

Annexe 7 :

**Rapport complémentaire concernant la planification sanitaire
2009 – 2013**

1. INTRODUCTION

En préambule, il y a lieu de relever qu'une liste des abréviations contenue dans le présent rapport figure à la fin de celui-ci, liste à laquelle nous vous renvoyons.

1.1. Planification sanitaire cantonale et information sur son évolution

La planification des institutions de soins constitue une des tâches de base de l'Etat. Ainsi, la LS prévoit qu'elle a notamment pour objet, selon son article 4, d'encourager le développement rationnel des organismes médico-sociaux publics et privés, de coordonner leur action de manière à les intégrer dans un système de santé cohérent (lettre g) et d'assurer l'équipement du canton en établissements et institutions adéquats, complémentaires et adaptés aux besoins de la population (let. h).

Depuis son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, la LAMal, à son article 39, oblige les cantons à établir une planification de leurs hôpitaux et établissements médico-sociaux (depuis le 1^{er} janvier 2012, suite à une révision partielle de la LAMal en lien avec le financement hospitalier, les maisons de naissance sont également concernées) afin de couvrir les besoins en soins de leur population dans ces secteurs. Concrétisant cette disposition fédérale, le législateur cantonal a conféré au Conseil d'Etat, à l'article 83, alinéa 1 LS, la compétence d'établir une planification des institutions du canton, mais lui a aussi demandé de lui faire rapport régulièrement à ce sujet. En effet, même si la tâche de planification relève typiquement de la compétence d'un gouvernement, le Grand Conseil ne peut pas être totalement tenu à l'écart d'un tel processus.

L'article 83 LS définit plus précisément le cadre de la planification sanitaire que doit établir le Conseil d'Etat et le contenu ainsi que la fréquence de l'information que celui-ci doit remonter à son sujet au Grand Conseil.

Art. 83

¹Le Conseil d'Etat établit une planification des institutions du canton et l'adapte en fonction des besoins de la population, des évolutions prévisibles de la médecine et de la démographie.

²Il tient compte des propositions du Conseil de santé et du Conseil des hôpitaux.

³Une fois par législature, il adresse au Grand Conseil un rapport d'information sur l'état de la planification.

⁴Ce rapport doit notamment porter sur les options stratégiques ainsi que sur la réalisation des objectifs confiés à l'EHM, à NOMAD et au CNP.

1.2. Objectifs et périmètre du rapport

Le présent rapport a pour but de renseigner de manière plus détaillée que ne le fait formellement, dans sa partie introductive valant rapport d'information concernant la planification sanitaire 2009-2013, le rapport de politique sanitaire du Conseil d'Etat au Grand Conseil qui lui est soumis en parallèle et dont il constitue une annexe.

Sur le plan matériel, il fait état, d'une part, sur l'évolution de la planification sanitaire cantonale et, d'autre part, selon la LS, la LEHM, la LNOMAD et la LCNP, des options stratégiques prises par l'HNE et le CNP, ainsi que de la politique de maintien à domicile suivie par NOMAD et de la réalisation des objectifs qui leur ont été confiés. Considérant que le présent rapport doit également servir à introduire le rapport de politique sanitaire 2015-2022 dont il constitue une annexe et un complément à sa partie introductive. Il a été décidé de traiter dans le présent rapport non seulement de la planification des institutions de soins au sens étroit - en particulier celle des hôpitaux et de celle des EMS - mais aussi d'une part, des volets que sont leur financement et les relations contractuelles qui les lient à l'Etat, et d'autre part, mais de manière plus synthétique, de mesures ou réformes s'inscrivant dans le cadre d'une politique sanitaire cantonale développées durant la dernière législature. Un chapitre est ainsi consacré aux principales actions menées ces dernières années par les autorités sanitaires dans le domaine de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. D'autres font état de mesures prises par l'Etat en lien avec les prestataires ambulatoires et les soins préhospitaliers.

Sur le plan temporel, le présent rapport couvre une période allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2013, soit une période qui sort un peu du cadre de la précédente législature (mai 2009 à mai 2013). La raison en est que le précédent rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil portait jusqu'à la fin 2008 et que d'importantes décisions qui touchent le système cantonal de santé, notamment la répartition des missions hospitalières au sein d'HNE, mais aussi l'organisation des soins préhospitaliers, ont été prises à la fin 2013 dans des circonstances qui seront rappelées plus loin. Il paraissait important de pouvoir aborder ces dossiers dans leur globalité dans ce rapport, pour des questions d'unité de matière. En portant sur une période se terminant sept mois après la fin de la précédente législature, ce rapport aborde ainsi pour l'essentiel les éléments découlant de décisions prises durant celle-ci.

A relever que vu les importants changements intervenus au cours des dernières années passées sous revue aussi bien dans les législations que dans l'organisation sanitaires fédérales et cantonales notamment, le présent rapport offre aussi l'occasion de quelques rappels sur l'évolution de certaines thématiques.

2. PROGRAMMES DE LEGISLATURE 2006-2009 et 2010-2013

La période passée sous revue dans le présent rapport recouvre, pour une très petite partie, celle concernée par le programme de législature 2006 à 2009 et toute la partie couverte par celui de 2010-2013.

Pour la législature 2006 à 2009, le Conseil d'Etat s'était fixé les quatre objectifs suivants dans le domaine de la santé.

1. Mettre en place l'EHM (aujourd'hui HNE). Etablir les mandats de prestations et fixer un cadre financier adapté aux ressources à disposition du canton. Réexaminer le nombre de sites et la répartition des missions.
2. Réformer la psychiatrie cantonale. Mettre en place des filières de soins dans un seul établissement de droit public autonome chapeautant tant le secteur de l'ambulatoire que celui du stationnaire. Mettre sur pied une direction médicale centralisée, développer les soins ambulatoires permettant ainsi la suppression à terme d'une centaine de lits. Réexaminer le nombre de sites.

3. Supprimer les fondations régionales de soins à domicile au profit d'une organisation cantonale. Développer l'offre dans le cadre d'une nouvelle politique de maintien à domicile afin de diminuer l'accueil institutionnel;
4. Etudier le passage à un mode de financement basé sur les prestations rendues plutôt que sur la couverture du déficit dans le domaine des homes pour personnes âgées.

S'agissant de la législature 2010 à 2013, le Gouvernement s'était impartie les objectifs ci-après en matière de santé.

1. Intégrer la révision de la LAMal relative au financement hospitalier;
2. Concrétiser l'organisation de la prise en charge psychiatrique en collaboration avec le CNP;
3. Présenter un concept cantonal de maintien à domicile et une planification médico-sociale pour les personnes âgées;
4. Faire évoluer l'organisation et le financement du système des ambulances et du transport des malades en relation aussi avec la mise en place de la centrale d'engagement neuchâteloise unique;
5. Prendre en compte la réforme fédérale du financement des soins de longue durée en introduisant notamment un financement à la prestation dans les EMS.

Comme cela ressortira des chapitres qui suivront, les objectifs fixés par le Conseil d'Etat pour ces deux législatures ont été, pour l'essentiel, atteints à la fin de la période couverte par le présent rapport, parfois avec un peu de retard sur les délais initialement prévus. Fait exception l'objectif 4 du dernier plan de législature qui a évolué, avec la décision de principe du Conseil d'Etat prise en cours de législature d'externaliser la gestion des appels sanitaires urgents (144, hotline pédiatrique et médecine de garde) à la FUS-VD et sa concrétisation dans une modification de la LS ratifiée par votation populaire.

3. HOPITAUX DE SOINS PHYSIQUES

3.1. Développement de la planification hospitalière

3.1.1 Evolution 2009-2012

La planification hospitalière en vigueur jusqu'à fin 2011 datait de 1999 et avait fait l'objet d'un rapport du Conseil d'Etat cette même année. Malgré la création de l'HNE et le regroupement de la plupart des hôpitaux du canton - dépendant auparavant de fondations et de communes - dans une seule et même structure juridique en 2006, la liste hospitalière découlant de cette planification n'a pas été revue jusqu'au 1^{er} janvier 2012. En effet, tous ces hôpitaux y sont restés mentionnés sous leur ancienne appellation, bien qu'ils soient devenus, à l'exception notable de l'Hôpital de la Providence, des sites de l'HNE. Par ailleurs, il faut relever que, même si la répartition des missions entre ces sites a subi quelques modifications depuis la création de l'HNE en 2008 (voir chapitre 3.2.1), celle des mandats de prestations entre les différents hôpitaux neuchâtelois, de même que les hôpitaux hors canton, n'a pas été modifiée.

Cela étant, une évolution importante en matière de planification hospitalière a eu lieu en 2012. La LAMal a connu en effet en 2009 l'entrée en vigueur d'une révision importante de

son volet relatif au financement hospitalier, dont les principaux effets se sont déployés au 1^{er} janvier 2012. Depuis cette date, de nouvelles règles de planification sont en effet applicables.

La pratique générale, qui veut que la planification hospitalière doit tenir compte des besoins de la population et vise à définir, par le biais d'une liste, quels sont les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS, n'a pas été modifiée. Par contre, certains changements ont été apportés quant à la manière de procéder à la planification. Ainsi, dans un souci d'harmonisation sur le plan national, des critères de planification sont depuis lors édictés par le Conseil fédéral par ordonnance et s'ajoutent à ceux – assez généraux – existant dans la LAMal, alors qu'ils dépendaient, jusque-là, pour une large part des cantons.

La LAMal révisée prévoit, en outre, que les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences posées (planification sur la base des prestations, application des critères édictés par le Conseil fédéral, etc.) dans un délai de trois ans à compter de la date d'introduction des forfaits par prestations (SwissDRG) au 1^{er} janvier 2012, soit d'ici au 1^{er} janvier 2015.

Bien que les cantons disposent de ce délai transitoire pour établir une planification hospitalière satisfaisant aux nouvelles prescriptions fixées à l'échelon national, le Conseil d'Etat a retenu l'option suivante:

- **dans une première étape ayant un caractère transitoire portant sur les années 2012 à 2014**, il a souhaité établir une nouvelle planification hospitalière limitée au domaine des soins aigus somatiques qui devait remplacer celle qu'il avait élaboré en 1999, à la suite de l'entrée en vigueur de la LAMal au 1^{er} janvier 1996. Il considérait en effet que la dernière datant de 1999 et l'arrêté fixant la liste hospitalière cantonale en résultant étaient totalement obsolètes puisqu'ils ne tenaient notamment pas compte de la création de l'hôpital multisite qu'est l'HNE;
- **dans une seconde étape**, il s'agissait de proposer une nouvelle planification hospitalière globale, qui prend en compte tous les secteurs de soins hospitaliers (donc non seulement les soins aigus, mais également la psychiatrie et la réadaptation), ainsi que tous les aspects de la LAMal révisée relatifs au financement hospitalier.

Ces deux étapes sont décrites plus en détail dans les chapitres suivants.

3.1.2. Planification et liste hospitalière 2012-2014

Les objectifs de la révision de la planification hospitalière neuchâteloise de 2012 étaient d'ajuster celle-ci à la réalité neuchâteloise, de l'adapter à l'évolution des besoins de la population et des conditions-cadres du système de santé et de la rendre, dans la mesure du possible, compatible avec les nouvelles prescriptions légales en la matière sur le plan fédéral.

La méthodologie contraignante à partir de laquelle a été établie la planification 2012-2014 a son fondement dans la LAMal (art. 39) et surtout dans son ordonnance d'application, l'OAMal (art. 58a à 58e). Elle prévoit que les cantons doivent suivre les étapes suivantes dans le processus de planification:

1. détermination des besoins en soins de leur population selon une démarche vérifiable;
2. détermination de l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée;

3. détermination de l'offre qui doit être garantie par les établissements cantonaux et extra-cantonaux inscrits sur la liste cantonale.

Pour l'établissement de la planification, le Conseil d'Etat s'est également fondé sur les travaux de la CDS, en l'occurrence des recommandations et un guide pour une planification liée aux prestations. S'agissant des données utilisées, il a notamment eu recours aux statistiques médicales et administratives des hôpitaux de l'OFS, qui regroupent toutes les prestations fournies par les hôpitaux neuchâtelois (y compris par les cliniques privées), ainsi que celles réalisées hors canton pour les patients neuchâtelois (y compris par convenance personnelle), en prenant comme référence l'année 2008.

Le Conseil d'Etat a regroupé les prestations (plus de 600 DRG) en vingt-sept domaines de prestations, suivant en cela un concept élaboré par les cantons de Zurich et de Berne, puis recommandé à ces derniers par la CDS, basé sur les AP-DRG (il est également adapté aux futurs SwissDRG)¹. Sur cette base, il a pu procéder aux différentes étapes de planification pour chacun de ces vingt-sept domaines pour les années 2012, 2013 et 2014, pour arriver à déterminer l'offre qui doit être garantie par les établissements cantonaux et extra-cantonaux figurant dans la liste hospitalière.

Pour garantir une analyse transparente et un traitement équitable de l'ensemble des hôpitaux publics, subventionnés et privés, comme le prévoit la LAMal révisée, lors de l'ultime étape du processus de planification hospitalière que constituent l'établissement de la liste hospitalière cantonale et l'octroi des mandats de prestations aux hôpitaux, le Conseil d'Etat a fixé, dans un arrêté du 6 septembre 2011², une série de critères à remplir par ceux-ci pour figurer sur ladite liste et se voir octroyer de tels mandats.

Une approche en deux phases a été retenue pour l'élaboration de cette liste. Dans un premier temps, le Conseil d'Etat a souhaité identifier les hôpitaux avec lesquels il pourrait collaborer. Pour ce faire, il a fixé des critères dits "impératifs" (obligation d'admission de tous les patients LAMal, justification d'une masse critique suffisante pour garantir la qualité des prestations et application des conditions de travail selon la CCT Santé 21) qui définissent les conditions d'accès pour participer au processus d'octroi des mandats. Les besoins de la population neuchâteloise n'étant toutefois pas illimités, le Conseil d'Etat s'est donné, dans un second temps, les moyens de définir, parmi les hôpitaux sollicitant un mandat de prestations, lesquels s'en verraient octroyer un. A cette fin, il a défini des critères dits "d'adjudication" (économie et qualité des prestations ou accès aux traitements) qui ont précisément pour objectif de donner des bases claires, transparentes et équitables au Conseil d'Etat pour effectuer ses choix.

Intégrant une évolution des besoins de la population liée à la démographie et aux changements de prise en charge (virage de l'ambulatoire) dans le cadre d'un modèle de

¹Les AP-DRG et les Swiss-DRG sont tous deux des systèmes de forfaits par cas utilisés pour la rémunération des traitements hospitaliers somatiques aigus. La principale différence réside dans le nombre de DRG: environ 1100 sous Swiss-DRG, au lieu de 600 avec les AP-DRG (règles de calcul différentes). Depuis le 1^{er} janvier 2012, les AP-DRG et tous les autres systèmes tarifaires utilisés jusque-là par les cantons ont été uniformément remplacés dans l'ensemble de la Suisse par le système SwissDRG. Il vise à classer les hospitalisations en groupes cliniquement et économiquement homogènes, et doit servir comme modalité de remboursement.

²La Providence a fait recours contre cet arrêté auprès du Tribunal fédéral. Ce dernier a considéré que ce recours était sans objet du moment que la Providence figurait sur la liste hospitalière pour l'ensemble des mandats qu'elle avait sollicités. Il conclut en outre que «il est très probable que le TF ne serait pas entré en matière sur la conclusion principale du recours tendant à l'annulation globale de l'arrêté». En résumé, seul 1 des 16 critères contenus dans cet arrêté – celui demande l'adhésion à l'ANQ- a été déclaré comme potentiellement inadéquat, ce qui ne remet pas du tout en cause la volonté exprimée par le Conseil d'Etat sur cet élément. Au passage, on relèvera que la Providence était de toute façon membre de l'ANQ.

projection des besoins, et tenant compte du fait qu'une partie de la demande neuchâteloise sera couverte par des hôpitaux ne figurant pas sur sa liste hospitalière, l'offre à couvrir par les établissements inscrits sur la liste hospitalière neuchâteloise a pu être évaluée. Celle-ci est présentée dans le tableau ci-après.

Planification et liste hospitalière 2012-2014 - Offre à garantir par l'inscription d'établissements sur la liste neuchâteloise des hôpitaux, nombre de cas

Domaines de prestations	2012		2013		2014	
	Canton de Neuchâtel	Hors canton	Canton de Neuchâtel	Hors canton	Canton de Neuchâtel	Hors canton
(Radio-) Oncologie	105	56	100	54	94	51
Autres traitements	529	114	532	114	537	114
Blessures graves	219	7	219	7	220	7
Cardiologie et angiologie	1008	613	1017	591	1032	574
Chirurgie cardiaque et vasculaire	383	207	378	209	377	212
Chirurgie thoracique	174	26	177	27	178	27
Chirurgie viscérale	1411	28	1419	28	1432	28
Dermatologie	350	37	354	37	359	37
Endocrinologie	204	8	205	8	207	8
Gastro-entérologie	1177	38	1188	39	1196	39
Gynécologie	704	13	705	13	703	13
Hématologie	197	22	198	22	202	21
Infectiologie	265	13	266	13	271	13
Néonatalogie	184	5	184	5	185	5
Néphrologie	256	6	260	6	262	6
Neurochirurgie	27	72	27	72	27	72
Neurologie	742	67	750	68	759	68
Obstétrique	1920	40	1930	40	1942	40
Ophthalmologie	234	115	225	113	216	111
Orthopédie	2649	240	2649	241	2660	239
Otorhinolaryngologie	690	39	691	39	693	39
Pneumologie	845	24	852	24	857	24
Psychiatrie et toxicologie	130	4	133	4	133	4
Rhumatologie	418	60	418	60	423	61
Transferts et décès	557	23	563	23	568	23
Transplantations	0	5	0	5	0	5
Urologie	724	34	718	34	715	33
Total général	16103	1916	16158	1895	16247	1875

Il résulte de la planification hospitalière que le Conseil d'Etat a octroyé, pour les années 2012 à 2014, des mandats de prestations à deux hôpitaux du canton:

- l'HNE pour l'ensemble des vingt-sept domaines de prestations prédéfinis, à l'exception des transplantations effectuées hors canton;
- l'Hôpital de La Providence pour les domaines de prestations d'orthopédie, d'ophtalmologie et de néphrologie.

