 2020

| Domaines d'action | Objectifs | Mesures |
|------------------------|---|---|
| 1. Qualité de vie | 1. Offres de soins modernes | <ul style="list-style-type: none"> Améliorer les soins intégrés Adapter les soins de longue durée Améliorer la recherche relative aux soins et la recherche clinique; introduire des registres |
| | 2. Protection de la santé renforcée | <ul style="list-style-type: none"> Eviter les rayonnements inutiles dans le domaine médical, mettre sur pied des contrôles supplémentaires contrôler et lutter contre la résistance aux antibiotiques Réduire les infections évitables dans les établissements de soins |
| | 3. Promotion de la santé et prévention des maladies | <ul style="list-style-type: none"> Améliorer la prévention et le dépistage précoce des maladies non transmissibles Promouvoir la santé psychique et améliorer la prévention et le dépistage précoce des maladies psychiques Améliorer la prévention, le dépistage précoce et la lutte contre les dépendances |
| 2. Egalité des chances | 4. Egalité en matière de financement et accès aux soins | <ul style="list-style-type: none"> Réduire les incitations à sélectionner les risques chez les assureurs Intensifier les programmes destinés aux groupes vulnérables Prendre en compte la capacité économique pour les coûts supportés par les assurés |
| | 5. Maintien de la santé à un prix abordable en accroissant l'efficacité | <ul style="list-style-type: none"> Stabiliser la croissance des coûts dans le domaine des médicaments Renforcer les indemnités forfaitaires par rapport aux tarifs à la prestation Regrouper la médecine hautement spécialisée |
| | 6. Renforcement des droits des patients et des assurés | <ul style="list-style-type: none"> Prendre en compte davantage les patients et les assurés dans les processus relatifs à la politique de la santé Renforcer la culture sanitaire et la responsabilité individuelle Respecter davantage les droits des patients |
| 3. Qualité des soins | 7. Qualité des prestations et des soins | <ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre la stratégie en matière de qualité Diminuer le nombre de prestations, de processus et de médicaments inefficaces et inutiles Sensibiliser la population au don d'organes |
| | 8. Utilisation accrue des instruments de la cybersanté | <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place et promouvoir la cybermédication Introduire et promouvoir le dossier électronique du patient Soutenir, sur le plan numérique, les processus de traitement ou de soins |
| | 9. Formation des professionnels de la santé | <ul style="list-style-type: none"> Former un nombre suffisant de médecins et de personnel soignant Promouvoir la médecine de famille et la collaboration entre les professions de la santé Elaboration d'une loi sur les professions de la santé |

| | | |
|-----------------|--|---|
| 4. Transparence | 10. Simplification du système | <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la surveillance des assureurs-maladie • Renforcer et améliorer les bases de données et leur analyse • Simplifier les assurances-maladie |
| | 11. Pilotage de la politique de la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la collaboration et la coordination entre la Confédération et les cantons • Mettre en place de nouvelles solutions de pilotage • Supprimer les blocages lors des négociations tarifaires |
| | 12. Ancrage international | <ul style="list-style-type: none"> • Signer et mettre en œuvre un accord sur la santé avec l'UE • Mettre en œuvre la politique extérieure en matière de santé • Etablir des comparaisons ciblées et collaborer étroitement avec les pays ayant un système similaire à celui de la Suisse |

Stratégies nationales thématiques

1. Stratégie en matière de démence

La Confédération et les cantons se sont fixés pour buts d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence, de réduire les contraintes et d'assurer une bonne prise en charge. C'est dans ce cadre que la "stratégie nationale en matière de démence 2014-2017" est mise en œuvre. Cette stratégie développe différents projets spécifiques en matière de sensibilisation de la population, de diagnostic, de données et de financement. Le projet "sensibilisation de la population" cherche à mieux diffuser les informations sur la maladie au sein de la population et à gommer les préjugés qui subsistent vis-à-vis des personnes atteintes. Le projet "diagnostic" vise la constitution d'un réseau de centres de compétences pour le diagnostic et l'amélioration de la qualité de celui-ci. Le projet "données" tend à examiner quel type de données peut être collectées sur la démence et les coûts liés aux soins et comment. Enfin, le projet "financement" a pour but d'étudier si les offres en matière de soins pour les personnes souffrant de démence figurent de manière appropriée dans les systèmes de financement actuels et si elles sont financés de telle manière que les personnes concernées et leurs proches bénéficient d'une prise en charge de qualité;

2. Stratégie en matière de soins palliatifs

Les soins palliatifs englobent le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives. Ils visent à éviter la souffrance et les complications. Ils comprennent les traitements médicaux, les soins, ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel à la fin de vie. Ils constituent un modèle permettant justement de relever certains défis auxquelles notre système de santé est confronté, notamment celui du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques comme les cancers. Ils offrent un soutien, un accompagnement et un traitement de qualité aux personnes dont le pronostic vital est engagé ainsi qu'à leurs proches.

La mise en œuvre de la "stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013 – 2015" (qui a pris la suite de la stratégie 2010 – 2012) touche des domaines très variés, comme les concepts et structures de soins, les systèmes de financement, la sensibilisation à la problématique, le bénévolat ou encore les compétences spécifiques des professionnels.

3. Stratégie cybersanté (eHealth)

La "stratégie cybersanté Suisse" adoptée en 2007 par le Conseil fédéral vise, d'une part, à introduire le dossier électronique du patient à l'échelle nationale et, d'autre part, à créer un portail de santé contenant des informations sur des thèmes de santé pour toute la Suisse. Les technologies de l'information et de la communication (TIC) soutiennent la mise en réseau des acteurs du système de santé, ce qui contribue à accroître la qualité des processus thérapeutiques, la sécurité des patients et l'efficacité du système de la santé. La cybersanté doit permettre à la population d'accéder à un système de santé efficace, sûr et économique. Les objectifs fondamentaux sont:

- Qualité : une meilleure gestion du savoir offre des soins médicaux de meilleure qualité ;
- Sécurité des patients : l'accès aux bonnes informations au bon moment et au bon endroit permet d'éviter les erreurs de diagnostic et de sauver des vies ;
- Efficience : l'utilisation systématique de processus électroniques améliore la coordination et permet un échange rapide d'informations entre les acteurs.

La Confédération s'est engagée activement afin de soutenir la mise en œuvre de la stratégie, notamment avec l'élaboration récente du projet de loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEIP). Un organe de coordination Confédération-cantons, "eHealth Suisse" veille à ce que les projets de cybersanté en Suisse soient conformes à la stratégie et établit des synergies entre les acteurs. Par ailleurs, il coordonne, par un secrétariat, les projets partiels de mise en œuvre de la stratégie et il émet des recommandations à l'égard des acteurs.