Il faut relever que les mandats octroyés au second dans les domaines précités le sont pour des prestations électives (programmées) uniquement, alors que pour le premier, ils le sont également pour des prestations d'urgence. A souligner également que ces mandats ne concernent que des prestations stationnaires, les prestations ambulatoires n'étant pas concernées par la planification hospitalière voulue par la LAMal.

Les cliniques privées de Montbrillant et de la Tour ne se sont pas vues octroyer un mandat de prestations, de même que la Maison de naissance Tilia à Neuchâtel, à mesure qu'elles ne remplissaient pas les conditions impératives posées par le Conseil d'Etat en matière de masse critique d'activités. A noter que la Clinique de la Tour, contrairement à celle de Montbrillant, n'avait pas sollicité de mandat de prestations.

Les décisions gouvernementales ont été formalisées dans deux arrêtés du 21 décembre 2011. L'un fixe la liste des hôpitaux neuchâtelois admis à pratiquer à charge de l'AOS³ et l'autre celle des hôpitaux sis en dehors du canton de Neuchâtel également admis à pratiquer à la charge de cette même assurance (voir chapitre 3.5).

3.1.3. Nouvelle planification hospitalière au 1^{er} janvier 2016

L'absence de structure tarifaire unique et à la prestation ainsi que les changements importants survenus depuis l'année 2008, année de référence, dans les domaines de la réadaptation, des soins palliatifs et de la psychiatrie, ont amené le Conseil d'Etat à reporter d'un an, soit au 1^{er} janvier 2016, la révision de la planification hospitalière dans ces domaines d'activités. Il entend ainsi traiter l'ensemble des secteurs de soins hospitaliers dans une nouvelle planification devant entrer en vigueur à cette date dont les travaux ont débuté en été 2014. Ceci permettra au Conseil d'Etat, d'une part de s'appuyer sur les données 2012 de la statistique médicale, qui tiendront compte des nouveaux flux de patients consécutifs au changement de système de financement hospitalier, notamment sur l'aspect de l'ouverture des frontières cantonales (voir chapitre 3.5) et, d'autre part, de disposer d'éléments plus concrets découlant de la jurisprudence neuchâteloise récente et sur l'application qu'ont fait les autres cantons des critères fixés par le Conseil fédéral concernant la planification (des décisions étant attendues du TAF à ce sujet prochainement).

3.1.4. Planification de la médecine hautement spécialisée (MHS)

Dans le domaine de la MHS, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse (art. 39 al. 2bis LAMal). Afin d'exécuter ce mandat légal, les cantons ont signé le 1^{er} janvier 2009 une "Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée" (CIMHS) et se sont ainsi engagés à planifier et à attribuer en commun les prestations médicales hautement spécialisées. Le canton de Neuchâtel a adhéré à cette convention. Au lieu de vingt-six planifications cantonales, il n'existe de la sorte plus qu'une seule planification menée conjointement par tous les cantons pour les prestations MHS. La CIMHS constitue la base conventionnelle pour l'attribution des mandats de prestations MHS, règle les processus de décision des organes conventionnés et définit les critères auxquels un domaine de prestations doit satisfaire pour relever de la MHS au sens de la CIMHS. La planification commune de la MHS est réalisée en vue d'une prise en charge médicale adaptée aux besoins de haute qualité et économique des prestations concernées.

Par la CIMHS, les cantons ont transféré la planification de la MHS à un Organe de décision MHS, composé de dix directeurs et directrices cantonaux de la santé, qui détermine quels domaines de la MHS doivent être concentrés et prend les décisions de planification ainsi que d'attribution, lesquels ont un caractère juridiquement contraignant au plan suisse.

La CIMHS précise que la planification de la MHS comprend les domaines et prestations se caractérisant par la rareté de l'intervention, par leur haut potentiel d'innovation, par un investissement humain et technique élevé ou par des méthodes de traitement complexes. Au minimum trois de ces critères doivent être remplis, celui de la rareté de l'intervention devant toujours l'être.

³Cet arrêté a fait l'objet d'un recours auprès du TAF de la part de Montbrillant qui a contesté le fait qu'elle n'avait pas reçu de mandat de prestations, recours qui a été rejeté par cette instance qui a reconnu le bien-fondé de l'approche et des conclusions du Conseil d'Etat, en particulier dans ses demandes d'obtention de masses critiques suffisantes pour des questions de qualité et d'économicité des prestations fournies.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS, des mandats de prestations ont notamment été attribués entre 2010 et 2012 dans différents domaines à des hôpitaux universitaires⁴.

Dans leur majorité, les différents mandats attribués portent sur des prestations extrêmement complexes qui ont été très logiquement et de manière non contestée concentrées dans les centres universitaires avec, dans quelques cas, la participation de grands hôpitaux cantonaux. Par contre, l'octroi plus récent de quelques mandats, notamment en 2013, a provoqué davantage de remous. A l'été 2012, l'Organe de décision MHS a, en effet, mis en consultation une proposition de répartition des traitements complexes en chirurgie viscérale, à savoir les résections œsophagiennes, les résections pancréatiques, les résections hépatiques, les résections rectales et les opérations bariatriques complexes, sur laquelle les cantons ont été appelés à prendre position⁵.

Dans la répartition avalisée par l'Organe de décision MHS, ces traitements complexes de chirurgie viscérale ont été regroupés dans une moyenne de quinze à vingt centres. Il est intéressant de relever que, pour la première fois dans le cadre de la CIMHS, des hôpitaux régionaux⁶ et des cliniques privées ont également reçu des mandats.

On assiste donc à un tournant dans le domaine de la MHS. Avec ces décisions, ce sont désormais des prestations que l'on considérerait comme "très spécialisées" qui sont intégrées à la MHS. Jusqu'à présent, seuls les cantons universitaires et certains grands cantons étaient réellement concernés par la planification de la MHS. Aujourd'hui, le nombre d'hôpitaux et, partant de cantons, potentiellement concernés par le processus de planification de la MHS s'accroît.

Le Conseil d'Etat restera donc particulièrement attentif à l'évolution du domaine de la MHS ces prochaines années.

3.2. Hôpital neuchâtelois (HNE)

L'art. 83 LS tout comme la LEHM prévoient que le rapport d'information doit porter, notamment, sur les options stratégiques de l'HNE. Le présent chapitre aborde donc

⁴En **2010**: implants cochléaires; protonthérapie; transplantations de cellules souches; transplantations d'organes solides (foie, reins, ...); traitements des brûlures graves. En **2011**: traitements complexes de neurochirurgie (domaines spécifiques); traitements complexes des accidents vasculaires cérébraux; prise en charge des blessés graves; traitements et examens complexes en pédiatrie (domaines spécifiques); traitements des grands prématurés. En **2013**: oncologie pédiatrique; chirurgie viscérale; mêmes domaines qu'en 2011, dans le cadre d'une réévaluation des mandats.

⁵En Suisse, ces opérations sont actuellement réalisées dans de très nombreux hôpitaux, non universitaires notamment, dont certaines au sein de l'HNE. Pour chacune de ces prestations, une quarantaine d'hôpitaux en moyenne a fait part du souhait de recevoir une attribution dans le cadre de la planification MHS, ce qui n'était de loin pas le cas pour les autres déjà attribuées où seuls quelques hôpitaux ont fait acte de candidature. Dans la répartition avalisée par l'Organe de décision MHS, ces traitements complexes de chirurgie viscérale ont été regroupés dans une moyenne de quinze à vingt centres. Il est intéressant de relever que, pour la première fois dans le cadre de la CIMHS, des hôpitaux régionaux et des cliniques privées ont également reçu des mandats.

⁶A relever, dans ce contexte, que l'HNE s'est vu confier un mandat de prestations provisoire de deux ans dans le domaine des résections rectales profondes. Il n'a par contre pas reçu de mandat dans les autres traitements complexes de la chirurgie viscérale, à mesure qu'ils n'étaient que très peu fournis à l'HNE, raison pour laquelle cet établissement n'a d'ailleurs pas recouru au TAF contre la décision prise.

spécifiquement ce point. Il reprend en grande partie l'historique présenté dans le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur les options stratégiques à horizon 2017 de l'HNE (12.005), du 14 décembre 2011, auquel nous renvoyons pour plus de détails.

3.2.1. Plan stratégique d'HNE: version d'octobre 2011

Le 31 octobre 2011, le CA d'HNE a soumis au Conseil d'Etat son plan stratégique à horizon 2022. Les options stratégiques proposées par l'HNE dans ce plan sont résumées ci-dessous:

1.	des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de CDF et PRT;
2.	des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT;
3.	des CDT, comprenant notamment les polycliniques et services d'urgence actuels, mais également d'autres prestations ambulatoires de proximité, ouverts 7 jours/7 jours et 24 heures/24 heures, sont localisés sur les sites de CDF et PRT;
4.	des SMUR sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT;
5.	une plateforme régionale de santé est développée sur les sites de VDT, du Locle, du Val-de-Ruz et de La Béroche;
6.	un CTR est localisé sur les sites du Locle (30 lits), du Val-de-Ruz (20 lits), du VDT (30 lits) et de La Béroche (30 lits);
7.	des prestations de MPR sont proposées sur le site du Val-de-Ruz (20 lits);
8.	le pôle femme-mère-enfant est localisé à PRT;
9.	un pôle de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis;
10.	des investissements immobiliers sont consentis sur le site de CDF pour la rénovation des blocs opératoires, des unités d'hospitalisation et du hall d'entrée;
11.	le pôle oncologique est localisé sur le site de CDF et intègre de nouvelles compétences liées à la sénologie;
12.	un pôle chirurgical stationnaire de court séjour et ambulatoire est créé sur le site de CDF;
13.	la chirurgie stationnaire complexe est fournie sur le site de PRT;
14.	un CTR gériatrique, au bénéfice d'une reconnaissance de la FMH en termes de formation, est localisé sur le site de VDT;
15.	un CTD de jour est développé sur le site de VDT, sous la forme d'un projet-pilote de CDT;
16.	une étude est menée visant à déterminer l'opportunité de créer un site unique de soins aigus et l'endroit où le localiser à horizon 2022;
17.	conjointement à la création d'un site unique de soins aigus, la question du regroupement des CTR sur un seul site est posée, à horizon 2022.

3.2.2. Options stratégiques d'HNE 2012-2017

Proposition du Conseil d'Etat

Fort de ces propositions et après une large consultation des acteurs concernés, le Conseil d'Etat a considéré que les options 1 à 10 citées ci-dessus répondaient au cadre fixé dans le mandat donné à l'HNE et faisaient l'objet d'un consensus. A contrario, il a estimé que les options stratégiques 11 à 15 méritaient d'être analysées plus en détails car elles étaient insuffisamment définies ou faisaient l'objet de divergences. Il a dès lors considéré qu'il se devait donc d'examiner ces points, d'affiner la réflexion, de rechercher des renseignements complémentaires et de chiffrer les activités induites et les coûts dans toute la mesure du possible. Quant à l'option 16, elle répondait à ses attentes dans la mesure où il avait retenu l'option d'étudier la création d'un site unique de soins aigus

somatiques à l'horizon 2022 dans sa décision de 2010. S'agissant de l'option 17, cette question devait se reposer dans le cadre de l'étude du site unique, puisqu'il conviendra alors de prendre en considération l'avenir des sites actuels.

Le Conseil d'Etat a donc approfondi les analyses et s'est attaché dans ce cadre à un principe de base, à savoir ne pas faire "tout partout" mais travailler le plus possible par "centres spécialisés". La création de ces derniers devait conduire, selon le Conseil d'Etat, à des logiques de qualité, d'organisation, d'économicité et de préparation de l'éventuel site unique de 2022.

Il a proposé de retenir dix-sept options stratégiques en ce qui concerne la répartition des missions sur les sites d'HNE, soit:

1. des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de CDF et PRT;
2. des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT;
3. des CDT sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT;
4. des SMUR sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT;
5. une plateforme régionale de santé est développée sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche;
6. un CTR est localisé sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche;
7. des prestations de MPR sont proposées sur le site du Val-de-Ruz;
8. le Centre femme-mère-enfant est définitivement localisé à PRT;
9. un Centre de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis;
10. des investissements immobiliers sont consentis sur le site de CDF pour la rénovation des blocs opératoires, des unités d'hospitalisation et du hall d'entrée;
11. un Centre d'oncologie est localisé sur le site de CDF et intègre un Centre de sénologie reconnu au niveau national;
12. un Centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé à CDF;
13. un Centre de chirurgie ambulatoire est créé sur le site de PRT;
14. un CTR gériatrique est localisé sur le site de VDT;
15. un CDT est développé sur le site de VDT;
16. une étude est menée visant à déterminer l'opportunité de créer un site unique de soins aigus et sa localisation;
17. conjointement à la création d'un site unique de soins aigus, la question du regroupement des CTR sur un seul site est posée.

Le Conseil d'Etat estimait que les options stratégiques qu'il a soumises à l'approbation du Grand Conseil étaient de nature à permettre au canton de Neuchâtel de sortir de l'impasse dans laquelle il se trouvait depuis plusieurs années dans le domaine

hospitalier. Cette proposition était le fruit d'un consensus politique qui garantissait la sécurité sanitaire dans l'ensemble des régions du canton et respectait une logique, une cohérence médicale et une économicité qui sont indispensables à l'exploitation d'une institution comme l'HNE. Le gouvernement estimait surtout qu'elle permettait de rétablir un équilibre relatif entre les sites de CDF et PRT, ou à tout le moins de réduire le déséquilibre constaté ces dernières années.

Si certaines de ces options stratégiques consistaient à valider une situation déjà existante (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 14), les lignes forces de ces propositions étaient la création de centres de compétences forts dans les domaines de la chirurgie stationnaire et ambulatoire, de l'oncologie et de la sénologie, de l'appareil locomoteur ou encore de l'activité femme-mère-enfant.

Enfin, sur la base de ce qui précède, le Conseil d'Etat a estimé qu'il y avait lieu de rejeter l'ensemble des trois initiatives législatives populaires déposées qui demandaient des modifications de la LEHM. S'il pouvait être d'accord avec deux des trois quant au fond (équilibre régional et centre femme-mère-enfant à Neuchâtel), il considérait la forme, qui consistait à inscrire dans la loi les missions des sites de l'HNE, comme inadéquate et jugeait par conséquent qu'elles devaient toutes être rejetées.

Décision du Grand Conseil

La menace d'un référendum contre les propositions du Conseil d'Etat si celles-ci étaient acceptées en l'état par le Grand Conseil a poussé les partis politiques ainsi que le gouvernement à se mettre autour de la table. La recherche d'un consensus a finalement abouti à l'amendement du décret proposé par le Conseil d'Etat. Ce décret, portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'Etat pour l'EH,M à horizon 2017 a été approuvé le 24 avril 2012 par le Grand Conseil.

Par cet acte, le Parlement a validé la grande majorité des options stratégiques proposées par le Conseil d'Etat. Il a néanmoins requis un certain nombre de garanties et de compléments de sa part. Il lui a ainsi demandé de comparer le scénario de répartition des activités de chirurgie et d'orthopédie qu'il proposait avec un scénario qui prévoyait l'implantation du Centre de l'appareil locomoteur sur le site de Chaux-de-Fonds (CDF) avec le maintien de la chirurgie sur deux sites comme actuellement. La comparaison devait être présentée aux députés dans un délai de six mois, soit jusqu'en octobre 2012. La décision du Grand Conseil relative aux options 9, 12 et 13 du Conseil d'Etat était donc reportée dans l'attente de ces compléments.

Il a en outre modifié une des options proposées. En effet, celle (n° 15) portant sur le développement d'un CDT-pilote sur le site de VDT fonctionnant comme portée d'entrée d'HNE et dont l'ouverture nocturne devait être limitée à trois ans a été revue dans le sens où ce CDT doit être ouvert en continu, sans limite dans le temps.

Enfin, le Grand Conseil a validé les options stratégiques relatives aux études à mener pour la création d'un site unique de soins aigus, respectivement d'un CTR unique. Dans ce cas, il a cependant souhaité qu'une demande de crédit d'engagement soit déposée par le Conseil d'Etat dans un délai de 3 mois.

Pour le reste, le Conseil d'Etat a renoncé à soumettre au Grand Conseil des décrets visant au rejet et à la mise en votation des initiatives populaires pendantes sur l'HNE, considérant que les options qu'il proposait et qui devaient faire office de contre-projet, devaient au préalable faire l'objet d'une décision formelle du Parlement.