4. *Stratégie contre le cancer*

La stratégie nationale contre le cancer 2014 – 2017 dispose de trois volets : dépistage, suivi et recherche. Chacun d'entre eux comprend différents champs d'action et des projets concrets : promotion de l'introduction, au niveau national, de programmes de dépistage du cancer du sein, définition du suivi interdisciplinaire des personnes atteintes d'un cancer, renforcement des programmes de formation et des offres de conseil destinés aux patients, mesures visant à soutenir la recherche clinique, etc. La Confédération, les cantons et les organisations impliquées doivent contribuer à la mise en œuvre de la stratégie, dans le cadre de leurs compétences. Il peut notamment s'agir de poursuivre des programmes de prévention nationaux ou cantonaux, de mettre en réseau des structures de soins cantonales ou d'élaborer la loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques.

5. *Masterplan "Médecine de premier recours et médecine de base"*

Le Masterplan, lancé en 2013 par le DFI, en collaboration avec la CDS et les autres partenaires concernés, a permis de traiter rapidement et de résoudre les problèmes avérés de la médecine de premier recours. Il prévoit notamment:

- des mesures pour la formation et la recherche: inscrire la médecine de base et la médecine de famille dans la LPM éd, développer les instituts de médecine de famille dans chaque faculté de médecine pour s'établir comme centres d'enseignement et de recherche, adapter le cycle de médecine interne générale dans le cadre de la formation médicale postgrade, garantir l'assistantat en cabinet médical des futurs médecins de famille;
- une meilleure rémunération des analyses pratiquées dans les cabinets: mieux rémunérer les trente-trois analyses rapides effectuées en cabinet qui permettent aux médecins de répondre aux questions les plus fréquentes des patients, de poser un diagnostic et de prendre les décisions nécessaires en termes de traitement;
- la révision de la structure tarifaire TARMED dans le but de faire bénéficier les médecins de premier recours d'une revalorisation de leurs prestations à hauteur de 200 millions de francs (entrée en vigueur depuis le 1.10.2014);
- l'inscription dans la Constitution fédérale d'une disposition garantissant une médecine de base suffisante, de qualité et accessible, qui reprend les revendications des médecins de famille.

6. *Masterplan "formation des professions de la santé"*

Davantage de diplômés dans les professions des soins: telle est la condition sine qua non pour continuer à couvrir les besoins dans le domaine de la santé dans notre pays. Or la satisfaction de ces besoins croissants passe par un double enjeu, à savoir créer impérativement davantage de places de formation et proposer des profils professionnels attrayants et orientés vers les besoins du marché du travail. C'est précisément l'objectif visé par le Masterplan «Formation aux professions des soins»

qui doit permettre, entre 2010 et 2015, de coordonner et de concrétiser les mesures requises sur la base du partenariat de la formation professionnelle.

Le rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé pointe l'immense fossé qui se dessine en Suisse entre les prévisions concernant les besoins en professionnels des soins et le nombre de diplômes qui devraient être délivrés à moyen terme à l'issue des formations correspondantes.

Le Masterplan «Formation aux professions des soins» entend notamment augmenter, entre 2010 et 2015, le nombre de diplômes délivrés en s'appuyant sur le partenariat dans la formation professionnelle et dans la limite des responsabilités de chacun et mettre en œuvre les travaux nécessaires au niveau des trois axes prioritaires: 1. création d'un nombre de places de formation et de stage en adéquation avec les besoins, 2. mise en œuvre de la systématique de formation et 3. élaboration de mesures relatives à la main-d'œuvre étrangère.

7. Stratégie prévention des maladies non transmissibles (en cours d'élaboration)

Cancer, maladies cardio-vasculaires, diabète : les maladies non transmissibles sont aujourd'hui la première cause de décès dans le monde et en Suisse. Leur augmentation est principalement liée aux changements de nos modes de vie. En effet, dans nos sociétés modernes, le manque d'activité physique, la mauvaise alimentation, l'abus d'alcool et le tabagisme constituent des facteurs de risque très répandus qui favorisent grandement leur apparition. Or, plus de la moitié de ces maladies pourraient être évitées grâce à un mode de vie sain.

La Confédération et les cantons ont décidé en novembre 2013, dans le cadre du Dialogue « Politique nationale de la santé », de mettre en chantier l'élaboration d'une Stratégie nationale prévention des maladies non transmissibles, qui devra être prête d'ici à 2016. Le but visé est de renforcer les compétences de la population en matière de santé ainsi que de mettre en place des cadres de vie et des environnements qui facilitent un comportement plus sain. Les différents sous-projets seront élaborés au sein de groupes de travail, en coopération avec les différents acteurs. Le sous-projet 1 comprend les facteurs de risque, les activités nationales de prévention et les possibles synergies avec les stratégies spécifiques aux maladies. Le sous-projet 2 se concentre sur le renforcement de la prévention dans les soins de santé. Les groupes de travail ont débuté à la fin mars 2014. Leur rapport sur l'état de la problématique et les options d'intervention possibles sera disponible début 2015. Ces deux rapports serviront de base pour la planification de la stratégie et des mesures prévues en 2015 et 2016.

Evolution du droit fédéral

1. Révision de la LAMal relative au financement des soins de longue durée (adoptée et entrée en vigueur)

Le Parlement fédéral a adopté la loi sur le nouveau régime de financement des soins le 13 juin 2008 qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011. La nouvelle réglementation relative à ce financement vise les deux objectifs suivants : améliorer la situation difficile du point de vue de la politique sociale de certains groupes de personnes nécessitant des soins et éviter de charger davantage l'AOS. L'AOS fournit une contribution aux frais de soins. Les coûts qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales en général, l'AOS en particulier, sont assumés de façon limitée par les assurés et le financement résiduel est garanti par les cantons.

2. Révision de la LAMal relatif au financement hospitalier (adoptée et entrée en vigueur)

La nouvelle réglementation du financement hospitalier a été adoptée par le Parlement fédéral le 21 décembre 2007 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, sous réserve des dispositions transitoires qui l'ont été au 1^{er} janvier 2012 seulement. Parmi les changements majeurs, il convient de retenir le passage du financement de l'hôpital au financement des prestations ; l'introduction des forfaits liés aux prestations basés sur des structures tarifaires uniformes au niveau suisse ; l'inclusion des coûts d'investissements dans le calcul des coûts à charge de l'AOS ; le financement des forfaits par le canton et les assureurs, la part de financement fixée par le canton s'élevant à 55% au moins ; les critères uniformes de planification édictés par le Conseil fédéral ; l'introduction du libre choix de l'hôpital ou de la maison de naissance.

Comme déjà relevé plus haut, cette révision a conduit à un transfert de charge important des assurances complémentaire, mais aussi de l'AOS dans une moindre mesure, sur les cantons pour un montant estimé à 1,4 milliards de francs par la CDS, en lien avec les hospitalisations hors canton.

3. Révision de la LAMal relative à la limitation des admissions des médecins (adoptée et entrée en vigueur)

La limitation des admissions, introduite pour la première fois en 2003 et plusieurs fois prorogée, a expiré fin 2011. Depuis, le nombre de médecins ayant obtenu un numéro de facturation à charge de l'AOS a fortement augmenté dans certains cantons, notamment les cantons urbains, ce qui a conduit la Confédération à réintroduire très rapidement cet outil de gestion des quantités dans la LAMal pour une période de 3 ans (entrée en vigueur le 15.7.2013). La réintroduction de l'art. 55a modifié de la LAMal donne aux cantons la possibilité de gérer à nouveau le nombre de médecins exerçant sur leur territoire. La gestion stratégique de l'admission ne concerne toutefois pas les médecins ayant exercé au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu qui conservent donc la possibilité d'ouvrir leur propre cabinet et de pratiquer à la charge de l'AOS, sans que doive être établie la preuve d'un besoin.