3.2.3. Options stratégiques complémentaires de l'HNE à horizon 2017

Mandat du Conseil d'Etat et résultats

En application des termes du décret précité, le Conseil d'Etat, par l'intermédiaire du DSAS, a travaillé en étroite collaboration avec la Commission "Santé" du Grand Conseil, et notamment une commission restreinte de celui-ci. En outre, suivant la demande du Grand Conseil contenue dans le décret du 24 avril 2012, les services d'un mandataire externe ont été sollicités, en l'occurrence la société de conseil Advimed, spécialisée dans la stratégie et la gestion hospitalières. Le mandat qui lui a été confié était de comparer et d'évaluer les deux scénarios de répartition des missions au sein d'HNE prévues.

- **Scénario 1** - le scénario correspondant aux options stratégiques n° 9, 12 et 13 présentées dans le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant les options stratégiques à horizon 2017 de l'HNE, du 14 décembre 2011, à savoir: centre de chirurgie stationnaire sur le site de CDF; centre de chirurgie ambulatoire sur le site de PRT; centre de l'appareil locomoteur (y compris traumatologie) à PRT; orthopédie électorive à PVI;
- **Scénario 2** - le scénario correspondant au scénario II du rapport d'étude d'Antarès relatif à la réorganisation des activités médicales entre les sites de soins aigus somatiques, du 7 janvier 2008, à savoir: chirurgie maintenue sur les sites de CDF et PRT, sans spécification du type de prise en charge; centre de l'appareil locomoteur à CDF, comprenant l'activité actuelle de PVI.

Advimed a remis son rapport final au DSAS à la fin novembre 2012. Cette société arrivait à la conclusion que le scénario 2 était plus adéquat que le scénario 1⁷. Il relevait cependant que le scénario 2 présentait l'inconvénient de creuser encore un peu plus le déséquilibre relatif entre les sites de CDF et PRT par rapport à la situation actuelle.

Appréciation du Conseil d'Etat et décision du Grand Conseil

Le Conseil d'Etat a présenté au Grand Conseil son analyse complémentaire sur les options 9, 12 et 13 dans son rapport 13.008, du 16 janvier 2013, auquel il est renvoyé. Il lui a proposé, dans ce cadre, de valider celles qu'il préconisait déjà dans son rapport 12.005 et donc de retenir le scénario 1.

Sur cette base, le Grand Conseil a accepté les trois dernières options stratégiques qui lui étaient proposées par le Conseil d'Etat par un décret du 26 mars 2013. En parallèle au débat sur les options stratégiques de l'HNE, il a traité les trois initiatives législatives populaires qui demandaient des modifications de la LEHM. Il en a accepté deux, à savoir celle demandant l'installation du centre femme-mère-enfant sur le site de PRT et celle précisant la notion d'équilibre entre sites hospitaliers principaux. Il a par contre rejeté et soumis à votation populaire la troisième, qui requérait la réouverture d'un site de soins aigus, avec une maternité, un service d'urgences et un bloc opératoire, sur le site de VDT.

Votations populaires

Le décret du 26 mars 2013 portant approbation des options stratégiques complémentaires de l'HNE à horizon 2017 a fait l'objet d'un référendum qui a abouti et qui a conduit à des votations qui ont eu lieu le 24 novembre 2013. A plus de 63%, la population neuchâteloise a accepté le décret et, partant, rejeté le référendum.

S'agissant de l'initiative qui demandait la réouverture d'un site de soins aigus, avec une maternité, un service d'urgences et un bloc opératoire, sur le site de VDT, elle a été rejetée à quelque 58% par le peuple lors de la même votation.

3.2.4. *Réflexions sur un site unique de soins aigus, respectivement de réadaptation*

Conformément au souhait du Grand Conseil, le Conseil d'Etat lui a soumis, en septembre 2012, un rapport détaillé sur un crédit d'engagement pour réaliser les études à mener pour la création d'un site unique de soins aigus, respectivement un site unique de réadaptation (rapport 12.055 du 24 octobre 2012), auquel il est renvoyé. La demande du Conseil d'Etat contenue dans un décret se montait à 3,5 millions de francs et couvrait les coûts des différents mandats à confier, ainsi que les ressources nécessaires au sein des services de l'Etat et de l'HNE pour mener à bien les études y relatives. Selon le calendrier prévu, ces études devaient durer deux ans.

Appelé à se prononcer sur le projet du Conseil d'Etat, le Grand Conseil l'a revu à la baisse par un amendement au décret gouvernemental, en acceptant, en mars 2013, l'octroi d'un crédit d'engagement de 500.000 francs dont l'objectif était de permettre la réalisation de la première des trois étapes prévues par le Conseil d'Etat dans son rapport 12.055, à savoir celle qui consiste à définir le cahier des charges de l'HNE à terme.

3.2.5. *Soins palliatifs*

En 2007, les conseillers d'Etat en charge des départements de la santé des cantons BEJUNE signaient une déclaration d'intention dans laquelle ils s'engageaient à formaliser leur collaboration en matière de soins palliatifs, en matière hospitalière, par la reconnaissance du service de soins palliatifs de l'HNE comme centre de compétence pour l'ensemble de la région, par la création d'une ou plusieurs équipes mobiles⁸ et par la promotion de la formation en soins palliatifs.

Cette intention s'est en partie concrétisée au printemps 2009 lorsque ces trois mêmes cantons ont signé une convention intercantonale par laquelle ils reconnaissent formellement le service de soins palliatifs de l'HNE-La Chrysalide à la Chaux-de-Fonds comme centre de compétences en matière de soins palliatifs pour la région BEJUNE⁹ et ils font en outre de ce centre le point d'ancrage de l'équipe mobile qu'ils entendent mettre en place.

Les cantons BEJUNE ont enfin décidé en 2010 de créer l'équipe mobile dont il est fait état ci-dessus. Pour ce faire, en 2011, une Association appelée "Equipe Mobile en Soins Palliatifs BEJUNE (EMSP BEJUNE)"¹⁰ est constituée avec, pour membres sociétaires et financeurs, les trois cantons concernés et, pour membre associé, l'HNE. Elle a

⁸Il ressortait en effet d'une étude pour répertorier les besoins en équipe mobile de soins palliatifs dans la région BEJUNE mandaté par les services de santé publique des cantons BEJUNE auprès de la HE-Arc Santé " qu'une forte majorité des professionnels de première ligne interrogés, cadres et non cadres, exprime le besoin de pouvoir bénéficier du soutien et des compétences de spécialistes de deuxième ligne.

⁹Ce faisant, les cantons de Berne et du Jura s'engageaient à inscrire l'HNE sur leur liste hospitalière s'agissant d'un mandat en soins palliatifs.

¹⁰Elle a pour but "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 de deuxième ligne en soins palliatifs".

commencé à déployer ses activités sur le terrain en 2012, après avoir repris l'activité et le personnel de l'équipe mobile déjà existante de l'HNE.

3.3. Hôpital de La Providence (PVI)

3.3.1. Planification

Dans sa déclaration du 15 janvier 2008 relative à la réorganisation des activités médicales entre les sites hospitaliers de soins aigus, le Conseil d'Etat avait prévu le transfert à terme des missions d'hospitalisation de PVI vers les sites HNE de PRT, respectivement de CDF. Cela signifiait concrètement que PVI devait abandonner, à terme, ses missions hospitalières de médecine interne et spécialités, d'orthopédie élective et d'ophtalmologie à charge de l'AOS¹¹.

Vu les conséquences de la mise en œuvre de cette stratégie en terme d'emploi et financiers pour PVI, le Conseil d'Etat a donné mandat au DSAS d'organiser ce transfert d'activité, ce en concertation avec tous les acteurs concernés. A la fin 2008, après quelques mois de discussions entre l'Etat, l'HNE et PVI accompagnées par un médiateur, l'échec des négociations menées en ce sens a été constaté. En effet, il s'est avéré que la position de l'Etat et de l'HNE était inconciliable avec celle de PVI. Lors des discussions, proposition avait notamment été faite à cette institution que l'HNE reprenne l'entier de sa gestion et assume entièrement les effets de la diminution de l'activité.

Constatant cet échec, le Conseil d'Etat a informé PVI que le plan de retrait de ses activités serait établi unilatéralement par l'HNE, respectivement par l'Etat, en fonction de ses besoins.

Cela dit, il s'avère que les initiatives pendantes sur la LEHM ont également eu des conséquences sur la reprise de l'activité de PVI par l'HNE, du moins sur les délais de celle-ci. Par ailleurs, les options stratégiques à horizon 2017 de l'HNE laissaient ouverte la question de la reprise ou non de l'activité de PVI par cet établissement.

Dans le cadre de la planification hospitalière 2012-2014 arrêtée à fin 2011, le Conseil d'Etat a, comme déjà relevé, décidé d'octroyer trois mandats de prestations spécifiques à PVI pour la période couverte, ce pour l'ensemble des domaines pour lesquels elle avait requis un mandat (néphrologie, ophtalmologie et orthopédie) et pour une activité programmée uniquement¹².

3.3.2. Financement

Il convient en préambule de rappeler que, lors de la création de l'HNE en 2006, parmi les huit hôpitaux de soins somatiques subventionnés du canton, seul l'Hôpital de la Providence avait renoncé à y adhérer, souhaitant garder son statut d'hôpital privé et donc un statut particulier par rapport à l'HNE et aux cliniques privées du canton dans la mesure où il disposait d'un mandat de prestations public.

¹¹PVI a déposé un recours auprès du Tribunal administratif contre la déclaration du Conseil d'Etat de janvier 2008 qui annonçait la volonté de ce dernier de lui retirer à terme ses missions hospitalières publiques. Ce recours a été suspendu durant la phase de négociation décrite au paragraphe suivant, puis finalement retiré à fin 2010.

¹²Notons qu'avant cela, PVI avait fait recours contre l'arrêté du Conseil d'Etat fixant les conditions à remplir par un hôpital pour figurer sur la liste hospitalière cantonale 2012-2014, du 6 septembre 2011, auprès du TF. Ce dernier a considéré que ce recours était sans objet du moment que PVI figurait sur la liste hospitalière pour l'ensemble des mandats qu'elle avait sollicités.

Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui de la LEHM tenait compte de cette singularité dans la mesure où il prévoyait que "l'Hôpital de la Providence pourra conserver son statut d'hôpital d'utilité publique au sens de l'article 98 de la LS. Il lui appartiendra d'entreprendre les démarches nécessaires, notamment de conclure un accord de partenariat avec l'EHM, ceci en réponse d'ailleurs à ses vœux.". Par arrêté du 4 avril 2007, considérant que PVI et l'HNE avaient conclu un contrat de partenariat, le Conseil d'Etat a reconnu PVI comme institution d'utilité publique, ce pour l'année 2007 uniquement.

Ce type d'accord était rendu nécessaire car la LEHM prévoyait que l'ensemble du financement des hôpitaux passe par l'HNE. Ainsi, le financement étatique des prestations fournies par PVI transitait par l'HNE qui devait négocier avec elle le mode de financement ainsi que le tarif reconnu. Un contrat de partenariat a été conclu entre ces institutions pour les années 2007 à 2011.

Cette approche pour bénéficier d'un accès aux deniers publics était tout à fait possible sous le régime de la LAMal en vigueur avant le 1^{er} janvier 2012 dans la mesure où la loi ne stipulait rien quant au financement des pouvoirs publics. Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui de la LEHM fixait, en outre, un cadre au financement des prestations de PVI, à savoir qu'elle "devra négocier et recevoir la part publique du financement des prestations individuelles via l'EHM" et qu'elle "ne pourra pas signer des contrats de prestations avec l'État ce qui exclut l'accès au financement public pour des prestations d'intérêt public".

Aucun arrêté de reconnaissance d'utilité publique n'a été pris par le Gouvernement pour les années ultérieures à 2007. Cette situation n'empêchait pas le financement des prestations fournies par PVI dans la mesure où la LEHM prévoyait, en son article 47, que le coût de la prise en charge des patients en clinique privée négocié avec celle-ci était inclus dans le subventionnement global de l'HNE.

Dans ce contexte et depuis l'exercice 2009, l'HNE et PVI se sont entendus sur un financement sur la base de l'activité pour les prestations individuelles et sur un supplément pour la prise en charge des investissements, qui n'étaient alors pas encore inclus dans les tarifs LAMal. De même, un financement particulier pour la dialyse, dégressif entre 2009 à 2011, a été convenu.

Avec l'entrée en force des nouvelles règles de financement hospitalier, le mode de subventionnement de PVI a dû être repensé¹³.

Le Conseil d'Etat, par l'intermédiaire de la cheffe du DSAS, a informé PVI début juillet 2011 qu'il limiterait sa participation financière au 55% du tarif négocié avec les assureurs-maladie, sans financement des prestations d'intérêt général. Il ne mentionnait pas la question de la reconnaissance d'utilité publique de PVI, cette dernière n'en bénéficiant plus depuis le 1^{er} janvier 2008.

Prenant conscience des implications financière que cette décision aurait à la lecture du budget 2012, dans un contexte marquée par ailleurs par un tarif négocié à la baisse avec les assureurs-maladie pour cette année-là, PVI a réagi à la fin décembre 2011 et

¹³Dans son rapport au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi portant modification de la LS, du 27 juin 2011, le Conseil d'Etat prévoyait ce qui suit à ce sujet: "Dès 2012, l'inscription d'un hôpital sur la liste hospitalière cantonale donnera droit au financement conjoint des prestations par l'Etat et l'AOS. La participation de l'Etat ne pourra plus être subordonnée à une quelconque condition dès le moment où un hôpital figure sur la liste hospitalière. La législation actuelle prévoit que cette participation de l'Etat est conditionnée au fait qu'une institution ait conclu un accord de partenariat avec l'HNE ou le CNP. Cette organisation doit être modifiée et l'Etat doit reprendre ses compétences en la matière".

demandé au Conseil d'Etat de revoir sa position, de lui confier ainsi que de financer des prestations d'intérêt général de même que de lui octroyer, pour ce faire, une reconnaissance d'utilité publique.

Le Conseil d'Etat, d'abord par l'intermédiaire de la cheffe du DSAS, puis directement, a répondu par la négative à cette demande, confirmant ainsi la position communiquée par le DSAS quelques mois plus tôt. Il maintenait ainsi le cap voulu par le législateur cantonal et par le peuple lors de la création de l'HNE de ne pas confier de prestations d'intérêt général à une institution autre que l'HNE et, partant, de ne pas en financer.

Malgré tout, le Conseil d'Etat a été sensible aux difficultés financières rencontrées par PVI et lui a proposé diverses voies pour y faire face, pour autant que cette institution entre dans une démarche de restructuration¹⁴. En fin d'année 2012, et après d'intenses négociations qui se sont tenues en parallèle aux tractations concernant la reprise par le Groupe Genolier Swiss Medical Network (GSMN) de PVI¹⁵, le Conseil d'Etat et la Fondation de l'Hôpital de la Providence se sont entendus sur un accord financier par lequel le gouvernement entrait en matière sur l'octroi d'une subvention extraordinaire d'au maximum 3 millions de francs destinée à couvrir le déficit annoncé de la Fondation de PVI pour l'exercice 2012, qui était toutefois conditionnée à l'acceptation préalable d'un crédit supplémentaire par le Grand Conseil sur la base d'un rapport à établir par le Conseil d'Etat. Cet accord faisait partie intégrante du contrat de prestations qui avait été négocié en parallèle entre l'Etat et la PVI pour cet exercice.

3.3.3. Reprise de l'activité de La Providence par GSMN

Confrontée à des difficultés financières (voir chapitre 3.3.2) et devant se déterminer rapidement sur son avenir, la Fondation de l'Hôpital de la Providence est entrée, courant 2012, en contacts rapprochés avec le groupe de cliniques privées GSMN dans la perspective d'une reprise par ce dernier de l'activité de PVI. Celle-ci est intervenue de manière effective le 1^{er} mars 2013. Elle a eu lieu dans un contexte de conflit social lié à la dénonciation par la Fondation de PVI de la CCT Santé 21 à la fin juin 2011 avec effet au 31 décembre 2012.

En lien avec cette reprise et considérant que la couverture des besoins de la population en soins hospitaliers n'était pas garantie, le Conseil d'Etat s'est engagé à faire figurer PVI sur la liste hospitalière en dérogation à son arrêté du 6 septembre 2011, comme une disposition de cette réglementation l'autorise. Cette dérogation porte sur le devoir pour l'institution d'appliquer les conditions de travail de la CCT Santé 21 prévu dans l'arrêté précité¹⁶.

De son côté, GSMN s'est engagé, dans le contrat de prestations négocié avec l'Etat pour 2013-2014, à procéder à la reprise des activités de l'Hôpital de PVI sans licenciement, tenant compte de la reprise de certains postes par l'HNE après discussion avec celui-ci et de la reprise des employés concernés par une société tierce en cas d'externalisations de prestations, à maintenir aux collaborateurs un revenu global équivalent en cas notamment de réduction de certaines indemnités, de diminution des périodes

¹⁴Le Conseil d'Etat a proposé à PVI trois options de restructuration: intégration à l'HNE selon les mêmes conditions que celles appliquées aux anciens hôpitaux y ayant adhéré; réorientation pour devenir une clinique privée qui ne dépend plus des subventions de l'Etat; réorientation au profit d'une autre activité non hospitalière à définir.