Le Conseil fédéral a adopté l'ordonnance d'exécution correspondante, qui règle les détails concernant la gestion de l'admission, mais laisse une grande marge de manœuvre aux cantons en ce qui concerne l'application de la limitation des admissions. Le canton de Neuchâtel a fait usage de la faculté qui lui était conférée de par le droit fédéral et a adopté un arrêté d'application de l'ordonnance fédérale à fin 2013.

4. Révision de la LAMal en lien avec le pilotage du domaine ambulatoire (avant-projet)

La gestion stratégique de l'admission présentée ci-dessus constitue une solution de transition. Pour gérer durablement le nombre de médecins, il convient de trouver une solution équilibrée et applicable à long terme. Le Conseil fédéral a chargé le DFI de l'élaborer, ce qu'il a fait dans le cadre de la révision de la LAMal relatif au pilotage du domaine ambulatoire.

Cela étant, le Conseil fédéral propose de modifier la LAMal, dans le but de permettre aux cantons de mieux pouvoir réguler les soins ambulatoires pour éviter les situations de sur-approvisionnement et de sous-approvisionnement sur leur territoire. Pour ce faire, il préconise dans son avant-projet de mieux associer les milieux concernés au processus de décision et les orienter suivant des critères de qualité. Le projet en question a été mis en consultation jusqu'à l'automne 2014.

Selon cet avant-projet, les cantons sont les mieux placés pour connaître la situation et les besoins en matière de soins médicaux sur leur territoire. Ainsi, une modification de la LAMal devrait leur permettre de réguler l'offre de soins ambulatoires selon la région et la spécialité. En cas d'offre excédentaire, les cantons pourront limiter la fourniture de prestations en fonction de la région, du fournisseur de prestation ou du domaine de spécialisation et, en cas d'offre insuffisante, soutenir les fournisseurs de prestations concernés. Les cantons décideront eux-mêmes du type de mesures sur la base de critères de qualité, ce qui leur permettra de tenir compte de leurs besoins spécifiques.

Les cantons ne pourront prendre des mesures qu'après avoir clarifié les besoins en matière de prestations ambulatoires et fixé l'étendue de l'offre. Ils seront également tenus d'associer les milieux concernés au processus décisionnel. A cette fin, chaque canton mettra sur pied une commission composée de représentants des assurés, des fournisseurs de prestations et des assureurs-maladie, et chargée de formuler au canton une recommandation sur l'évaluation du besoin et sur les mesures proposées.

Le Confédération n'interviendra que si la viabilité financière du système est mise en péril. Si, dans un canton, les coûts du secteur ambulatoire augmentent plus fortement que la moyenne et que celui-ci ne prend pas de mesure pour corriger la situation, le Conseil fédéral pourra procéder à des adaptations des tarifs du domaine ambulatoire.

Le projet visant à améliorer l'approvisionnement en soins ambulatoires devrait remplacer le régime actuel de la limitation des admissions pour les médecins, qui expirera à la fin juin 2016.

5. Nouvelle loi fédérale pour le Centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins (avant-projet)

Le Conseil fédéral a élaboré un avant-projet de loi de centre pour la qualité visant à un renforcement de l'économicité et de la qualité des prestations. Ce faisant, il veut accroître la sécurité et la qualité du système de santé. Concrètement, la qualité des prestations médicales sera mieux évaluée, des normes reconnues pour la sécurité des patients seront définies et rendues contraignantes. A cette fin des programmes nationaux portant sur la qualité devront être lancés et des indicateurs de qualité seront développés. Par ailleurs, le caractère approprié et l'utilité des prestations devront être vérifiés de façon systématique et des technologies médicales (Health Technologie Assessment, HTA) devront être évaluées.

Pour ce faire, le Conseil fédéral propose de créer un centre national pour la qualité sous la forme d'un établissement de droit public doté de sa propre personnalité juridique dans le Conseil d'administration duquel les cantons seront représentés. Ce

centre sera amené à soutenir la Confédération, les cantons et les fournisseurs de prestations avec des bases scientifiques et des projets concrets.

Le Conseil fédéral a mis en consultation l'avant-projet de loi correspondant durant l'été 2014.

6. *Révision de la Loi sur les épidémies (LEp) (adoptée, mais non encore entrée en vigueur)*

Les maladies transmissibles, et en particulier les épidémies, constituent une menace pour la santé publique. La nouvelle LEp offre les instruments permettant de se préparer au mieux contre les dangers, de les déceler rapidement et d'y réagir avec efficacité en cas de crise. Les principales innovations apportées par la LEp sont les suivantes:

a) Programmes nationaux visant à protéger la population

La LEp révisée permet d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes nationaux dans le domaine des résistances aux antibiotiques et des maladies nosocomiales;

b) Clarification relative à la collaboration entre Confédération et cantons

Si la nouvelle LEp ne modifie pas la répartition des tâches entre Confédération et cantons ancrée dans la loi encore en vigueur de 1970, elle règle néanmoins plus en détails leurs compétences respectives : le rôle directeur de la Confédération est renforcé et sa fonction de coordination et de surveillance consolidée. Le Conseil fédéral fixe, avec le concours des cantons, des objectifs et des stratégies en matière de lutte contre les maladies transmissibles et gère la préparation aux situations de crise. Quant à l'exécution des mesures, elle reste entre les mains des cantons. La collaboration entre les deux entités est améliorée par la création d'un organe de coordination permanent, également chargé de promouvoir l'exécution uniforme de la loi.

c) Restriction de la vaccination obligatoire existante

La LEp révisée ne prévoit pas de vaccinations par la contrainte, pas plus d'ailleurs que ne le prévoit le texte encore en vigueur. Cela signifie que nul ne peut se faire administrer un vaccin sous la contrainte ou contre son gré. Les citoyens choisissent librement de se faire vacciner ou non. La loi en vigueur habilite sinon déjà les cantons à déclarer des vaccinations obligatoires. La nouvelle loi encadre davantage cette compétence : désormais, les catégories de personnes concernées devront être nommées et l'obligation devra se limiter à celles-ci. De plus, pareille obligation peut être prononcée uniquement si un danger sérieux est avéré. Ces nouvelles normes délimitent donc les situations dans lesquelles les cantons peuvent déclarer une vaccination obligatoire.

Soumise au verdict des urnes en automne 2013, la nouvelle LEp a été approuvée par 60 % des votants. Le DFI a procédé à une consultation sur le droit d'exécution d'exécution découlant de LEp durant l'été 2014, qui entrera en vigueur début 2016.

7. *Loi sur le dossier électronique du patient (LDEIP; en cours d'examen par les Chambres fédérales, entrée en vigueur prévue le 1.1.2017)*

Le Conseil fédéral a chargé en 2012 le DFI d'élaborer un projet de loi sur le dossier électronique du patient et le message correspondant. La promotion de la cybersanté (eHealth) et, en particulier, du dossier électronique du patient constitue un élément-clé

de la Stratégie "Santé2020" du Conseil fédéral dont il est fait état plus haut. Il en ressort que des bases légales sont indispensables à la mise en œuvre de cette stratégie. Le dossier électronique du patient vise à améliorer la qualité des processus thérapeutiques, à augmenter la sécurité des patients et à accroître l'efficacité du système de santé.

La nouvelle LDEIP règle les conditions de traitement des données médicales enregistrées électroniquement. Grâce à cet outil en ligne, les personnes impliquées dans un traitement auront accès à ces informations à tout moment et en tout lieu. A noter que seuls les professionnels de la santé auxquels les patients ont attribué un droit d'accès seront habilités à consulter ces données. De leur côté, les patients pourront aussi accéder à leur dossier. Personne ne sera contraint de disposer d'un dossier électronique. Chaque patient pourra se prononcer librement sur la question. De même, les professionnels de la santé travaillant dans le domaine ambulatoire décideront de leur propre chef s'ils veulent proposer un dossier électronique à leurs patients.

Pour favoriser la mise en place et l'essor du dossier électronique du patient, la Confédération soutiendra la constitution et la certification des communautés en allouant 30 millions de francs sous forme d'aides financières durant trois ans. Les communautés consistent en des regroupements de cabinets médicaux, de pharmacies, d'hôpitaux ou d'organisations de soins et d'aide à domicile. Ces aides seront octroyées moyennant une participation financière des cantons de même ampleur. Les coûts découlant, pour les professionnels de la santé et leurs institutions, de l'adaptation des systèmes d'information au sein de leur cabinet ou de leur clinique ne seront pas couverts par les aides financières de la Confédération. Le projet soumis au Parlement prévoit que les tarifs des professionnels de la santé travaillant dans le domaine ambulatoire soient revus afin d'inciter le plus grand nombre possible de fournisseurs de prestations à s'affilier à une communauté. Cette adaptation incombe aux partenaires tarifaires.

Le Conseil fédéral a transmis le projet de LDEIP et le message y relatif au Parlement le 29 mai 2013. Il a déjà été adopté par le Conseil des Etats, moyennant quelques modifications mineures et sera traité par le Conseil national fin 2014-début 2015, avec une perspective d'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Lignes directrices, objectifs stratégiques et mesures proposées dans le cadre de la politique sanitaire 2015-2022

1. Amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé

| Thème | Description de la mesure | Etat d'avancement et calendrier |
|--|--|--|
| a. Fixer les priorités de la PPS | | |
| 1. Révision du plan directeur PPS | Adapter la stratégie cantonale de prévention et promotion de la santé, en se concentrant sur les besoins prioritaires de santé publique et en se fondant sur des considérations de coût/efficacité. Prendre en compte les populations vulnérables (enfants, migrants, personnes âgées). Mettre en oeuvre la stratégie. | En cours d'élaboration 2015 |
| b. Développer de nouveaux plans et programmes | | |
| 2. Etudes pour la mise en place d'un programme pour le dépistage du cancer du côlon et évent. d'autres types de cancer | Etudier la faisabilité de mettre un place un programme organisé de dépistage du cancer du côlon (cancer colorectal), voire d'autres types de cancer si cela est opportun et faisable, dans le cadre du dispositif déjà existant à l'échelon BEJUNE, mais éventuellement dans un cadre éventuellement à revoir, et si la faisabilité est établie, le(s) mettre en oeuvre. | En cours de réalisation 2016 |
| 3. Développement d'un programme de prévention des addictions (tabac-alcool) | Développer et mettre en oeuvre des programmes de prévention dans les domaines du tabac et de l'alcool, en veillant à la coordination interservices et avec les partenaires concernés à l'échelon cantonal ou intercantonal ainsi qu'à l'intégration des dispositifs déjà existants. | En cours de réalisation (plan tabac) Pas encore débuté (plan alcool) Législature 2017-2021 |
| c. Lutter contre les maladies transmissibles (MT) | | |
| 4. Lutte contre la rougeole | Mettre en oeuvre le plan cantonal d'élimination de la rougeole élaboré par le SCSP, en coordination avec l'OFSP et les autres cantons, en vue de l'éradication de cette maladie dans le canton | En cours de réalisation Législature 2017-2021 |
| 5. Révision du dispositif de surveillance des MT | Revoir le dispositif de surveillance des MT et le décliner en fonction de la nouvelle loi fédérale sur les épidémies devant entrer en vigueur le 1.1.2017. Adapter la législation cantonale au nouveau cadre législatif fédéral. | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |
| 6. Accroissement de la couverture vaccinale | Accroître la couverture vaccinale des maladies transmissibles, notamment auprès des populations à risque et, dans ce cadre, poursuivre le programme cantonal de vaccination contre le papilloma virus (HPV). | En cours de réalisation |
| 7. Préparation aux menaces épidémiques | Elaborer ou adapter des plans spécifiques aux menaces épidémiques (comme le plan pandémie). | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |

2. Assurer une offre en soins suffisante, adaptée et accessible sans discrimination

| Thème | Description de la mesure | Etat d'avancement et calendrier |
|---|--|--------------------------------------|
| a. Planifier l'offre sanitaire cantonale | | |
| 8. Mise en œuvre de la planification médico-sociale (PMS) | <p>Mettre en œuvre la planification médico-sociale pour les personnes âgées (PMS) pour faire face aux défis démographiques liés au vieillissement de la population et aux besoins de santé en résultant, et dans ce cadre, créer des conditions-cadre permettant le renforcement des prestations de soins et d'aide à domicile, la création de structures intermédiaires de type UAT, accueil de jour ou de nuit, pensions ainsi que d'appartements avec encadrement, avec en corollaire une diminution de l'offre résidentielle classique et son adaptation à l'évolution des besoins, un soutien aux proches-aidants et le développement du bénévolat, l'orientation des patients et le fonctionnement en réseau, le développement d'un système d'information.</p> <p>Prendre en compte les besoins des personnes en âge AI présentant un handicap, mais avec une prédominance soins (p.ex. personnes cérébrées, polyhandicapés)(en collaboration avec le SIAM)</p> | En cours de réalisation 2015-2024 |
| 9. Elaboration d'une nouvelle planification hospitalière | Etablir une nouvelle planification hospitalière à l'horizon 2022, incluant les volets somatiques aigus, psychiatriques, de réadaptation et des soins palliatifs. Répartir les prestations hospitalières de soins aigus somatiques et psychiatriques entre hôpitaux dans un souci d'optimisation des ressources existantes et actualiser les mandats de prestations LAMaI. | En cours de réalisation 2015 |
| 10. Réponse aux besoins en soins dans les régions | Identifier les besoins sanitaires de proximité dans les régions et y apporter les réponses adéquates en matière de prise en charge. Mener une réflexion autour de la prise en charge des maladies chroniques dans les régions. En fonction de ces constats, proposer des mesures concrètes permettant d'assurer une offre de proximité. | Pas encore débuté 2016-2017 |