¹⁵Il s'agissait en effet de l'option de restructuration qui avait été privilégié par la Fondation de l'Hôpital de la Providence parmi celles qui lui avaient été proposées par le Conseil d'Etat.

¹⁶La dérogation s'applique depuis le 1^{er} mars 2014 dans la mesure où GSMN s'est engagé à appliquer la CCT Santé 21, dans sa version de 2012, jusqu'à cette date au personnel de PVI qui a été transféré dans le cadre de la reprise de l'entreprise et est valable jusqu'au 31 décembre 2016.

considérées comme travail de nuit ou de pertes d'allocations complémentaires, et à compenser de manière équivalente une éventuelle augmentation du temps de travail. Ces engagements sont suivis dans le cadre de l'exécution du contrat de prestations 2013-2014 qui lie l'Etat à PVI, désormais gérée par la Société GSMN Neuchâtel SA.

3.4. Cliniques privées

Deux cliniques privées figuraient sur la liste hospitalière valable jusqu'à fin 2011: Montbrillant et La Tour, toutes deux situées à La Chaux-de-Fonds. En effet, le canton de Neuchâtel connaissait depuis 1999 une liste hospitalière dite "séparée" en deux parties¹⁷.

Si ces cliniques étaient autorisées sur cette base à pratiquer à charge de l'AOS, elles ne bénéficieraient pas d'un mandat de prestations public et donc d'un subventionnement de la part de l'Etat.

Bien que la LAMal révisée impose de nouvelles règles de planification, la disposition de cette loi qui prévoyait que, pour être admis à pratiquer à la charge de l'AOS, un hôpital doit notamment "correspondre à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate", n'a pas changé. Il n'en demeure pas moins qu'elle ne garantissait pas à toutes les institutions, qu'elles soient publiques ou privées, de figurer sur la liste hospitalière cantonale.

Les deux cliniques privées précitées ont donc été prises en considération dans la planification hospitalière 2012 à 2014. Par contre, au terme de celle-ci – et comme déjà relevé plus haut - le Conseil d'Etat ne les a pas fait figurer sur la liste hospitalière cantonale. La Tour n'avait en l'occurrence pas sollicité de mandat de prestations de la part de l'Etat. Montbrillant, qui par contre s'était portée candidate, ne répondait quant à elle pas à certains critères fixés, notamment à celui de masse critique et donc de qualité des prestations. Cette clinique a déposé un recours auprès du TAF contre cette décision, recours qui a été rejeté par cette instance début 2014 (voir également le chapitre 3.1.2).

3.5. Hôpitaux hors canton

Dans le cadre de la LAMal, un système de garantie de paiement relative aux hospitalisations hors canton existe. Une telle garantie est accordée soit lorsque le cas médical relève de l'urgence qui survient à l'extérieur du canton de domicile et qu'un retour dans celui-ci n'est pas approprié, soit lorsque la prestation médicale n'est pas disponible dans le canton. Concrètement, cela signifie que, pour ces cas, le canton de domicile et l'assurance-maladie du patient couvrent l'entier des coûts engendrés par son hospitalisation.

La procédure en place pour le suivi de ces cas entre 2007 et 2011, qui découlait de l'application des dispositions de la LS et de la LEHM, prévoyait que l'HNE traite les demandes de garantie de paiement d'un point de vue administratif, de la réception de la demande jusqu'au paiement de la facture, et que le médecin cantonal en validait les aspects médicaux, notamment l'examen de l'existence de raisons médicales, et prenait la décision d'octroi ou non de la garantie.

¹⁷La première liste comprenait les hôpitaux publics ou privés bénéficiant d'une aide financière de la part de l'Etat, qui sont pris en considération pour leur division commune. La seconde comportait les cliniques privées ne bénéficiant d'aucune aide financière de l'Etat et qui sont prises en compte uniquement pour leurs divisions privées et semi-privées.

Comme le voulait alors la LEHM, le financement des hospitalisations extra-cantoniales était assuré par l'Etat dans le cadre de la subvention annuelle octroyée à l'HNE. Un montant de l'ordre de 21,5 millions de francs était donc prévu annuellement dans le budget de l'HNE. Si la LCNP prévoyait une disposition similaire pour les hospitalisations hors canton dans le domaine de la psychiatrie, celle-ci n'a jamais été appliquée et l'HNE gérait l'ensemble des garanties de paiement, pour les soins somatiques et psychiatriques.

Avec l'entrée en force des nouvelles règles de financement hospitalier, une partie du système de gestion des hospitalisations extra-cantoniales a dû être repensée. En effet, l'ouverture des frontières cantonales, l'obligation faite au canton de financer sa part des prestations réalisées hors canton au profit de ses ressortissants, ainsi que les nouvelles règles de planification hospitalière ont passablement modifié l'approche retenue par le Conseil d'Etat dans ce dossier.

Alors qu'il n'était tenu, jusqu'en 2011, de financer que les prestations réalisées hors canton pour des raisons médicales, l'Etat doit, depuis le 1^{er} janvier 2012, participer au financement de toutes les prestations réalisées au bénéfice de sa population, dans un établissement reconnu ou non d'utilité publique, pour autant que celui-ci figure sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient ou sur celle du canton où il se situe¹⁸.

Rappelons encore que le canton de domicile et l'AOS ne sont tenus de participer au financement des prestations réalisées dans un hôpital hors canton qu'à concurrence du tarif applicable dans un hôpital du canton de domicile du patient lorsqu'il n'existe pas de raison médicale à l'hospitalisation hors canton. Dans ces cas, la garantie de paiement n'est pas octroyée, sachant qu'elle n'est d'ailleurs pas systématiquement demandée, mais la facture doit tout de même être prise en charge par le canton jusqu'à concurrence du tarif de référence neuchâtelois. Ces tarifs ont été fixés par le Conseil d'Etat pour l'année 2012, puis 2013.

Globalement, cette réforme du financement hospitalier a fait augmenter le montant à charge du canton pour les hospitalisations hors canton de l'ordre de 15 millions de francs, qui correspond pour l'essentiel à un transfert de charge des assurances complémentaires vers l'Etat et non à une augmentation du volume de ces hospitalisations.

Notons finalement qu'un nouvel arrêté fixant la liste des hôpitaux sis en dehors du canton de Neuchâtel a été pris par le Conseil d'Etat le 21 décembre 2011, dans le cadre de la planification hospitalière 2012-2014. S'agissant des établissements hospitaliers de soins aigus somatiques sis hors canton, trois hôpitaux universitaires (CHUV, HUG, Inselspital) ont été retenus comme étant nécessaires à la couverture des besoins de la population neuchâteloise, et ce pour les seules prestations qui ne peuvent pas être fournies dans les établissements neuchâtelois admis.

S'agissant des cliniques de réadaptation figurant dans cette liste hospitalière, considérant que la planification n'a pas été revue dans ce secteur d'activité, seules des adaptations marginales ont été apportées pour tenir compte du changement de raison sociale de certains établissements. La Clinique Valmont a toutefois été retirée de la liste dans la mesure où elle n'a pas souhaité poursuivre sa collaboration avec le canton de Neuchâtel.

¹⁸Dans ce nouveau contexte, décision a été prise de sortir le budget des hospitalisations hors canton, dépenses d'intensité, du budget de l'HNE et de recréer une rubrique budgétaire spécifique dans la comptabilité de l'Etat. Si la responsabilité budgétaire a été modifiée, la gestion administrative et médicale mise en place avec l'HNE en 2007 a été maintenue et élargie au CNP qui traite désormais les hospitalisations hors canton en psychiatrie, pour apporter plus de cohérence au système.

Un contrat de prestations a été conclu avec l'ensemble des institutions figurant sur cette liste des hôpitaux hors canton pour formaliser le mode de collaboration valable de 2012 à 2014 (voir chapitre 3.7).

3.6. Maisons de naissance

3.6.1. Définition

Les maisons de naissance se fondent sur le principe suivant: l'accouchement est un acte physiologique naturel et les femmes en bonne santé possèdent les ressources nécessaires pour faire les choix qui leur conviennent dans cette situation. L'objectif de ces maisons de naissance est d'offrir un environnement techniquement approprié à l'accouchement en sécurité, avec un personnel capable de répondre aux besoins physiques, émotionnels et psychosociaux des mères et de leur cercle intime. Elles se présentent comme une alternative à l'hôpital dans leur concept même. L'accès aux maisons de naissance est réservé à une clientèle ne présentant pas de risques particuliers, dont la grossesse se déroule normalement et pour laquelle on ne prévoit pas la nécessité d'interventions médicales durant le travail ou l'accouchement (ce qui est le cas de la très grande majorité des parturientes).

Depuis le 1er janvier 2009 et l'entrée en vigueur de la révision partielle de la LAMal relative au financement hospitalier, les maisons de naissance figurent dans la liste des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS¹⁹. Cette loi prescrit que non seulement l'accouchement mais aussi le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance constituent des prestations à charge de l'AOS.

3.6.2. Tilia

Si plusieurs projets de création de maisons de naissance ont été envisagés et évoqués dans notre canton, un seul a vu le jour, en l'occurrence la Maison de naissance Tilia. Cette dernière, située à Neuchâtel, a ouvert ses portes en mars 2010. Dans l'attente de la révision du RASI et du dépôt de la demande d'autorisation, la Maison de naissance Tilia n'a pas été autorisée à être exploitée en tant qu'institution. Cela dit, elle a été considérée comme le domicile dans le cas des accouchements à domicile réalisés par les sages-femmes de Tilia.

3.6.3. Planification

En matière de planification, les maisons de naissance sont soumises aux exigences prévues dans la LAMal pour les hôpitaux et les EMS. Ainsi, le Conseil d'Etat a tenu compte de cette offre dans le cadre de sa planification hospitalière 2012-2014 dans le domaine des soins aigus somatiques.

¹⁹Pour être reconnues au sens de la LAMal, ces maisons doivent satisfaire à certaines contraintes de sécurité et remplir, par analogie, les exigences posées aux hôpitaux dans cette loi. Par ailleurs, elles doivent être organisées de sorte à pouvoir réagir de manière adéquate face à des urgences médicales. Il est communément admis qu'elles ne doivent pas être situées à plus d'une vingtaine de minutes d'un hôpital équipé pour accueillir des cas d'urgence. Le Conseil d'Etat a fixé en 2013 dans la LS, puis dans le RASI les conditions à remplir par une maison de naissance pour être autorisées à être exploitées.

Après analyse et en application des critères qu'il avait fixés par arrêté du 6 septembre 2011, le Conseil d'Etat a toutefois décidé de ne pas octroyer de mandat de prestations à Tilia qui sollicitait un mandat dans le domaine de prestations de l'obstétrique (voir à ce sujet chapitre 3.1.2).

Cette décision, bien que regrettée par Tilia, n'a pas fait l'objet d'un recours de la part de cette institution. Mais elle a suscité des réactions sur le plan politique, avec notamment le dépôt d'une recommandation (12.125), acceptée par le Grand Conseil, qui demandait que le Conseil d'Etat inscrive Tilia sur la liste hospitalière. Ce dernier n'est pas entré en matière considérant qu'il n'était pas prêt à faire une exception pour une activité marginale qui relève d'une prise en charge alternative, certes très intéressante, mais qui ne remplissait pas, selon lui, les conditions nécessaires pour donner un droit à une inscription sur la liste hospitalière cantonale et qui ne répondait pas à un besoin en tant que tel en termes de couverture sanitaire.

3.7. Contractualisation

Conformément à l'article 21 LEHM, le CA de l'HNE négocie avec le Conseil d'Etat son mandat de prestations ainsi que son budget annuel. Les résultats de ces négociations entre le Conseil d'Etat et cette institution autonome doivent être concrétisés dans un document appelé contrat de prestations. De manière générale, l'utilisation de cet outil est satisfaisante.

Ces contrats font l'objet d'un contrôle annuel de leur exécution mené par le SCSP, sous la forme d'un rapport d'évaluation. Par ailleurs, depuis 2012, une cellule de suivi²⁰ en assure un suivi régulier sous l'angle financier, en cours d'exercice. L'objectif premier de ces contrôles est de sensibiliser les partenaires aux éventuels problèmes qui peuvent exister ou survenir et leur permettre, cas échéant, de rechercher conjointement des solutions constructives pour leur résolution.

A relever que, dans le cadre des nouvelles règles de financement hospitalier, l'Etat conclut aussi depuis le 1^{er} janvier 2012 des contrats de prestations avec PVI ainsi qu'avec les hôpitaux et cliniques implantés dans un autre canton mais qui figurent sur la liste hospitalière neuchâteloise.

3.7.1. HNE

Depuis l'exercice 2009, le Conseil d'Etat et l'HNE sont liés par un contrat de prestations, contrat qui a notamment pour objet :

1. **dans sa partie générale**, de définir les rapports entre l'Etat et l'HNE concernant les prestations fournies par l'HNE qui impliquent un financement et une surveillance de la part de l'Etat, de fixer les conditions de fourniture de ces prestations, de déterminer les principes de base de la participation de l'Etat au financement de ces prestations et du contrôle de ces dernières;
2. **dans sa partie spécifique à l'année sous revue**, de déterminer les objectifs opérationnels à atteindre par l'HNE pour l'exercice sous revue, de définir l'enveloppe budgétaire octroyée par l'Etat à l'HNE pour réaliser les mandats de prestations qui lui sont attribués et les modalités de versement de cette dernière, de préciser la répartition des missions de l'HNE entre ses sites, de déterminer les éléments

²⁰Elle est composée du chef de l'office des hôpitaux et des institutions psychiatrique, de la responsable financière du département et d'un économiste du SFIN.

d'information à rapporter à l'Etat par l'HNE et de définir les indicateurs permettant au Conseil d'Etat de contrôler l'exécution du contrat.

Le contexte stratégique, notamment au niveau de la répartition des missions entre les sites de l'HNE, n'étant pas encore très clair, un contrat annuel a été privilégié jusqu'en 2011. Par contre, considérant que le cadre stratégique et financier - à savoir les options stratégiques décrites au chapitre précédent et la planification hospitalière définie pour les années 2012 à 2014 - permettait de s'inscrire dans une perspective à plus long terme, un contrat pluriannuel a été conclu pour les années 2012 à 2014, avec un contenu un peu différent que celui décrit ci-dessus²¹.

3.7.2. Hôpital de La Providence

Depuis le 1^{er} janvier 2012, et comme nous l'avons expliqué au chapitre 3.3, les rapports financiers entre l'Etat et PVI ne peuvent plus transiter par l'HNE. En effet, le fait de figurer sur la liste hospitalière ouvre un droit au financement des prestations individuelles par l'Etat. Dans ce contexte, il est important que les relations générales entre l'Etat et PVI soient formalisées dans un contrat de prestations qui en définit les grandes lignes. Comme indiqué au chapitre 3.3.2, un contrat a donc été conclu dès 2012 avec la Fondation de l'Hôpital de La Providence pour PVI, puis, avec GSMN Neuchâtel SA (nouvelle société exploitante), pour les années 2013 et 2014.

3.7.3. Hôpitaux hors canton

3.8. Financement

Le financement des hôpitaux de soins physiques par l'AOS dans le cadre de la LAMal est complexe et fait intervenir plusieurs partenaires. La réforme du financement hospitalier au niveau fédéral a d'ailleurs passablement modifié le cadre d'application. Dans les grandes lignes, les coûts des séjours hospitaliers sont pris en charge selon un système dual, par les assureurs et par l'Etat, alors que les coûts des prestations ambulatoires devraient être couverts uniquement par les assureurs. Le financement des prestations à l'hôpital revêt différents modes qui sont décrits ci-après.

Prestations stationnaires

Jusqu'en 2012, la loi ne précisait rien quant au mode de rémunération des prestations hospitalières. Les partenaires tarifaires se mettaient d'accord sur ce sujet (par exemple: forfaits par cas et par service, forfaits journaliers ou forfaits liés aux prestations/pathologies). Dans le canton de Neuchâtel, depuis l'année 2006, la part de financement des assureurs-maladie est facturée en tenant compte de la complexité de la prise en charge du patient, soit selon un système de financement par pathologie (ou par "APDRG"). La subvention cantonale à l'HNE prévue par la LEHM prenait la forme d'une enveloppe annuelle fixe comprenant l'ensemble du financement des prestations fournies par l'HNE, par la Providence ou par un autre hôpital de soins somatiques hors canton pour des prestations relevant d'une nécessité médicale (prestation non disponible dans le canton ou urgence médicale).

²¹ Ainsi, il a été prévu que des annexes portant sur des éléments financiers, la répartition des missions, les prestations d'intérêt général et les indicateurs notamment devaient être revues chaque année pour tenir compte de l'évolution du secteur notamment.

Dans le cadre de l'application de ce mode de financement par pathologie, il convient de différencier les prestations dites "individuelles", rémunérées par le biais des forfaits par cas, des prestations dites "d'intérêt général" ou "collectives", dont la rémunération est exclue des forfaits par cas. Les prestations individuelles correspondent aux soins, examens et traitements à l'hôpital, réalisés au profit d'un patient en particulier alors que les prestations d'intérêt général correspondent aux activités déployées au service et à la demande de la collectivité et non d'un patient en particulier, car non liées à une consommation directe.

a) *Prestations individuelles*

Dès le 1^{er} janvier 2012 et l'entrée en force des nouvelles règles de financement hospitalier, la LAMal révisée (art. 49, al. 1) consacre les forfaits liés aux prestations comme mode de rémunération général, mais pas exclusif, des traitements hospitaliers. En effet, elle autorise, dans le respect de la répartition des coûts entre l'AOS et le canton, le recours à un financement par le biais d'une enveloppe globale. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat a maintenu le système d'enveloppe annuelle octroyée à l'HNE. Il a cependant souhaité séparer la subvention octroyée à l'HNE pour le paiement des hospitalisations extra-cantoniales ainsi que le financement des prestations individuelles fournies par PVI (voir chapitre 3.3.2).