| b. Lutter contre la pénurie annoncée de personnel médical et paramédical | | |
|---|--|--|
| 11. Recensement de l'offre ambulatoire médicale et paramédicale | Collaborer avec les associations professionnelles (notamment la SNM) et les institutions de santé dans le recensement de l'état et de l'évolution de l'offre médicale et soignante ambulatoire et assurer avec elles le suivi régulier, pour anticiper les besoins à venir et prendre les mesures appropriées. Assurer un monitoring de l'offre ambulatoire en général, de l'offre médicale en particulier. | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |
| 12. Soutien aux cabinets de groupe | Favoriser/soutenir les initiatives émanant de communes, en collaboration avec des prestataires de soins, pour la création de cabinets collectifs de médecins de premier recours ou de centres de santé, visant à mettre à disposition de la population une offre régionale intégrée de soins de premier recours (médecins, services d'aide et de soins à domicile, pharmacies, etc.) propre à assurer la couverture des soins médicaux de base de la population. | En cours de réalisation |
| 13. Optimisation de l'offre de formation en santé | Favoriser et accompagner le développement de collaborations entre les acteurs du système de santé, les services de l'Etat en charge de la formation et les écoles (Université, hautes écoles) de manière à améliorer la cohérence entre les formations offertes et les besoins du terrain dans la durée. Cas échéant, soutenir financièrement, directement ou indirectement, la ou les organisations s'occupant de ces questions | En partie déjà débuté Législature 2017-2021 |
| 14. Intéressement des institutions à la formation | Encourager les institutions de santé à engager des personnes en formation en prévoyant, dans les contrats de prestations, des objectifs à atteindre en matière de formation de personnel (nombre et type de places de stage) ainsi que le financement lié à l'atteinte de ces objectifs, selon le modèle recommandé par la CDS. Favoriser la formation continue du personnel de santé pour en garantir l'employabilité et le fidéliser. | En partie déjà débuté Législature 2017-2021 |
| 15. Favoriser la réinsertion professionnelle dans les métiers de la santé | Encourager et appuyer, dans le cadre des contrats de prestations passés avec les institutions de santé subventionnées, les démarches visant à promouvoir les métiers de la santé lors de réinsertions professionnelles. | En partie déjà débuté Législature 2017-2021 |
| c. Développer et mettre en œuvre des programmes de santé publique | | |
| 16. Elaboration d'une stratégie BEJUNE en matière de soins palliatifs | Développer une stratégie en matière de soins palliatifs à l'échelon BEJUNE, en s'appuyant sur l'EMSP BEJUNE, dans la perspective d'assurer une universalité et une équité d'accès aux prestations en la matière de la population du canton, reposant sur les principes développés dans le cadre de la stratégie nationale. | En cours de réalisation 2016 |

| | | |
|---|--|---|
| 17. Mise en œuvre des plans et programmes existants | Mettre en œuvre les 10 objectifs du plan d'action pour la santé mentale, en lien également avec la stratégie nationale en matière de démence avec l'appui de la commission de psychiatrie. Mettre en œuvre le plan cantonal cancer 2012-2015 avec les partenaires concernés. Poursuivre la mise en œuvre du programme Alimentation et activité physique, et notamment le volet communication auprès des populations-cibles, mais plus généralement auprès du grand public. | En cours de réalisation |
| 18. Elaboration d'une stratégie en matière de santé sexuelle | Elaborer avec les partenaires une stratégie de santé sexuelle alliant la prévention des IST, l'éducation, les activités de planning familial et la promotion de la santé, dans le cadre d'une collaboration à l'échelon romand et avec la Fondation santé sexuelle suisse. | En cours d'élaboration Législature 2017-2021 |
| 19. Développement d'une stratégie de lutte contre les maladies chroniques | Fédérer les acteurs concernés et développer un concept alliant prévention et filières de soins pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques (diabète p.ex.) | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |
| <i>d. Adapter l'offre en soins</i> | | |
| 20. Développement de Centres de diagnostics et de traitements (CDT) | Développer dans les régions de CDF, NE et VDT des centres de diagnostics et de traitements (CDT), conçus comme des centres de soins de proximité qui regroupent les prestations actuellement fournies par les services d'urgences et les policliniques, à l'exception de la prise en charge des urgences vitales, acheminées directement vers les services d'urgence liés aux soins aigus. | En cours de réalisation 2015 |
| 21. Développement de plateformes régionales de santé | Développer ou soutenir le développement de plateformes régionales de santé comme alternatives aux policliniques régionales actuelles dans les régions du Val-de-Ruz, du Locle et de La Béroche. | A l'étude |
| 22. Développement d'un centre de compétence en gériatrie et psychogériatrie | Soutenir le développement de compétences conjointes à l'HNE et au CNP, dans un cadre à définir, dans les domaines de la gériatrie et de la psychogériatrie de manière à s'adapter aux besoins accrus des patients en la matière. | A l'étude |
| 23. Développement des compétences en pédopsychiatrie | Soutenir le développement de compétences conjointes à l'HNE et au CNP, dans un cadre à définir, dans le domaine de la pédopsychiatrie de manière à améliorer la prise en charge de patients en la matière. | A l'étude |
| 24. Elaboration d'un cadre de référence pour le développement de réseaux de soins | Elaborer un cadre de référence «délégation de compétences» portant sur les conditions à remplir pour assumer un mandat régional de couverture globale des besoins sanitaires de la population, notamment des soins de premier recours, et entamer des négociations en vue de l'attribution d'un tel mandat à une entreprise régionale de santé (p.ex. centre de santé), en vue de conduire une expérience pilote. | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |

| 3. Améliorer la qualité des prestations | | |
|--|--|--|
| Thème | Description de la mesure | Etat d'avancement et calendrier |
| a. Développer la qualité des prestations de soins | | |
| 25. Développement d'une stratégie cantonale en matière de qualité | Développer une stratégie cantonale en matière de qualité de manière à avoir une approche cohérente dans l'ensemble des secteurs de soins, basée sur la stratégie nationale en la matière et tenant compte des acteurs existants. | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |
| 26. Renforcement de la prévention et contrôle des infections | Renforcer la prévention et le contrôle des infections liées aux soins (PCI), par exemple en incitant, par le biais de la réglementation ou de contrats de prestations, les institutions de santé du canton, à disposer de répondants PCI. | En cours de réalisation Législature 2017-2021 |
| b. Coordonner les soins | | |
| 27. Soutien à la mise en place de systèmes de case management | Soutenir la mise en place de systèmes de case management des situations de soins complexes et une évaluation partagée des cas grâce à un développement cohérent des mécanismes d'échange d'informations à l'échelle du canton (EHealth) | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |
| c. Sensibiliser la population aux enjeux de santé et la fidéliser vis-à-vis des acteurs de la santé du canton | | |
| 28. Elaboration d'une stratégie de communication en matière de santé | Etablir une stratégie cantonale de communication en matière de santé dans le but d'informer la population et les professionnels de la santé sur les évolutions du système de santé et les mesures prévues pour y faire face, la sensibiliser à une utilisation appropriée des services de santé existant dans canton et les informer en particulier des actions de prévention et de promotion de la santé. | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |
| 29. Organisation des journées de la santé | Organiser des journées santé dans le canton mettant en valeur les acteurs du domaine de la santé actifs dans le canton, dans leur globalité ou par secteur d'activités (sous l'angle thématique), dans le but de mieux faire connaître à la population les acteurs du système de santé cantonal et de les fidéliser, dans un environnement marqué par une ouverture des frontières cantonales | Pas encore débuté |
| 30. Organisation d'actions de sensibilisation thématiques | Organiser chaque année une ou deux actions thématiques par laquelle l'Etat sensibilise la population sur une problématique de santé particulière en "montrant l'exemple" (p.ex. don d'organes, don du sang), en collaboration avec les acteurs du terrain. | Pas encore débuté |

| d. Informer sur les droits des patients et renforcer leur protection | | |
|---|--|--|
| 31. Etudes sur les questions éthiques | Conseiller les autorités, les acteurs et la population sur les conséquences éthiques des changements du système de santé, notamment sur les questions d'accès aux soins du respect des droits des patients (respect du secret professionnel par exemple), en s'appuyant sur les travaux de la commission cantonale d'éthique (CCE) | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |
| 32. Renforcement du système de gestion des plaintes | Evaluer les dispositifs de gestion des incidents critiques et des plaintes dans le canton et en évaluer les potentiels d'amélioration. Dans ce cadre, examiner l'opportunité et les moyens pour mettre en place une médiation santé dans le canton. | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |
| e. Renforcer la surveillance des professionnels et institutions de santé | | |
| 33. Renforcement de la surveillance des professionnels et institutions de santé | Renforcer la surveillance des professionnels et des institutions de santé. Effectuer les contrôles prévus dans le droit fédéral et cantonal qui ne sont pas encore faits par manque de ressources (notamment, ODIM dans les cabinets, fabrication de dispositifs sur mesure, contrôles des points de remise, opticiens, etc...). Poursuivre le développement des outils (logiciel) et des procédures propres à favoriser un traitement qualitatif et quantitatif des demandes d'autorisations de pratique. Anticiper les nouvelles demandes dans le domaine de la surveillance selon le droit fédéral (LPSan). | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |

4. Optimiser l'organisation du système de santé cantonal

| Thème | Description de la mesure | Etat d'avancement et calendrier |
|--|---|---------------------------------|
| a. Réorganiser les urgences et le secteur des soins préhospitaliers | | |
| 34. Elaboration d'un plan cantonal d'organisation des secours sanitaires urgents | Assurer l'accès aux soins préhospitaliers et aux urgences sanitaires en élaborant un plan cantonal d'organisation des secours sanitaires urgents. Mettre en place, évaluer et adapter les dispositifs de prise en charge des urgences pré-hospitalières, intégrés et coordonnés avec les autres partenaires actifs dans le domaine des urgences (services d'ambulances, police, ORCCAN, HNE, etc.). Coordonner l'accès aux services de gardes médicales, dentaires et des pharmacies. | En cours de réalisation |
| 35. Transfert des appels sanitaires urgents à une centrale de tri professionnel | Transférer la centrale 144, la hotline pédiatrique et la gestion des appels de la médecine de garde à la Fondation Urgences-santé Vaud (FUS-VD). Etudier la possibilité de rapatrier le 144 dans le canton de Neuchâtel au sein d'une Centrale d'alarme commune santé et feu (144 et 118). | En cours de réalisation 2015 |

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| 36. Développement d'un concept de prise en charge des secours sanitaires en cas de catastrophe | Développer un concept de prise en charge des secours sanitaires en cas de crise ou de catastrophe en assurant une bonne coordination entre les différents partenaires impliqués (ex. SIS et VSS, HNE, CNP, ORCCAN, médecins en cabinet, , etc.) | En cours de réalisation 2015-2016 |
| b. Réorganiser les établissements cantonaux de droit public | | |
| 37. Etudes sur l'organisation spatiale de l'HNE | Mener une réflexion sur l'organisation spatiale de l'HNE prenant en considération la réduction du nombre de sites hospitaliers (soins aigus et réadaptation) et les mesures d'accompagnement à mettre en œuvre dans ce cadre. Evaluer la faisabilité et l'opportunité de regrouper l'ensemble de l'activité sur un site hospitalier unique de soins aigus, respectivement de réadaptation, ainsi que de procéder à des constructions nouvelles dans le cadre d'un éventuel processus de concentration des activités de l'HNE. Evaluer des scénarios alternatifs | En cours dès mars 2015 2016-2017 |
| 38. Suivi des options stratégiques de l'HNE | Assurer le suivi des options stratégiques intermédiaires de l'HNE. Décider de manière définitive sur un certain nombre de propositions de l'HNE portant sur la mise en œuvre des options, respectivement sur leur remise en question. | En cours de réalisation 2015-2017 |
| 39. Validation et suivi de la mise en œuvre des options stratégiques du CNP | Valider les options stratégiques du CNP. Assurer le suivi de la mise en œuvre des options stratégiques du CNP dans le cadre de son second plan stratégique portant sur son activité hospitalière dans le secteur de l'âge avancé, de l'hébergement, des structures intermédiaires et des ateliers socio-éducatifs. | En cours de réalisation 2015-2017 |
| 40. Validation et suivi de la mise en œuvre des options stratégiques de NOMAD | Assurer le suivi de la mise en œuvre des options stratégiques de NOMAD en lien avec la PMS. | En cours de réalisation 2015-2017 |
| c. Rechercher des synergies | | |
| 41. Réflexion sur la gouvernance et de l'organisation des partenaires PPS | Examiner la ou les possibilités d'encourager le regroupement physique ou sur le plan juridique ou des collaborations renforcées entre les acteurs du secteur de la prévention et de la promotion de la santé, agissant notamment dans le même secteur d'activités. Plus généralement, examiner la gouvernance de ce secteur, avec un souci d'optimisation des ressources mises à disposition par l'Etat, mais aussi de simplification dans les relations entre l'Etat et les acteurs de ce secteur. | Pas encore débuté 2016-2017 |
| 42. Réflexion sur le nombre d'EMS | Examiner les possibilités de synergies et viser des tailles critiques adéquates permettant une fonctionnement efficient | Pas encore débuté 2016-2017 |