La LAMal révisée prévoit en outre que les forfaits par cas doivent reposer sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Pour le moment, seul le domaine des soins aigus somatiques répond à ces nouvelles exigences, en lien avec l'adoption des SwissDRG. Par contre, aucun système de financement lié aux prestations n'a encore pu être défini dans les domaines de la psychiatrie, de la réadaptation et de la gériatrie. Des projets sont toutefois en cours d'élaboration au niveau national.

Depuis l'introduction du financement à la prestation généralisé au niveau suisse, les tarifs appliqués aux assureurs-maladie incluent deux nouveaux éléments financiers. Ainsi, les coûts des investissements et de la formation non universitaire, qui étaient jusqu'à présent à la charge exclusive des cantons, sont pris en compte dans le calcul du tarif et donc répartis entre cantons et assureurs-maladie.

Jusqu'à fin 2011, la LAMal confiait la couverture d'une partie des coûts des hospitalisations à l'AOS. Il n'y était pas fait mention du devoir de participation des cantons, sous réserve des hospitalisations hors canton. C'est donc par défaut que ces derniers finançaient les coûts d'exploitation des hôpitaux subventionnés figurant sur leur liste hospitalière.

Sous le régime de la LAMal révisée, ce n'est plus la part des assureurs qui est fixée mais celle des cantons. Ainsi, l'alinéa 2 de l'article 49a LAMal prévoit que la part minimale des coûts hospitaliers à charge des cantons s'élève à 55%. Il est toutefois précisé que les prestations sont prises en charge par les assureurs-maladie et le canton selon leur part respective. L'AOS prend donc en charge au maximum 45% des coûts de la prestation. Pour les années 2012 et 2013, le Conseil d'Etat a fixé sa part à la rémunération des prestations hospitalières à 55%.

b) *Prestations d'intérêt général (PIG)*

Les PIG sont exclues du financement par l'AOS (art. 49, al 3 LAMal).

La LAMal identifie notamment deux exemples de PIG:

- le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale,
- ainsi que la recherche et la formation universitaire.

Le Conseil d'Etat, en collaboration avec l'HNE, respectivement le CNP, procède actuellement à l'identification et à la valorisation des PIG fournies par ces institutions.

Prestations ambulatoires

Les prestations ambulatoires fournies en milieu stationnaire par les médecins sont en principe pleinement couvertes par le tarif médical facturé aux assureurs (TARMED).

Dans la réalité, l'Etat contribue au financement d'un certain nombre de prestations ambulatoires non rentables mais demandées aux hôpitaux. Citons notamment l'exploitation du SMUR sur trois antennes (CDF, PRT et VDT) ou celle de polycliniques sur tous les sites de l'HNE qui ne sont pas financièrement autoporteuses. Ces prestations ambulatoires peuvent être assimilées à des PIG car maintenues pour des raisons de santé publique.

4. INSTITUTIONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

4.1. Développement de la planification

4.1.1 Evolution 2009-2012

La planification hospitalière valable pour le domaine des soins psychiatriques est la même que celle pour les soins somatiques, à savoir celle de 1999. Sans que celle-ci n'ait été formellement revue à la suite de la création du CNP au 1^{er} janvier 2009, établissement qui gère depuis lors l'ensemble des institutions de soins psychiatriques du canton, en particulier hospitalières, cet événement revêt tout de même une importance certaine pour la planification hospitalière, comme nous le décrivons au chapitre 4.2.

La nouvelle planification hospitalière portant sur les années 2012 à 2014 élaborée par l'Etat concernait le seul domaine des soins somatiques aigus. Le Conseil d'Etat avait en effet renoncé à en établir une dans le domaine de la réadaptation et de la psychiatrie. Cela dit, la nouvelle liste hospitalière neuchâteloise en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 apporte tout de même une modification, certes purement formelle, dans la mesure où elle formalise l'existence du CNP en tant qu'hôpital.

Concrètement, le CNP est désormais inscrit sur la liste et se voit confier une mission générale de psychiatrie, comme c'était toutefois, dans les faits, déjà le cas auparavant.

4.1.2. Nouvelle planification hospitalière 2016

Comme nous l'avons annoncé au chapitre 3.1.3, une nouvelle planification hospitalière est en cours d'élaboration, intégrant notamment le domaine de la psychiatrie. Si nous devrions disposer en 2014 de plus d'informations concrètes sur l'application des critères de planification prévus dans la LAMal révisée, il devrait cependant être encore trop tôt pour prendre en compte une nouvelle structure tarifaire pour la psychiatrie en 2015.

4.2. Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP)

L'art. 83 LS prévoit que le présent rapport doit porter notamment sur les options stratégiques ainsi que la réalisation des objectifs confiés au CNP. C'est l'objet du présent chapitre.

4.2.1. Développement 2009-2012

Le 29 janvier 2008, le Grand Conseil votait la LCNP et consacrait ainsi la création d'un établissement de droit public réunissant les cinq institutions de soins psychiatriques subventionnées du canton de Neuchâtel sous une seule et même structure juridique. Durant les années 2008 et 2009, le CA a été nommé, les négociations nécessaires au transfert des institutions de leurs anciens propriétaires au CNP ont été réalisées, la DG a été constituée et les premiers jalons de l'organisation et du fonctionnement du nouvel établissement ont été posés.

Après cette phase de mise en place et d'acclimatation, le Conseil d'Etat a invité le CNP à porter son attention sur les grands défis qui s'annonçaient dans les années à venir (pressions financières, ouverture des frontières cantonales, virage ambulatoire, nouveau mode de financement, pénurie annoncée de personnel soignant et médical) et à amorcer une réflexion stratégique d'envergure sur l'avenir du CNP.

Plan d'actions 2010-2012

Courant 2009, le Conseil d'Etat a demandé au CNP de développer un projet de réorientation de ses activités s'inscrivant dans des lignes stratégiques précises, soit de réduire la capacité en lits de son secteur de psychiatrie hospitalière au profit de l'ambulatoire; de réunir, à terme, son secteur de psychiatrie hospitalière sur un seul site; d'étendre l'activité ambulatoire, de gestion de crise et de soins de proximité au travers d'une présence d'unités dans les agglomérations urbaines et de faire des économies substantielles.

Le CNP a présenté au Conseil d'Etat, début 2010, un premier plan d'action couvrant la période 2010-2012. Ce plan décrivait la réorganisation que cet établissement entendait mettre en œuvre dans son secteur des soins hospitaliers psychiatriques. D'entente avec le Conseil d'Etat, il avait en effet été considéré que les réformes y relatives étaient prioritaires. Dans ce plan, le CNP présentait à l'Etat comme options stratégiques et lui demandait à être autorisé à:

- ouvrir un centre hospitalier de jour dans les Montagnes;
- ouvrir un centre d'urgence psychiatrique (CUP) dans les locaux de l'HNE;
- centraliser la psychiatrie hospitalière sur le site de Préfargier;
- regrouper les activités de l'hébergement psychogériatrique sur le site de Perreux;
- retirer les missions hospitalières et abandonner l'exploitation du site de la Rochelle.

Le Conseil d'Etat a fait siennes ces options stratégiques et les a soumises pour approbation au Grand Conseil dans son rapport à l'appui d'un projet de décret approuvant les options stratégiques du Centre neuchâtelois de psychiatrie pour la période 2010-2012, du 28 juin 2010. Ces options ont été approuvées par le Parlement, par décret du 29 septembre 2010.

A la fin 2012, l'ensemble de ces options a été réalisé par le CNP pour l'essentiel selon le calendrier initialement fixé et en tenant compte des lignes stratégiques fixées par le Conseil d'Etat. A noter en particulier que, pendant cette période, la capacité en lits a diminué de moitié, passant ainsi d'environ 180 lits à 95.

4.2.2. Orientations stratégiques 2013-2017

L'activité du CNP s'étend cependant au-delà de la seule psychiatrie hospitalière et le besoin de réorganisation ne se limite pas à ce seul secteur. C'est la raison pour laquelle le Conseil d'Etat a très rapidement demandé au CNP de définir la stratégie qu'il entendait développer dans ses autres secteurs d'activités que sont l'hébergement médico-social, les foyers spécialisés pour handicapés psychiques, les ateliers socio-éducatifs et les structures intermédiaires. Il en va de même de l'activité de psychiatrie de l'âge avancé qui n'avait pas été abordée dans le premier volet de la stratégie du CNP.

En juin 2012, le Conseil d'Etat a pris connaissance des orientations stratégiques 2013-2017 du CNP. Concrètement, celui-ci en proposait dix dont les lignes de force consistaient dans un recentrage des activités du CNP sur les tâches thérapeutiques, en particulier celles hospitalières et ambulatoires; un abandon de ses domaines de l'hébergement médico-social, des ateliers et des foyers et, partant, une reprise de ces secteurs par des partenaires, ainsi qu'un renforcement des activités de liaison, de soins dans la communauté, d'appui aux partenaires et de formation par le CNP.

Fort d'une analyse approfondie de ses services concernés pour déterminer dans quelle mesure ces propositions s'intégraient notamment dans la planification médico-sociale pour les personnes âgées validée en 2012 et le plan cantonal de santé mentale en cours d'élaboration, ainsi que dans la planification des institutions sociales, le Conseil d'Etat a demandé au CNP de nouveaux compléments chiffrés pour lui permettre de soumettre un rapport complet et cohérent au Grand Conseil sur les options stratégiques proposées.

4.3. Développement 2013

Avec l'approche du changement de législature, puis les changements de chef du département en charge de la santé, de présidence et de composition du Conseil d'administration du CNP, ce dossier a été repris à l'automne 2013. Le CNP a été invité par le Conseil d'Etat à reprendre son analyse, à l'affiner sur la base des nouveaux éléments connus, en particulier des décisions relatives au regroupement de l'activité ambulatoire du CNP sur le Littoral sur un seul site, de l'évolution de ce projet, mais également de sa volonté qu'une même démarche intervienne dans les Montagnes, et à présenter une nouvelle mouture de ses orientations stratégiques, accompagnées d'un plan d'actions, pour la fin de l'exercice 2014.

4.4. Hôpitaux hors canton

Le système de garantie de paiement relative aux hospitalisations hors canton qui existe pour les soins somatiques vaut également pour les soins psychiatriques. Néanmoins, le nombre de patients et, partant, les montants financiers concernés sont bien moindres.

Ainsi, comme nous l'avons déjà précisé au chapitre 3.5, si la LCNP prévoyait une disposition similaire pour les hospitalisations hors canton dans le domaine de la psychiatrie, celle-ci n'a jamais été appliquée. Il revenait alors à l'HNE de traiter les

demandes de garantie de paiement pour les soins psychiatriques et de gérer le budget y relatif.

L'entrée en force des nouvelles règles de financement hospitalier dans la LAMal a modifié l'approche de la gestion des hospitalisations extra-cantonale dans les secteurs somatiques et psychiatriques. Ainsi, le budget des hospitalisations hors canton, dépenses d'intensité, a été sorti du budget de l'HNE et inscrit dans une rubrique budgétaire spécifique dans la comptabilité de l'Etat. Par ailleurs, le CNP est désormais appelé à traiter les demandes de garantie de paiement relatives à la psychiatrie.

4.5. Contractualisation

Les articles 20 et 21 LCNP prévoient que le CA du CNP négocie avec le Conseil d'Etat les mandats de prestations ainsi que le budget annuel du CNP. Comme c'est le cas pour l'HNE, le résultat de ces négociations doit être concrétisé dans un document appelé contrat de prestations. S'agissant des explications générales sur les contrats de prestations, nous renvoyons le lecteur au chapitre 3.7 du présent rapport.

Ce n'est qu'en 2011 qu'un contrat de prestations, limité à une année, a été conclu entre le Conseil d'Etat et le CNP, dont la forme est celle retenue pour le contrat conclu avec l'HNE entre 2009 et 2011 (voir chapitre 3.7.1). Le cadre s'étant un peu éclairci courant 2012, il a par contre été convenu de négocier et de conclure un contrat de prestations pour les années 2013 et 2014 avec le CNP, sous une forme identique à celle du contrat de prestations avec l'HNE 2012-2014 (annexes annuelles portant sur différents éléments).

4.6. Financement

Le financement du CNP est particulièrement complexe dans le sens où il est composé de différentes sources : le financement hospitalier (voir chapitre 3.8) tant stationnaire qu'ambulatoire, le financement des soins (voir chapitre 5.4), tous deux prévus dans des lois fédérales, et le financement de prestations socio-éducatives, prévues au niveau cantonal. A cela s'ajoute également le financement de prestations d'intérêt général, dans l'ensemble des secteurs d'activités du CNP.

Sans entrer dans les détails de ces différents types de financement pour lesquels nous vous renvoyons aux chapitres précités, nous tenons à relever que la part cantonale au financement de l'institution prend la forme d'une enveloppe annuelle globale couvrant l'ensemble des domaines d'activités du CNP. A court ou moyen terme, la volonté du Conseil d'Etat est de mieux distinguer le financement octroyé au CNP par type d'activités offertes.

5. ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX ET MAINTIEN A DOMICILE

5.1. Etablissements médico-sociaux (EMS)

En préambule, il convient de mentionner le fait que, contrairement aux domaines des soins somatiques (avec la création de l'HNE), des soins psychiatriques (avec la création du CNP) et du maintien à domicile (avec la création de NOMAD), le secteur médico-social n'a pas connu ces dernières années d'évolution vers une plus grande intégration de ces structures, le canton connaissant aujourd'hui toujours un peu plus d'une cinquantaine d'EMS, relevant de statuts juridiques très variés (SA, Sàrl, fondation),

appliquant des conditions de travail diverses également (CCT, CGT et des régimes libres) et regroupés dans 3 associations faïtières (ANEMPA, ANIPPA, ANEDEP).

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

Depuis 2004, les autorités sanitaires cantonales appliquent une politique très restrictive en matière d'ouverture ou d'extension d'EMS avec comme principal objectif de geler le nombre de lits institutionnels dans le canton, voire de le réduire, celui-ci étant très élevé en comparaison intercantonale. Elles s'appuient pour ce faire sur la compétence octroyée au canton par la LAMal de planifier le secteur des EMS. En l'occurrence, le Conseil d'Etat n'a admis l'ouverture que d'un nouvel établissement dans l'arrêté fixant la liste des EMS admis à pratiquer à charge de l'AOS, en contrepartie de la sortie de deux autres appartenant au même propriétaire.

5.1.2. Evolution 2009-2013

La situation qui prévalait dans le domaine des EMS en 2008, au terme de la période couverte par le précédent rapport d'information, en particulier en terme d'offre en EMS, est restée sensiblement identique durant la période sous revue, dans la mesure où les projets ayant un impact sur ce domaine, à savoir la PMS d'une part, et la nouvelle législation sur le financement des EMS d'autre part, n'ont pas encore commencé à déployer leurs effets, ou alors que très partiellement dans le second cas. Les incertitudes liées à ces nouveaux enjeux, largement discutés et connus des EMS, ont plutôt engendré un effet de frein sur les projets potentiels de transformations.

En matière architecturale, les travaux réalisés par plusieurs EMS durant cette période ont principalement eu comme objectif d'améliorer le confort des résidents et la capacité d'accueil en chambres à 1 lit. Plusieurs EMS ont débuté des réflexions au sujet de leur mission, dans une idée générale de diversification pour répondre aux besoins mis en lumière par les travaux en lien avec la PMS.

Pendant la période passée sous revue, il y a toutefois lieu de souligner l'ouverture de deux nouvelles structures dont un EMS. Ainsi, en février 2010, La Résidence Le Littoral a ouvert ses portes à Bevaix, tandis que les institutions La Chotte à Malvilliers et Le Chalet à Bevaix - qui appartenaient au même propriétaire - fermaient les leurs²². Par ailleurs, en 2011, c'est une nouvelle unité pour l'accueil de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences qui a vu le jour à Corcelles, construite et exploitée par le Foyer de la Côte.

5.2. Maintien à domicile

5.2.1. NOMAD

Evolution 2009-2013

La création de NOMAD s'est concrétisée en 2007 par la reprise de l'activité, du personnel et des fonds des anciennes fondations d'aide et de soins à domicile. Une fois les organes constitués, il s'agissait en premier lieu pour NOMAD d'harmoniser le fonctionnement des différents centres de santé repris des fondations précitées et de revoir son organisation

²²Cette démarche avait reçu l'approbation préalable de l'Etat, le projet ayant commencé avant le début de l'instauration de la politique décrite au chapitre 5.1.1.

dans l'optique de relever les défis à venir, liés au développement des prestations de maintien à domicile dans le canton.

La réorganisation ne s'est cependant pas réalisée sans mal. Les premières difficultés financières sont apparues dès 2008. Une crise profonde au sein du personnel a éclaté à l'automne 2009. Les arrêts de travail pour maladies de courte durée ont évolué de manière alarmante, créant une surcharge de travail et de nombreuses heures supplémentaires pour le reste du personnel.