| d. Renforcer les collaborations | | |
|--|---|------------------------------|
| 43. Renforcement de la coordination interdépartementale | Renforcer la coordination interdépartementale des actions de promotion de la santé et de prévention. | En cours de réalisation |
| 44. Renforcement de la collaboration intercantonale | Développer les collaborations dans le domaine de la santé en générale et hospitalier en particulier, notamment avec les autres cantons et leurs institutions publiques ou parapubliques, avec une priorité sur l'espace BEJUNE et Région Capitale Suisse (RCS). | En cours de réalisation |
| 45. Développement de la collaboration entre prestataires de soins et industrie | Développer des collaborations entre les institutions et les professionnels de santé et l'industrie du Medtech et du Biotech implantée dans le canton de Neuchâtel, notamment en étudiant la possibilité et l'opportunité de créer une plateforme mettant en relation ces acteurs. | En cours de réalisation |
| e. Réorienter les services de santé vers la PPS | | |
| 46. Réorienter la médecine scolaire vers la santé scolaire | Réorienter la médecine scolaire vers la santé scolaire, notamment en développant la promotion de la santé et la prévention des maladies | En cours de réalisation 2015 |
| 47. Renforcement de la santé dans les prisons | Appuyer les changements structurels en cours visant à assurer l'équivalence de l'accès à la santé pour les détenus et l'indépendance des soins (transfert des soins pénitentiaires au CNP). | En cours de réalisation 2015 |
| 48. Renforcement du dispositif de santé pour les populations migrantes | Définir et mettre en œuvre un dispositif de santé pour prévenir les problèmes de santé, promouvoir la santé et assurer l'accès aux soins des populations migrantes, en collaboration avec le SMIG et les autres services concernés de l'Etat. | A l'étude 2016-2017 |

5. Renforcer les instruments de pilotage

| Thème | Description de la mesure | Etat d'avancement et calendrier |
|--|---|-----------------------------------|
| a. Développer l'informatique de santé | | |
| 49. Elaboration d'une stratégie cantonale cybersanté (ehealth) | Développer une stratégie cybersanté (eHealth) dans le canton favorisant l'accès des acteurs du système de santé et des patients à des informations complètes au bon moment, leur permettant d'avoir une vision globale de l'état de santé de la population et d'éviter des examens à double, mais aussi d'améliorer la qualité des prestations. Réaliser un projet-pilote, pour la PMS, comme vecteur de communication, d'apprentissage et d'intégration des partenaires. | En cours de réalisation 2015-2017 |

| b. Développer le système d'information | | |
|---|---|--|
| 50. Mise en place d'un système d'information pour le SCSP | Mettre en place un système d'information au SCSP en lien avec l'évolution des besoins et de l'organisation sanitaire dans la perspective de soutenir la surveillance de l'accès aux prestations, de la qualité, de la sécurité et des coûts de prise en charge ainsi que de documenter l'évolution prévisible de l'offre et de la demande, la priorité étant mise sur la PMS. | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |
| 51. Réflexion sur les besoins d'un observatoire de la santé | Réfléchir à l'utilité d'un observatoire de la santé alimenté par la mise en réseau des différents systèmes d'information des partenaires impliqués dans la prise en charge sanitaire de la population, en mettant la priorité sur les personnels de santé. Examiner la faisabilité et l'opportunité de développer des collaborations et synergies avec l'Observatoire Valaisan de la Santé, et notamment de développer une antenne neuchâteloise. | Pas encore débuté Législature 2017-2021 |
| c. Optimiser la gouvernance du système de santé | | |
| 52. Implication des communes dans le système de santé | Réimpliquer et responsabiliser les autorités politiques communales santé sur leur rôle dans le système de santé cantonal et son évolution. | En cours de réalisation |
| d. Développer des outils de pilotage | | |
| 53. Pilotage et régulation de l'offre ambulatoire | anticiper et assurer le suivi des évolutions du droit fédéral visant à un pilotage et une régulation de l'offre médicale ambulatoire et analyser leurs conséquences au niveau cantonal. Dans l'intervalle, appliquer la clause du besoin pour réguler l'offre des médecins spécialistes. | Déjà débuté Législature 2017-2021 |
| 54. Pilotage des besoins en équipements lourds | Piloter les besoins en matière d'équipements lourds en appliquant et développant la clause du besoin éponyme, ce en partenariat avec d'autres cantons intéressés. Réévaluer la liste des équipements lourds soumis à autorisation. Analyser les besoins (de santé publique) en équipements lourds. Affiner les critères d'appréciation des demandes d'autorisation de mise en service d'équipements lourds sur le plan des besoins de santé publique, des impératifs de santé publique (nombre et qualifications du personnel) et de l'économicité | En cours de réalisation 2015 |
| 55. Etudes sur l'état du parc immobilier des EMS | Procéder à une évaluation des infrastructures immobilières des EMS du canton permettant l'établissement d'une valeur intrinsèque et la fixation d'une prestation loyer avec les EMS reconnus d'utilité publique, selon la LFinEMS, mais surtout d'avoir une vision claire de l'état du patrimoine immobilier des EMS du canton dans la perspective de financement de venir par l'Etat pour adapter ce parc à l'évolution des besoins futurs et la fixation de priorités en la matière. Les planifications sur 5 ans prévues par la loi doivent permettre de maîtriser les coûts liés aux transformations. | En cours de réalisation 2015-2016 |

g. Réviser la législation cantonale en matière de santé

| | | |
|--|--|-------------------------|
| 56. Simplification, structuration et actualisation de la législation cantonale en matière de santé | Revoir la structuration et le contenu de la législation neuchâteloise en matière de santé pour en faciliter l'accessibilité à la population en général, aux acteurs du système de santé en particulier . Procéder à un toilettage législatif et réglementaire du chapitre 8 du recueil systématique de la législation neuchâteloise visant à assurer une actualisation de celui-ci et à une simplification de sa consultation. | En cours de réalisation |
|--|--|-------------------------|

6. Limiter la hausse des coûts de la santé

| Thème | Description de la mesure | Etat d'avancement et calendrier |
|---|--|-----------------------------------|
| <i>a. Rendre le financement des prestations plus transparent</i> | | |
| 57. Identification et valorisation des prestations d'intérêt général | Identifier et valoriser les prestations d'intérêt général (PIG) fournies par les institutions de soins en octroyant, et financées par l'Etat. | En cours de réalisation 2015-2017 |
| <i>b. Pérenniser les conditions de travail</i> | | |
| 58. Maîtrise de l'évolution salariale liée à la CCT Santé 21 | Fixer et assurer le respect d'un cadre financier de croissance de la masse salariale de la CCT Santé 21 à un maximum de 0,5% par an, hors inflation et à effectifs constants, à charge pour les partenaires de négocier les modalités dans ce cadre. | En cours de réalisation 2016-2017 |
| 59. Etudes sur l'éventualité d'une CCT santé cadre romande | Etudier avec les autres cantons romands la possibilité d'élaborer une CCT-cadre à l'échelon romand dans le domaine de la santé pour éviter une situation de concurrence stérile et une inflation des budgets à la hausse en lien avec le personnel de santé. | Pas encore débuté |

| <i>c. Rechercher de nouvelles sources de financement</i> | | |
|---|--|------------------------------|
| 60. Recherche de partenariats public-privé | Examiner les possibilités/opportunités/moyens de trouver d'autres sources de financement que celle de l'Etat cantonal, public ou privé, et pouvant s'inscrire dans le cadre de PPP, pour permettre le développement ou la poursuite de programme de dépistage, de promotion de la santé et de prévention des maladies. Développer une stratégie de recherche de financement complémentaire à celle de l'Etat cantonal auprès de partenaires publics, parapublics ou privées, prenant en considération la dimension éthique, des aspects de développements durable et s'inscrivant dans le moyen/long terme et pas en concurrence direct avec les acteurs du secteur. | Pas encore débuté |
| <i>d. Revoir les normes de financement</i> | | |
| 61. Révision de la LFinEMS | Réviser les normes applicables aux EMS ayant des implications financières, dans le cadre de la LFinEMS. Faire lien avec la PMS. | En cours de réalisation 2015 |

ANNEXE 6

Plan financier de la politique sanitaire 2015 – 2022

| Grands groupes | Situation actuelle | | | Planification financière et des tâches | | | Taux de progression à l'horizon 2022 |
|--|--|-------------|-------------|--|-------------|-------------|--------------------------------------|
| | Comptes 2013 | Budget 2014 | Budget 2015 | PFT 2016 | PFT 2017 | PFT 2018 | |
| Hôpitaux¹ | 246'260'955 | 242'300'000 | 240'900'000 | 237'900'000 | 235'350'000 | 232'350'000 | 1.3% |
| | Hypothèses: activité globalement stable, tarifs constants, réduction des PIG | | | | | | |
| Médico-social² | 81'338'621 | 85'241'600 | 91'340'300 | 101'395'700 | 108'954'500 | 117'032'200 | 4.0% |
| | Hypothèses: Mise en œuvre de la PMS, soit renforcement des prestations de soins et d'aide à domicile, création de structures intermédiaires de type UAT, accueil de jour ou de nuit, pensions et appartements avec encadrement, avec en corollaire une diminution de l'offre résidentielle classique et son adaptation à l'évolution des besoins; soutien aux proches-aidants et développement du bénévolat, orientation des patients et fonctionnement en réseau, développement d'un système d'information. Prise en compte de l'évolution démographique. | | | | | | |
| Prévention et promotion de la santé³ | 1'864'593 | 2'059'900 | 2'293'200 | 2'366'800 | 2'416'500 | 2'438'200 | 4.3% |
| | Hypothèses: Développement des programmes PPS. | | | | | | |
| Soins préhospitaliers⁴ | 142'358 | 872'500 | 1'621'000 | 1'841'000 | 1'846'000 | 1'846'000 | 3.0% |
| Commentaire | Hypothèses: Augmentation des tarifs en 2016 | | | | | | |
| Offre ambulatoire et formation⁵ | 266'241 | 394'000 | 524'000 | 524'000 | 524'000 | 524'000 | 0.0% |
| | Hypothèses: CNMG fonctionnant à plein régime dès 2015 | | | | | | |
| Salaires et mandats⁶ | 2'370'667 | 2'510'709 | 2'895'977 | 3'007'008 | 3'150'121 | 3'173'339 | 9.3% |
| | Hypothèses: Développement de programmes PPS, engagement chef de projet Réorganisation spatiale HNE, nouveau poste d'adjoint, nouveaux besoins liés à la PMS. | | | | | | |

¹ HNE, hôpitaux répertoriés, hors canton, CNP

² EMS, Maintien à domicile, Infirmières indépendantes, ANSB, EMSP BEJUNE, Accompagnement en fin de vie

³ Mesures de prophylaxie, lutte contre le cancer, le rhumatisme, la tuberculose, le tabagisme, centres information toxicologique, consultations grossesses, puériculture, GIS, Groupe SIDA, prévention santé, RSM

⁴ Centrale 144, Service sanitaire coordonné

⁵ Formation santé, subsides aux communes

⁶ Traitements, mandats, expertises, études, salaires occasionnels

Annexe 7

Rétrospective planification sanitaire 2009-2013

Annexe 8

Classement des motions et postulats

Voir brochures séparées

TABLE DES MATIERES

| | <i>Pages</i> |
|--|-----------------------|
| RESUME | 1 |
| 1. INTRODUCTION | 2 |
| 2. ETAT DES TRAVAUX | 3 |
| 2.1. Raison d'être de l'intervention des pouvoirs publics dans le domaine sanitaire..... | 3 |
| 2.2. Répartition des compétences entre la Confédération, les cantons et Les communes dans le domaine sanitaire..... | 3 |
| 2.3. Pilotage du système de santé en Suisse..... | 4 |
| 2.4. Répartition des compétences entre autorités dans le canton de Neuchâtel..... | 5 |
| 2.5. Portée et périmètre de la politique sanitaire cantonale 2015-2022..... | 6 |
| 3. CONTEXTE GENERAL ET DEFIS ACTUELS ET A VENIR | 7 |
| 3.1. Contexte national..... | 7 |
| 3.2. Contexte intercantonal et régional..... | 8 |
| 3.3. Contexte cantonal..... | 9 |
| 3.4. Principaux défis actuels et à venir dans le domaine de la santé..... | 13 |
| 4. ORIENTATION STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE SANITAIRE 2015-2022 | 22 |
| 4.1. Renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé..... | 23 |
| 4.2. Assurer une offre en soins suffisante et adaptée..... | 23 |
| 4.3. Améliorer la qualité des prestations..... | 24 |
| 4.4. Optimiser l'organisation du système de santé cantonal..... | 24 |
| 4.5. Renforcer le pilotage du système de santé cantonal..... | 25 |
| 4.6. Maîtriser la hausse des coûts de santé..... | 25 |
| 5. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE SANITAIRE CANTONALE 2015-2022 | 26 |
| 5.1. Calendrier de la mise en œuvre..... | 26 |
| 6. CONSEQUENCE DE LA POLITIQUE SANITAIRE CANTONALE 2015-2022 | 28 |
| 6.1. Conséquences financières et redressement des finances..... | 28 |
| 6.2. Conséquences législatives et réglementaires..... | 29 |
| 6.3. Conséquences sur les acteurs du système de santé neuchâtelois en général..... | 30 |
| 6.4. Conséquences sur les communes en particulier..... | 31 |
| 6.5. Conséquences sur le personnel de l'Etat..... | 31 |
| 6.6. Classement d'interventions parlementaires en suspens..... | 32 |
| 7. CONSULTATIONS | 32 |
| 8. CONCLUSION | 33 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 35 |
| ANNEXES | |
| Annexe 1: Répartition des compétences/tâches entre la Confédération, canton, communes dans le domaine sanitaire..... | 37 |
| Annexe 2 : Stratégie nationale santé 2020..... | 39 |
| Annexe 3 : Stratégies nationales thématiques..... | 41 |
| Annexe 4 : Evolutions du droit fédéral..... | 44 |
| Annexe 5 : Lignes directrices, objectifs stratégiques et mesures proposées dans le cadre de la politique sanitaire 2015-2022..... | 48 |
| Annexe 6 : Plan financier de la politique sanitaire 2015-2022..... | 59 |
| Annexe 7 : Rétrospective planification sanitaire 2009-2013..... | voir brochure séparée |
| Annexe 8 : Classement des motions et postulats..... | voir brochure séparée |