Afin de résoudre la crise institutionnelle, mais aussi de se préparer à l'avenir, le conseil d'administration de NOMAD - qui avait été profondément remanié début 2009 - a repris les choses en mains et commandité deux études, l'une portant sur le climat de travail au sein du personnel et l'autre sur les objectifs stratégiques à développer en priorité à court et moyen terme. Il en est ressorti que NOMAD était pris dans un cycle pervers alimenté par un budget sous-évalué, par des lacunes dans son organisation et l'insuffisance de ses outils de gestion, notamment informatiques. Ce cycle générait un stress sur le personnel qui se traduisait par un accroissement des absences pour cause de maladie dont les remplacements ne pouvaient pas être assurés dans le cadre du budget. Il en découlait une baisse du volume des prestations entraînant une diminution des revenus et par conséquent un accroissement des déficits.

Mesures d'assainissement et plan d'action de NOMAD

Les mesures prises par le Conseil d'Etat, l'acceptation par le Grand Conseil d'un rapport sur l'assainissement de NOMAD et la mise en œuvre d'un plan d'action de NOMAD qui sont brièvement présentées ci-après, découlant des études précitées, ont permis de rétablir la situation et de donner un nouveau souffle à cet établissement.

a) Mesures d'assainissement chez NOMAD

Afin de faire face aux difficultés rencontrées par NOMAD, le Conseil d'Etat a, lors du bouclage des comptes 2010, décidé d'abandonner les avances de trésorerie qui s'élevaient à 3.786.214 fr. 42 au 31 décembre 2009. Il a alors considéré que la situation financière de NOMAD se devait d'être assainie dans les meilleurs délais, d'une part, et que la situation financière du canton permettait ces opérations, d'autre part. Ainsi recapitalisé, le bilan de NOMAD a dès lors été assaini. En parallèle, considérant que NOMAD n'en était pas pour autant stabilisé financièrement suite à cette opération comptable, le Conseil d'Etat a demandé au Grand Conseil d'approuver les décrets portant sur l'octroi d'un crédit supplémentaire de 2,5 millions de francs pour les investissements à effectuer par NOMAD d'une part, et d'un cautionnement jusqu'à hauteur de 2 millions francs nécessaire à l'obtention par NOMAD d'une ligne de crédit bancaire pour son fonds de roulement d'autre part.

Le plan d'action de NOMAD que nous présenterons brièvement ci-après, ainsi que la situation financière de NOMAD expliquent la demande d'un crédit supplémentaire de 2,5 millions de francs. En effet, le développement attendu du maintien à domicile dans le canton de Neuchâtel passe par une modernisation des structures et du fonctionnement de NOMAD. Cette adaptation de NOMAD aux réalités du terrain et aux exigences organisationnelles et administratives constitue un préalable incontournable à la réussite du projet. Le "virage vers l'ambulatoire", en lien avec le raccourcissement des durées hospitalières mais surtout avec la volonté affichée de permettre aux personnes âgées et dépendantes de l'aide d'autrui de pouvoir rester le plus longtemps dans un environnement familial, en évitant ainsi des placements en EMS, ne deviendra une réalité que si NOMAD dispose des moyens lui permettant de dispenser ses prestations dans des conditions adéquates. De même, le rôle qui est attendu de NOMAD dans ses relations avec les autres partenaires du maintien à domicile ne pourra se concrétiser que si l'institution dispose d'une organisation et d'un système d'information efficaces. En ce

sens, les investissements que devait consentir NOMAD n'étaient pas "un luxe" dont l'établissement pouvait se passer. Au contraire, le système d'information dont NOMAD doit se doter représente la colonne vertébrale de son organisation car cet établissement ne peut s'appuyer sur ses murs à l'instar des autres institutions de santé.

b) Plan d'action pour le rétablissement de NOMAD

Quant au plan d'action retenu pour remédier aux difficultés rencontrées, il reposait sur une réorganisation de l'institution - et plus spécifiquement de sa direction générale -, sur l'adaptation à la hausse du montant des subventions de manière à desserrer l'étreinte sur le personnel et à assurer les remplacements, sur l'accroissement du volume des prestations de NOMAD et sur l'introduction d'un système d'information performant. D'un point de vue organisationnel, les actions portaient sur la redéfinition de la structure organisationnelle, sur la sélection et l'introduction d'un logiciel de gestion opérationnelle de l'activité et sur l'implantation de mesures d'organisation visant à renforcer la gestion institutionnelle.

Le rétablissement de NOMAD devait se dérouler progressivement en trois étapes. La première étape visait à sortir de la spirale infernale dans laquelle cet établissement se trouvait et à installer les outils prévus. Elle a débuté en 2010 et s'est poursuivie en 2011 et 2012. En 2012, durant la deuxième phase, considérée comme une période de «réadaptation», NOMAD prévoyait une augmentation progressive du volume de prestations et de l'intensité des soins, pour atteindre un bon niveau d'efficacité. Dès 2013, la spirale infernale devait se changer en spirale vertueuse et NOMAD pouvait développer et diversifier les activités de maintien à domicile en fonction des besoins de la population.

La réorganisation de NOMAD est aujourd'hui en bonne voie et, même si la situation est encore fragile et dépendante des moyens financiers octroyés, l'établissement est en bonne passe de retrouver la sérénité et la confiance de ses partenaires. En 2013, NOMAD a pu augmenter l'intensité de ses interventions, en s'approchant des temps de soins reconnus dans le cadre de la convention nationale avec les assureurs, et définis par l'outil d'évaluation des soins utilisé (RAI homecare).

Plan d'action stratégique

En 2013, NOMAD a déposé son plan d'action stratégique, pendant opérationnel de la PMS sur laquelle nous reviendrons plus largement dans le chapitre 5.3 et qui a été acceptée par le Grand Conseil en mai 2012. Ce plan stratégique doit maintenant être calé avec la mise en œuvre concrète de la PMS, dans le cadre d'un projet global et coordonné de mise en œuvre. Les travaux auront lieu en 2014. Pour NOMAD, les orientations retenues seront concrétisées dans le cadre des contrats de prestations signés entre l'établissement et l'Etat. Vu les besoins de coordination avec la PMS, il a été prévu une période de transition (portant sur les années 2014 et 2015) sous le seul régime du contrat annuel de prestations, les 3 exercices suivants devant faire l'objet d'un contrat pluriannuel, pour arriver ensuite à un contrat quadriennal, basés tous les deux sur un plan stratégique dès 2016.

5.2.2. Autres institutions actives dans le maintien à domicile

Outre les services de garde de malades à domicile de la Croix-Rouge suisse, qui fournissent de longue date des soins de base sur délégation, quatre services privés de soins à domicile ont obtenu leur autorisation d'exploiter dans le canton durant la période passée sous revue.

5.2.3. Infirmier-ière-s- indépendant-e-s

Environ cinquante infirmier-ière-s indépendant-e-s sont actif-ve-s dans le canton et pratiquent à charge de l'AOS. Ces professionnels se regroupent parfois, au sein d'une région ou par spécialité, afin de garantir un continuum des soins à leurs clients. Le nombre a crû de manière importante pendant la période passée sous revue, profitant notamment, comme les services privés mentionnés au chapitre précédent, de la forte demande qui caractérise ce secteur ainsi que des difficultés organisationnelles de NOMAD et des restrictions financières imposées à cette institution par l'Etat²³.

5.3. Planification médico-sociale pour les personnes âgées à l'horizon 2022 (PMS)

5.3.1. Rappel du contexte

La PMS a comme objectif principal de diversifier et d'intensifier l'offre de prestations en faveur des personnes âgées du canton atteintes dans leur indépendance et leur santé et de leur permettre de rester le plus longtemps possible à domicile. C'est en effet le vœu le plus cher de la plupart d'entre elles, comme elles ont pu l'exprimer dans le cadre des travaux initiaux réalisés par la Haute Ecole Arc Santé.

Cette PMS accompagnait la création en 2006 de NOMAD, établissement cantonal de droit public, dont la mission couvre tous les aspects liés au maintien à domicile. En effet, en parallèle à la votation de la loi sur NOMAD, le Grand Conseil a accepté deux postulats: l'un est intitulé "Maintien à domicile: un nécessaire état des lieux et des propositions", visant à développer un concept de maintien à domicile, et l'autre "Aide aux aidant-e-s" dont le but est de développer l'aide aux aidants naturels dans le cadre du maintien à domicile.

Le rapport accepté par le Grand Conseil répondait donc à ces deux postulats ainsi qu'à la volonté exprimée précédemment déjà par le Conseil d'Etat de développer le maintien à domicile dans le canton.

5.3.2. Travaux d'étude et de planification réalisés

Pour réaliser les aspects techniques du projet, l'Etat s'est adjoint les compétences et l'expertise de la HE-ARC Santé qui a elle-même collaboré avec la HES-SO Valais. L'objectif principal du mandat confié par l'Etat la première était de définir l'organisation nécessaire, voire optimale, pour la prise en charge à domicile et en institution des personnes âgées du canton. Les besoins de la population cible, estimés en lieux de vie, prestations et services, devaient être confrontés à l'offre en vigueur pour dégager d'éventuels écarts entre les prises en charge actuelle et future.

La démarche choisie s'inspire du modèle "Balance of Care System" (BoC) qui a été développée en Angleterre et adaptée au contexte suisse dans le cadre d'un programme national de recherche (PNR n°32) au sujet de la «vieillesse»²⁴. La méthode consiste tout d'abord à évaluer l'état de santé "bio-psycho-social" des personnes âgées de plus de 65 ans, sur la base de treize profils de dépendance et de trois situations sociales, qui

²³ A noter à ce sujet que les restrictions imposées à NOMAD impliquent souvent une facture qui s'accroît par ailleurs pour l'Etat, les prestations des services privés et des indépendants à charge de l'assurance obligatoire faisant aussi, de par la LAMal, l'objet d'un subventionnement de la part de l'Etat au même titre que les prestations de NOMAD.

²⁴Plusieurs cantons suisses (TI, VD, GE, JU) ont utilisé à des moments et degrés divers cette méthodologie dans leurs processus de planification médico-sociale.

représentent donc trente-neuf situations possibles de besoins en soins (dépendance). Dans ce contexte, une enquête a été lancée par la HE-ARC Santé et à la HES-SO Valais. La finalité de l'enquête était d'établir un modèle global de planification médico-sociale pour les personnes âgées du canton, compte tenu de leur niveau de dépendance et en incluant des scénarios d'analyse d'ici à 2022. En respect de la méthodologie du PNR 32, l'enquête menée comprenait quatre phases distinctes qui sont décrites ci-dessous.

- **Phase 1 :** Analyse de la prévalence des profils et niveaux de dépendance de l'ensemble de la population de 65 ans et plus du canton de Neuchâtel

Cette phase avait pour but de profiler la population neuchâteloise de 65 ans et plus dans les treize profils de dépendance définis par le PNR 32, compte tenu de la situation sociale des personnes (vivant seules avec ou sans aide informelle, ou en ménage).

Deux enquêtes par questionnaire ont été réalisées auprès d'un échantillon représentatif de la population de 65 ans et plus du canton pour récolter les données nécessaires : l'une adressée aux personnes vivant à domicile, l'autre aux personnes vivant en EMS;

- **Phase 2 :** Définition des options de soins, des préférences des professionnels et des préférences des personnes âgées

Trois objectifs se rapportaient à cette deuxième phase :

1. définir des options de soins en rapport avec les profils de dépendance et les situations sociales des personnes en recourant à des experts;
2. identifier les préférences des professionnels à l'aide d'une enquête;
3. identifier les préférences des personnes âgées en s'inspirant de la méthode d'entretiens collectifs.

- **Phase 3 :** Analyse de l'offre actuelle en prestations et services

Le but était prioritairement d'analyser dans quelle mesure les options de soins élaborées par les experts diffèrent de l'offre en prestations et services cantonale actuelle.

Partant des définitions établies par les experts, un relevé chiffré et qualitatif a été réalisé pour pouvoir comparer l'offre en soins actuelle du canton aux options de soins proposées par les experts.

- **Phase 4 :** Définition du modèle global de planification médico-sociale

Cette dernière phase d'enquête visait à intégrer l'ensemble des données récoltées et analysées lors des trois phases précédentes pour évaluer l'offre en prestations et services d'ici à 2022.

5.3.3. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil portant sur la PMS

Le projet de PMS a été approuvé en mai 2012 par le Grand Conseil et les modifications y relatives de la loi de santé sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2013. Il en ressort principalement ce qui suit.

Les études dont fait état le chapitre 5.3.2 ont montré que notre canton comptait 30.500 personnes de plus de 65 ans en 2010 parmi lesquelles 12.400 pouvaient être classées dans l'un des treize profils de dépendance définis par la méthode BoC. Un affinage des données a montré que, sur ces 12.400 personnes âgées, 3100 vivaient seules sans recevoir de l'aide de l'entourage (sans aide informelle), 3100 autres étaient également seules mais pouvaient compter sur un réseau de proches et le solde, soit 6200, vivaient

en ménage. A noter enfin que 2300 personnes âgées ont des problèmes cognitifs. A l'horizon 2022, les études réalisées mettaient en avant le fait que nous devons nous attendre à une augmentation du nombre de personnes de plus de 65 ans d'environ 2000 unités, en raison principalement de l'augmentation de la durée de vie.

Tant les professionnels de santé et que les personnes âgées interrogés ont indiqué qu'il fallait retarder le plus possible l'entrée en EMS et maintenir le plus longtemps possible les personnes à domicile. La construction des modèles de prise en charge des personnes et l'estimation du volume de prestations nécessaires ont été réalisés en respectant cette volonté. La PMS s'est donc attachée à privilégier les lieux de vie considérés comme un domicile (domicile propre, appartements adaptés, sécurisés et protégés) et à développer l'offre des partenaires qui livrent des prestations à domicile.

Au niveau des objectifs à atteindre, le rapport PMS fixe un objectif intermédiaire à l'horizon 2017 et un objectif final en 2022. En termes de chiffres, il ressort de l'analyse et des projections que, d'ici 2022, il faudra créer près de 1000 logements adaptés, sécurisés ou protégés²⁵, diminuer le nombre de lits d'EMS d'environ 400 unités tout en spécialisant un certain nombre des lits restant en psycho-gériatrie. Le nombre de lits d'accueil temporaire devra croître d'environ 60 unités et l'accueil de jour et de nuit de près de 400 places.

Il ressort en outre du rapport qu'il faudra s'attendre dans les prochaines années à une augmentation importante du nombre d'heures de prestations de santé réalisées au domicile des personnes âgées. Selon la PMS, ce sont un peu plus de 187.000 heures de soins spécialisés et plus de 1,7 millions d'heures de soins de base, d'aide et de présence qui sont prévues en plus. Une partie de ces heures sera réalisée, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, par l'entourage des personnes âgées. En plus d'aides en nature, le concept prévoit ainsi la possibilité de rémunérer certaines prestations fournies par l'entourage mais dans des situations exceptionnelles bien particulières et sous un contrôle strict.

La création d'appartements adaptés pour personnes âgées, le développement des prestations à domicile, la diminution et la spécialisation des lits d'EMS doivent être étroitement suivis et pilotés.

A cet égard, le rapport met en avant le fait que la volonté des pouvoirs publics et les instruments de financement ne suffisent pas à eux seuls à mettre en oeuvre la planification et à organiser le réseau. D'autres outils sont donc proposés, dont en particulier des entretiens d'orientation qui ont pour objectifs d'informer et de conseiller les personnes âgées et leurs proches sur les ressources qu'elles peuvent mobiliser dans le réseau, notamment lorsqu'une entrée en EMS est envisagée. D'autre part, le rôle de NOMAD est spécifié comme premier partenaire de l'Etat dans la conduite de la mise en oeuvre de la PMS, en particulier pour son volet lié au développement des prestations de maintien à domicile. Enfin, l'importance du système d'information est soulignée au travers d'une collecte de données et d'un suivi statistique précis dont le but est de s'assurer de la bonne marche du processus au fil des années et de permettre de réorienter au besoin les axes de la planification.

Au niveau des coûts, il ressort du rapport que l'application de la PMS "toutes choses égales par ailleurs" apporterait une diminution des coûts au niveau du secteur médico-

²⁵Le Conseil d'Etat prévoit dans son rapport une implication importante des communes dans la création des appartements pour personnes âgées, considérant que cette question touche principalement des aspects d'urbanisme et d'aménagement du territoire qui sont essentiellement de leur compétence. Il désire donc collaborer étroitement avec les autorités locales pour atteindre les objectifs fixés dans le présent rapport.

social de 18,5 millions de francs dont plus de 50% le serait au bénéfice des personnes âgées, les autres 50% étant partagés à part presque égale entre les assureurs-maladie et l'Etat. Pris sur le moyen terme, ces effets positifs seront consommés par l'accroissement des besoins résultant de l'augmentation du nombre de personnes âgées. A l'horizon 2022, c'est un coût supplémentaire de près de 38 millions de francs qu'il faut attendre selon le rapport PMS.

La plupart des mesures proposées s'inscrivaient dans le contexte légal actuel (LS, LFinEMS, LNomad). Des articles modifiant la LS ont toutefois été proposés afin de combler les lacunes de la législation actuelle et permettre la mise en oeuvre de la planification.

En corollaire au développement des structures et des prestations de maintien à domicile dont il est fait état plus haut, la PMS prévoit de diminuer le nombre de lits d'hébergement de 341 à l'horizon 2022. S'agissant de cet objectif, il y a lieu de relever que dans les lits actuels de nos EMS sont hébergés une centaine de personnes âgées de moins de 65 ans, et que ces personnes, pour la plupart, continueront d'être prises en charge en milieu institutionnel, mais en dehors des lits planifiés pour les personnes âgées. C'est donc une diminution "nette" de 240 lits d'EMS environ qu'il convient de planifier. Il convient également de prendre en considération les prestations et structures intermédiaires, unités d'accueil temporaire et pensions, qui viendront également compenser en partie la diminution des lits d'EMS.

Ce chiffre de lits d'EMS appelés à disparaître peut paraître important, surtout si l'on songe aux difficultés actuelles rencontrées par les personnes âgées en recherche de places dans les EMS, et si l'on pense à l'évolution démographique attendue caractérisée par un vieillissement important de la population. Outre le fait qu'il convient de le relativiser pour les raisons mentionnées plus haut, il y a également lieu de souligner que notre canton part avec un dispositif de maintien à domicile largement insuffisant en termes de lieux de vie adaptés et de prestations disponibles. En comparaison intercantonale, un fort surdimensionnement de la capacité d'accueil en EMS existe. Ainsi, en 2010, notre canton comptait 75 lits d'hébergement pour 1000 personnes âgées de 65 ans et plus. Dans le canton de Vaud, le chiffre était de 55, dans le Jura de 59, à Fribourg de 66 et à Genève de 50. La moyenne suisse se montre à 68.

Considérant les résultats obtenus dans le rapport PMS, les EMS devront aussi évoluer dans leurs missions et leurs infrastructures, l'accueil de résidents souffrant de troubles cognitifs étant appelé à devenir prépondérant, avec les besoins nouveaux qui en résultent.

5.3.4. *Décision du Grand Conseil*

Le rapport sur la PMS et le projet de loi, amendé, ont été adoptés par 109 voix sans opposition au mois de mai 2012.

5.3.5. *Déploiement de la PMS*

Le développement des prestations de maintien à domicile passe prioritairement par l'accroissement de l'offre d'appartements pour personnes âgées, la mise en place des structures intermédiaires et le développement des prestations de Nomad et des autres prestataires à domicile. Il est nécessaire de planifier dans le détail et de coordonner la mise à disposition de ces nouvelles prestations et structures, ainsi que la diminution des lits en EMS. Des travaux préparatoires sont également nécessaires au sujet des entretiens d'orientation et de l'aide aux aidants.

Les premières actions concrètes ont été menées à la fin 2012 et au début 2013 déjà, mais sans s'inscrire dans une démarche de projet global. Ainsi, NOMAD, en collaboration avec le SCSP, a engagé un chef de projet en lien avec le développement des appartements pour personnes âgées, dont la tâche première a été d'établir un inventaire de ceux-ci, des projets en cours ou envisagés. Par ailleurs, un comité de pilotage et un groupe de travail portant sur l'orientation dans le réseau ont été constitués, considérant qu'il s'agissait là d'une priorité. Au début de l'actuelle législature, une démarche projet a été initiée qui s'est concrétisée à l'automne 2013 pour l'ensemble de la PMS. Un chef de projet, au bénéfice d'une solide expérience dans le domaine médico-social, a été mandaté et le SCSP a pu également recruter une collaboratrice scientifique pour assurer le suivi de ce projet. Un comité de pilotage, présidé par le chef du DFS, a été mis en place ainsi qu'un organe de direction du projet appelée "bureau exécutif" placé sous la direction du chef du SCSP. Différents groupes de travail ont été constitués pour répondre aux différents objectifs du projet PMS qui constituaient autant de projets spécifiques. Les mandats de ces différents groupes ont été rédigés et validés. Les travaux dureront toute l'année 2014 et, dans certains domaines, se prolongeront en 2015.

A noter que cette démarche a été initiée jusqu'ici principalement au niveau cantonal et que cela restera le cas s'agissant de la planification des places en EMS, du développement des structures intermédiaires et du déploiement des prestations de NOMAD. Pour d'autres prestations faisant davantage appel à une relation de proximité (prestations d'animation, soutien aux proches-aidants, encouragement ou développement de projets d'appartements adaptés, etc.), l'initiative des communes sera également sollicitée dans le sens des objectifs de la PMS.

5.4. Financement

5.4.1. Financement des soins de longue durée (LAMal)

Le nouveau régime fédéral de financement des soins est entré en vigueur le 1er janvier 2011. Les soins selon la LAMal sont désormais financés par une contribution des assureurs-maladie et, en fonction des dispositions d'application prises dans chaque canton, par les clients et les pouvoirs publics (canton et/ou communes). Les tarifs à charge des assureurs-maladie sont fixés par le Conseil fédéral, de manière identique sur tout le territoire national; ces tarifs sont journaliers, par tranche de 20 minutes, pour les EMS; il s'agit de tarifs horaires par prestation pour les services de soins à domicile et les infirmières indépendantes.

C'est par une réglementation provisoire prise en 2011 puis en 2012, que le canton de Neuchâtel a arrêté les dispositions cantonales d'application de la loi fédérale. Une nouvelle réglementation est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2013, reprenant pour l'essentiel les dispositions provisoires antérieures. Dans notre canton, afin d'encourager le maintien à domicile, aucune participation n'a jusqu'ici été facturée aux bénéficiaires des prestations de soins à domicile. Dans les EMS par contre, la contribution maximale prévue par la loi fédérale est facturée, et prise en compte comme dépense reconnue par les prestations complémentaires à l'AVS. Quant à la part cantonale, elle est fixée de manière différenciée selon le fournisseur de prestation et par groupes d'institutions.

5.4.2. Financement des EMS (LFinEMS)

Le projet de LFinEMS, élaboré en étroite concertation avec les partenaires concernés, a été accepté en date du 28 septembre 2010 par le Grand Conseil. La loi est entrée en vigueur au 1er janvier 2013 et a commencé à déployer ses premiers effets au travers d'une réglementation provisoire et de la conclusion des premiers contrats de prestations pour l'année 2013, puis pour l'année 2014.

La LFinEMS introduit un outil de pilotage plus fin que ceux existant auparavant, soit le contrat de prestations que chaque EMS qui le souhaite peut conclure avec l'Etat, pour autant qu'il s'engage à remplir les conditions prescrites par cette loi. Par ce biais, l'Etat peut préciser les attentes qu'il a vis-à-vis de chaque EMS et adapter le financement étatique à la mission de chacun d'eux. C'est donc un outil important pour le Conseil d'Etat dans la mise en œuvre de la PMS, et c'est un cadre clair pour les EMS qui passent ainsi d'un rôle de sujet à un rôle de partenaire dans la réalisation des objectifs.

Mais la LFinEMS, ce n'est pas que cela. C'est aussi la volonté de fournir à chaque EMS des ressources identiques pour des prestations identiques. Jusqu'en 2012, les coûts et tarifs des EMS du canton connaissaient de grandes variations, ce qui était la conséquence d'un système de financement basé sur la couverture des charges de chacun. Ce système s'est révélé inéquitable en ce sens qu'il a conduit à des différences de tarifs et de prix de pension non représentatives des différences réelles dans la quantité et/ou la qualité des prestations fournies. Un fort manque de transparence existait et les (futurs) résidents ou leurs proches avaient souvent de la peine à s'y retrouver lorsqu'ils effectuaient des démarches de recherche de place en EMS. La LFinEMS a ainsi comme objectif d'apporter de la transparence dans la facturation des prestations et de rémunérer chaque prestation fournie par les EMS à un tarif identique. Il convient de relever que le passage à un financement à la prestation n'est pas propre aux EMS neuchâtelois. Il touche les acteurs de la santé, dans et en dehors du canton. Pour les EMS, ce mode de financement constitue une garantie quant aux ressources à recevoir de l'Etat, mais représente aussi une plus grande responsabilisation dans leur gestion. Pour l'Etat c'est un outil de pilotage financier important.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la LFinEMS, une liste de prestations a été établie sur une base partenariale, que celles-ci soient facturables dans le cadre du prix de pension ou à l'acte. Pour une même prestation, le tarif est identique dans tous les EMS qui ont signé un contrat de prestations avec l'Etat, et pour tous leurs résidents. Ce changement a bien entendu des conséquences, notamment pour les EMS qui connaissent historiquement des coûts de fonctionnement plus élevés que la moyenne et qui doivent tendre vers celle-ci. Ils doivent s'adapter à la nouvelle tarification des prestations et donc revoir leur organisation, parfois de manière importante. La loi a prévu dans ce contexte une période de transition.

Dans le cadre des contrats de prestations, des subventions destinées à couvrir des prestations d'intérêt public, soit des prestations demandées par les pouvoirs publics pour répondre à des besoins collectifs, sont également versées, notamment pour l'accueil d'apprentis, le but étant dans ce cas bien entendu de favoriser la relève du personnel actif dans les EMS, en particulier le personnel soignant.

Dernier aspect important de cette nouvelle loi: les EMS au bénéfice d'un contrat de prestations touchent des subventions appelées "aides individuelles du SCSP" couvrant la différence entre les ressources des résidents et le prix de pension facturable. Ces aides sont calculées par la CCNC, en complément du calcul des prestations complémentaires à l'AVS/AI.

Il est à relever qu'un EMS peut toujours faire le choix de ne pas solliciter ou renouveler un contrat de prestations avec l'Etat. Il est dans ce cas libre de pratiquer la politique tarifaire qu'il entend et ce sont les règles du marché qui s'appliquent. En revanche, il ne peut pas prétendre à des aides financières de l'Etat.

Sur les cinquante-trois EMS que compte le canton, seuls trois n'ont pas conclu de contrats de prestations avec l'Etat en 2013, puis en 2014. A relever que pour éviter que les résidents de ces EMS qui s'y trouvaient avant le 31 mars 2013 et qui bénéficiaient d'aides de l'Etat ne soient amenés à devoir quitter ces EMS faute de pouvoir payer

l'entier du prix de pension, une réglementation particulière a été adoptée par le Grand Conseil. En l'occurrence, les EMS pourront continuer de bénéficier d'aides individuelles pour ces résidents uniquement.

Les différents projets évoqués dans ce rapport (PMS, NOMAD, LFinEMS) sont donc liés intimement entre eux et redessineront la carte sanitaire du canton s'agissant de la réponse aux besoins des personnes âgées. Ils permettront d'appréhender au mieux les défis futurs constitués spécialement par l'évolution démographique attendue. Comme déjà relevé, les missions et les infrastructures des EMS sont appelées à évoluer aussi. Comme les travaux conduisant à la PMS l'ont bien montré, leur clientèle sera de plus en plus constituée de personnes toujours plus âgées, souffrant de troubles cognitifs et de démences. Les contrats de prestations instaurés par la LFinEMS seront dans ce contexte un outil important pour accompagner les changements nécessaires et notamment la spécialisation des EMS en psycho-gériatrie.

Il faut ici relever que les EMS de notre canton sont plutôt de petite taille, (en moyenne 40 lits contre 57 en moyenne suisse; 63 au Jura, 68 à Genève, 65 au Valais, 47 dans le canton de Vaud). Ils sont plutôt anciens puisque, depuis vingt ans, seule une structure entièrement neuve a vu le jour, en l'occurrence la Résidence Le Littoral à Bevaix. Certes, plusieurs EMS ont entrepris des travaux de rénovation importants, voir la construction de nouvelles unités, mais, dans l'ensemble, une bonne partie des EMS du canton devra être rénovée dans les prochaines années, pour des questions d'efficacité d'une part et de réponse aux besoins des résidents d'autre part. Les EMS devront surtout s'adapter pour la prise en charge de résidents présentant des troubles cognitifs, troubles du comportement et de l'orientation.

La LFinEMS prévoit, toujours dans le cadre du contrat de prestations, que les EMS remettent à l'Etat une planification quinquennale des travaux envisagés. L'objectif est d'encourager les EMS à adapter leurs infrastructures et, pour l'Etat, de pouvoir planifier les nouvelles charges financières qui découleront des aménagements ou transformations à effectuer, en corrélation avec les objectifs de la PMS mais aussi en tenant compte des moyens financiers à sa disposition.

5.4.3. *Maintien à domicile*

Le financement de NOMAD est assuré par les contributions des assureurs-maladie, par la facturation des prestations non LAMal aux bénéficiaires et par la subvention du canton, qui inclut la participation aux soins découlant du nouveau régime de financement des soins. Les prestations délivrées par NOMAD sont pour l'essentiel les prestations d'aide et de soins délivrées historiquement dans le canton. Une part de la subvention cantonale est allouée par NOMAD à quelques organisations cantonales, pour des prestations spécifiques. Il s'agit des repas à domicile (Pro Senectute), de soins de base délégués (Croix-Rouge) et d'activités d'animation, de formation et d'occupation (Mouvement des aînés).

En 2013, les aides financières versées directement par l'Etat par le biais du budget "maintien à domicile", qui ne sont pas incluses dans le contrat de prestations conclu par l'Etat avec NOMAD, concernent les infirmier-ière-s indépendant-e-s pour la part cantonale au coût des soins (depuis 2011) et les foyers de jour (dès 2012, auparavant relevant de la LESPA).

6. PRESTATAIRES AMBULATOIRES

6.1. Situation des prestations ambulatoires dans le canton

6.1.1. Absence de procédure formelle d'admission à pratiquer à charge de l'AOS

La LAMal ne connaît pas de procédure formelle d'admission des prestataires ambulatoires reconnues par la LAMal à pratiquer à charge de l'AOS. Concernant l'admission à exercer une profession médicale universitaire, c'est la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd) qui définit les principes et règles qui doivent être respectés. Les cantons appliquent les dispositions de la LPMéd et leurs législations peuvent compléter la réglementation des conditions préalables auxquelles une profession de santé peut être exercée. Est réservée la limitation des admissions à pratiquer à charge de l'AOS (cf. chapitre 6.1.2).

De manière générale, les cantons n'ont pas la compétence de planifier leur secteur ambulatoire. Il n'en demeure pas moins que les cantons doivent veiller à assurer une couverture des besoins en soins ambulatoire. Leur marge d'action est toutefois étroite, comme on le verra plus loin.

6.1.2. Professions médicales universitaires

Modifications profondes du cadre législatif

En avril 2009, la LS, dans sa partie relative aux professions de santé, a été passablement remaniée suite à l'entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2007 de la LPMéd²⁶ qui apportait de nombreux changements au cadre législatif qui régissait l'exercice des professions médicales universitaires. En dehors du fait qu'elle détaille davantage les formations devant être suivies (universitaires, postgrades et continues), elle traite directement de l'exercice des professions médicales universitaires, à titre indépendant, domaine jusqu'alors de la compétence des cantons. Parmi les changements majeurs, on peut relever l'adjonction d'une cinquième profession (chiropraticien) à la liste des professions universitaires médicales visées jusque-là par la LEPM (médecin, pharmacien, vétérinaire, médecin-dentiste), la fixation exhaustive des conditions à remplir pour obtenir une autorisation cantonale d'exercer une de ces professions à titre indépendant, une définition différente de l'exercice à titre indépendant de celle figurant alors dans la LS, une liste exhaustive des devoirs professionnels incombant aux personnes exerçant ces professions et des mesures disciplinaires qui peuvent être prises à leur encontre ainsi que la création d'un registre centralisé au niveau fédéral regroupant les données relatives aux professionnels exerçant à titre indépendant et devant servir notamment à l'information et à la protection des patients et à l'assurance de qualité.

Ces changements ont nécessité une modification en profondeur de la LS, tant sur la forme que sur le fond.

S'agissant de la forme, il s'est agi de déplacer les dispositions concernant les chiropraticiens de la partie sur les autres professions de la santé dans celle regroupant les professions médicales universitaires. Quant au fond, le changement le plus important a concerné la notion d'exercice à titre indépendant. La notion admise dorénavant dans la LPMéd correspond à celle figurant dans la législation sur les assurances sociales. Elle entend par là une activité médicale exercée par un professionnel de la santé sous sa

²⁶La LPMéd remplaçait la loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (LEPM), du 19 décembre 1877 (!).

propre responsabilité technique et à son compte. Or ce n'était pas celle que retenaient les cantons jusque-là. Partant c'est toute la conception des professions de la santé qu'il a fallu revoir. La LPMéd ne s'applique par ailleurs qu'aux personnes exerçant à titre indépendant une profession médicale universitaire. Dans un souci de cohérence et d'égalité de traitement, mais aussi et surtout pour des questions de santé publique, le Conseil d'Etat, suivi en cela par le Grand Conseil, a estimé qu'il se justifiait d'appliquer les dispositions de cette loi également aux personnes exerçant ces professions à titre dépendant et aux autres professionnels de la santé. La LPMéd entend par "activité dépendante" une activité en tant qu'employé, c'est-à-dire en présence d'une hiérarchie.

Le registre fédéral centralisé est destiné prioritairement aux personnes exerçant des professions médicales universitaires à titre indépendant.

Le canton dispose aussi de ses propres données sur les professionnels de la santé exerçant à titre indépendant ou dépendant qui sont réunies dans un registre cantonal, le NeMedReg, dont il a fait l'acquisition récemment et qui permet des passerelles avec le registre fédéral²⁷. Il était donc justifié de prévoir dans la LS une base légale et d'y fixer les buts et le contenu du registre cantonal sur le modèle du registre fédéral centralisé, d'une part, et de décrire les modalités de transfert des informations du canton à la Confédération pour l'établissement du registre fédéral centralisé dans le respect de la loi sur la protection des données, d'autre part. C'est ce qui a été fait.

Pour la surveillance des professions médicales universitaires, la LPMéd introduit des mesures disciplinaires en cas de violation des devoirs professionnels qu'elle fixe. Elle charge les cantons de prévoir une autorité cantonale de surveillance pour remplir cette tâche ainsi que la procédure à mettre en place. Par mesure de simplification et en accord avec le droit fédéral, le médecin cantonal a été désigné dans la LS comme autorité de surveillance pour les professions de la santé à l'exception de celles de pharmacien et de droguiste pour lesquelles c'est le pharmacien cantonal qui assume cette fonction.

Limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'AOS

Le 1^{er} janvier 2001 est entré en vigueur l'art. 55a LAMal. Il a donné au Conseil fédéral la compétence, pour une durée limitée à 3 ans au plus, de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS au sens des art. 36 à 38 LAMal. Cela s'expliquait par l'entrée en vigueur imminente des accords bilatéraux, en particulier de l'accord sur la libre circulation des personnes, conclus par la Suisse avec la Communauté européenne et ses Etats membres. Il fallait stopper l'augmentation des coûts de la santé dans le domaine ambulatoire, due à un nombre croissant de fournisseurs de prestations s'installant en pratique privée. Le Conseil fédéral avait édicté le 3 juillet 2002 une ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS. L'article de loi (55a LAMal) a été prorogé à trois reprises et l'ordonnance d'application a été régulièrement prolongée et adaptée. Les deux textes sont arrivés à échéance le 31

²⁷Le registre cantonal était géré au moyen d'une application développée au début des années 2000. Cet outil n'était pas compatible avec le registre fédéral et son ergonomie, ancienne, ne permettait pas de tirer rapidement des statistiques utiles dans le domaine des prestataires ambulatoires (par exemple: densité médicale par région). Après examen de différentes solutions pour pallier à ces lacunes, le SCSP a décidé d'acquérir une version "cantonalisée" du registre fédéral, version qui existait déjà dans les cantons de Fribourg et du Jura. Cette nouvelle application (NeMedReg) permet de gérer toutes les autorisations de pratiquer des professionnels de la santé. Elle est compatible avec le registre fédéral, ce qui permet de réduire le travail de saisie des professions médicales universitaires dans le MedReg par une "simple" synchronisation des deux applications. En outre, la réalisation par les cantons d'un registre intercantonal de toutes les professions de la santé étant en bonne voie, et comme le produit retenu est issu du même concepteur, la nouvelle application sera totalement compatible avec ce futur registre.

décembre 2011²⁸. Depuis cette date une augmentation inquiétante du nombre de demandes d'inscription au registre des codes-créanciers notamment dans de grands centres comme Genève, Zürich ou Bâle et l'absence de législation spécifique permettant de maîtriser la croissance de l'offre de fournisseurs de prestations ont conduit le Conseil fédéral, avec le soutien du Parlement, à réintroduire de manière urgente et temporaire l'art. 55a LAMal, le temps que des dispositions applicables à long terme soient décidées.

Dans ce contexte, le Conseil d'Etat a adopté un nouvel arrêté rendant effective dans le canton la clause du besoin pour les médecins souhaitant pratiquer à charge de l'AOS, une activité indépendante ou salariée dans un cabinet, une institution de soins ambulatoires ou dans le secteur ambulatoire d'un hôpital. Cette clause, déjà reprise par d'autres cantons, s'applique aux médecins de premier recours et aux spécialistes, à l'exception de ceux qui ont travaillé au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu. Le gouvernement a souhaité ainsi éviter que les restrictions retenues préalablement dans d'autres cantons, notamment Genève et Vaud, conduisent dans notre canton à un afflux non contrôlé de médecins, en particulier de spécialistes pour lesquels le besoin n'est pas avéré.

Démographie médicale

De manière générale, dans le système d'information très éclaté que connaît la Suisse, il est difficile d'avoir une vision très claire de la démographie médicale.

En effet, pour le canton, les institutions et organismes suivants recensaient courant de l'année 2013²⁹:

Sources	Effectifs au cours de l'année 2013	Effectifs au 31.12.2013
Registre fédéral des professions de la santé (MedReg)	654	
FMH	538	
SNM	430	
SCSP		548

Les différences d'effectifs peuvent s'expliquer de plusieurs manières, sachant que ces données représentent une photographie de l'état des effectifs à un moment précis de l'année 2013 en cours.

Concernant le MedReg qui enregistre le plus grand nombre d'individus, ce chiffre contient tous les médecins autorisés à pratiquer sous leur propre responsabilité dans notre canton, qu'ils soient actifs ou en cessation, ce qui explique la différence avec nos propres données tirées du registre cantonal qui ne concernent que les actifs.

Quant à la FMH et à la SNM, il s'avère que tous les médecins ne sont pas membres de la fédération et/ou de la Société. D'où une possible explication sur la différence constatée entre ces deux sources.

²⁸ Le Conseil d'Etat a concrétisé ces dispositions fédérales dans sa réglementation depuis 2002 et jusqu'à fin 2011 mais de manière limitée pour les seuls médecins. Bien que cela ait suscité quelques inquiétudes, la levée de la clause du besoin n'a toutefois pas conduit dans le canton à l'installation d'un grand nombre de médecins dans le canton.

²⁹ Publication interne de la Société neuchâteloise de médecine, 2014

Le DFS, sur préavis du SCSP, délivre de son côté des autorisations de pratique aux médecins, mais aussi à seize autres catégories de professionnels de santé. Les autorisations de pratiquer à titre indépendant sous sa propre responsabilité délivrées aux médecins bénéficiant d'un titre postgrade fédéral de spécialiste ou d'une reconnaissance de ses titres étrangers par la Commission fédérale des professions médicales jusqu'au 31 décembre 2013 représentent un total de 548 médecins exerçant en cabinet privé, en cabinet de groupe ou dans une institution selon le registre cantonal. Parmi ces 548 médecins, septante-six ont une deuxième spécialité qui est, dans la majorité des cas, celle de médecine interne générale. Pour plus de détails sur le nombre de médecins autorisés à pratiquer par spécialités et par district dans le canton, nous vous renvoyons au tableau ci-après.

Spécialités	Neuchâtel	Boudry	Val-de-Ruz	Val-de-Travers	La Chaux-de-Fonds	Le Locle	Total canton
Allergologie et immunologie clinique	3	1			2		6
Anesthésiologie	13	1		1	7		22
Angiologie	2						2
Cardiologie	6				3	1	10
Chirurgie	8			1	11		20
Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique					1		1
Chirurgie maxillo-faciale	1						1
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	9				7		16
Chirurgie pédiatrique	1						1
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	4				3		7
Dermatologie et vénéréologie	9				2	1	12
Endocrinologie-diabétologie	4						4
Gastroentérologie	3				3		6
Gynécologie et obstétrique	16	3			8	3	30
Hématologie	2				1		3
Infectiologie	2						2
Médecine de premier recours (médecine interne, médecine générale, médecin praticien, médecine interne générale, ainsi que les médecins bénéficiant de l'ancien droit)	73	55	10	16	43	14	211
Médecine du travail	2	1					3
Médecine nucléaire	1				2		3
Médecine physique et réadaptation	1		1				2
Néphrologie	4				1		5
Neurologie	5				3		8
Oncologie médicale	1						1
Ophtalmologie	14				10		24
Oto-rhino-laryngologie	6				3		9
Pathologie	1						1
Pédiatrie	12	7	1	1	5	1	27
Pneumologie	2				1		3
Prévention et santé publique	1						1
Psychiatrie et	42	8	1	1	12	2	66

Spécialités	Neuchâtel	Boudry	Val-de-Ruz	Val-de-Travers	La Chaux-de-Fonds	Le Locle	Total canton
psychothérapie							
Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	10				2		12
Radiologie	11	4			5		20
Radio-oncologie/radiothérapie					1		1
Rhumatologie					3		3
Urologie	1	1			3		5
Total général	270	81	13	20	142	22	548

Le total (548) figurant dans le tableau en Annexe au présent rapport est à considérer comme un chiffre absolu. Il ne tient pas compte, par exemple, du pourcentage d'activité d'un praticien et inclut tous les médecins déclarés comme étant actifs dans le canton. Or il est possible que des professionnels qui ont quitté le canton ou pris leur retraite aient omis d'en informer le SCSP. Donc le registre des autorisations n'est pas forcément représentatif de la réelle démographie médicale.

Cela dit, on peut constater que dans le canton de Neuchâtel, l'offre médicale n'est pas homogène. On peut dire qu'en général, on a dans l'ensemble une situation de pléthore en ville de Neuchâtel pour certaines spécialités et une menace de pénurie, notamment pour les généralistes, soit dans des zones urbaines comme La Chaux-de-Fonds, soit dans des zones rurales comme le Val-de-Travers, mais aussi dans certaines parties des districts de Boudry (Béroche) et de Neuchâtel (Entre-deux-Lacs). Dans plusieurs régions, des généralistes ont pris leur retraite récemment, et pour certains n'ont pas été remplacés, reportant leur patientèle sur leurs collègues déjà installés. Dans l'ensemble, on constate une augmentation de l'âge moyen des médecins et une féminisation de la profession, s'accompagnant de taux d'activités plus faibles (plus de 50% des femmes médecins dans le secteur ambulatoire travaillent entre 60 et 80%³⁰).

La question essentielle réside donc avant tout dans la prévision d'une pénurie dans les cinq ans et le souci de la relève médicale. Le paramètre décisif n'est d'ailleurs pas le nombre de médecins, mais la capacité de production de prestations. Hélas, le SCSP, comme les autres services de santé publique, ne dispose ni des données nécessaires (capacité de fournir des prestations de chacun des professionnels concernés), ni de l'expertise pour opérer des projections.

Pour remédier à cette situation, et après avoir échangé avec l'Etat à ce sujet, la SNM a lancé début 2014 une enquête très détaillée auprès de ses membres sur leur activité pour avoir une image aussi précise que possible de celle-ci. Les résultats devraient être disponibles dans le courant de l'année 2014. Une réflexion plus large sur l'exploitation des données en résultant devra néanmoins être menée à terme.

6.1.3. Autres professions de la santé

Cadre législatif

Profitant des modifications de la LS rendues nécessaires par l'entrée en vigueur de la LPMéd, le Gouvernement a proposé que les autres professions de la santé, qui figuraient nommément dans la LS et qui sont soumises à autorisation, soient dorénavant

³⁰ Source Statistique FMH 2012

réglementées directement par le Conseil d'Etat³¹. Cette nouvelle procédure est plus souple et permet de s'adapter plus rapidement aux changements d'exigences et de formation pour ces catégories de professionnels. C'est en profitant de cette nouvelle disposition qu'il a été possible, en 2011, de répondre rapidement à la demande des ostéopathes de soumettre leur profession à autorisation (01.01.2012).

Toute personne qui entend exercer à titre indépendant ou dépendant une activité relevant des autres professions de la santé (comme d'ailleurs des professions médicales universitaires) doit être, sauf exception, au bénéfice d'une autorisation délivrée par le DFS.

Démographie et tarifs

Comme déjà relevé au chapitre 6.1.1, la LAMal ne connaît pas de procédure formelle d'admission des prestataires ambulatoires reconnues par elle à pratiquer à charge de l'AOS. Elle ne confère, contrairement à ce qui est le cas pour les hôpitaux et les EMS, pas de compétence spécifique aux cantons en matière de planification de l'offre (ambulatoire). Il n'en demeure pas moins que l'Etat doit veiller à garantir la couverture des besoins en soins de la population dans ces secteurs. Aujourd'hui, le canton ne connaît pas de situation particulière de pénurie généralisée pour ces autres professions de la santé, si ce n'est peut-être pour les sages-femmes souhaitant exercer à titre indépendant. Par contre, il existe une certaine inégalité de la répartition de l'offre sur le territoire, pour certaines de ces autres professions de la santé.

6.2. Stratégie de lutte contre la pénurie annoncée de médecins de premier recours et d'encouragement de la médecine de premier recours

6.2.1. Stratégie générale au niveau national et champ d'action des cantons

Les autorités sanitaires cantonales sont bien conscientes des menaces réelles d'une pénurie de médecins de premier recours sur territoire, même si elle n'est globalement pas avérée pour le moment, mais aussi et surtout du risque et même de l'existence d'une inégalité de l'offre en soins médicaux sur le territoire comme cela a déjà été relevé au chapitre 6.1.1. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une problématique de portée nationale voire même internationale, dont la résolution dépasse les frontières et les possibilités d'intervention d'un seul canton, comme le démontre un récent rapport du Conseil fédéral à ce sujet³², qui souligne notamment les questions de répartition de compétences entre Confédération, cantons et communes, mais aussi la difficulté pour les collectivités d'intervenir, notamment financièrement, dans un secteur privé de conception essentiellement libérale.

³¹Ces autres professions de la santé sont les audioprothésiste, bandagiste-orthopédiste, diététicien-ne, droguiste diplômé-e, ergothérapeute, hygiéniste dentaire, infirmier-ière, logopédiste-orthophoniste, opticien-ne et optométriste, ostéopathe, pédicure-podologue, physiothérapeute, psychologue-psychothérapeute, sage-femme, technicien-dentiste. A relever que seule une partie de ceux-ci sont admis à pratiquer à charge de l'AOS par la LAMal, en l'occurrence: diététicien-ne, ergothérapeute, infirmier-ière, logopédiste-orthophoniste, physiothérapeute, psychologue-psychothérapeute, sage-femme.

³²"Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours" (<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/14201/index.html?lang=fr>), publié en 2011 en réponse à une motion 08.3608 déposée par la conseillère nationale Jacqueline Fehr. Sur la base des données disponibles, estime à 1'200 – 1'300 le nombre de médecins qu'il faudrait former annuellement pour pouvoir remplacer le volume de travail actuellement fourni par des médecins ayant étudié en Suisse, soit une augmentation d'environ 40% par rapport aux 700 à 800 diplômés délivrés actuellement chaque année dans notre pays.

Il n'en demeure pas moins que les différents acteurs ne sont pas restés passifs face à ce problème de relève médicale et de pénurie annoncée de médecins de famille. De nombreuses mesures ont déjà été prises aussi bien sur le plan de la Confédération, que conjointement entre la Confédération et les cantons, par les cantons eux-mêmes collectivement (à l'échelon régional) ou individuellement, et par certaines communes et d'autres acteurs comme des associations nationales.

6.2.2. Mesures prises à l'échelon romand et latin: Coursus romand de médecine générale (CRMG) et formation post-graduée des médecins-assistants de premier recours en cabinet de praticiens en Suisse latine

Dans le cadre de la CLASS, le canton de Neuchâtel participe et contribue financièrement à différents projets visant à promouvoir la médecine de famille comme le CRMG ou le projet de formation post-graduée des médecins assistants de premier recours en cabinet de praticiens en Suisse latine. De manière générale, ces projets visent à augmenter le nombre de médecins optant pour une spécialisation en médecine générale/médecine de premier recours dans toute la Suisse romande et latine pour assurer la relève, à favoriser la décentralisation de la formation en médecine générale dans toute la Romandie, à susciter une meilleure répartition des médecins généralistes sur le territoire et à augmenter la qualité pédagogique et l'attrait de la formation en médecine générale/médecine de premier recours.

6.2.3. Mesures prises par le canton de Neuchâtel

Projet-pilote de plateforme de santé du Val-de-Travers et généralisation de ce modèle

Le canton a initié début 2009 un projet-pilote de plateforme régionale de santé, sur cinq ans, pour attirer de nouveaux médecins de famille dans le Val-de-Travers et lutter contre la pénurie annoncée de ces derniers dans cette région. Il s'agit d'une démarche conjointe avec la Commune de Val-de-Travers, l'HNE, l'ANMO (aujourd'hui MFNe) et un médecin qui était déjà installé dans la région.

Ce projet visait à contribuer à la pérennisation de l'offre médicale de premier recours au Val-de-Travers, où une part importante des médecins installés devait atteindre l'âge de la retraite dans les cinq à dix ans à venir et où il devenait très difficile de trouver des repreneurs aux cabinets médicaux existants.

Cette plateforme de santé offre la possibilité aux médecins qui la composent de disposer d'infrastructures communes, de mieux se répartir les gardes et de travailler à temps partiel, répondant ainsi aux besoins et aux attentes de la nouvelle génération de médecins. En outre, elle présente l'avantage pour les médecins de pouvoir s'appuyer sur une infrastructure technique existant au sein de HNE (radiologie et laboratoire notamment), à proximité immédiate.

Un bilan intermédiaire effectué courant 2012 par le SCSP a montré que ce projet-pilote a en grande partie atteint ses objectifs. En effet, les résultats obtenus consistent en l'installation de deux nouveaux médecins au Vallon au sein de la plateforme de santé, ainsi qu'en la formation de trois médecins-assistants (dont deux se sont par la suite installés sur le Littoral neuchâtelois) et d'étudiants en médecine.

Cursus neuchâtelois de médecine générale (CNMG)

Le Conseil d'Etat a par ailleurs lancé début 2012 par son département de la santé, en collaboration avec l'HNE et MFNe, un projet de formation intégrée en médecine générale sur le modèle du CRMG, appelé "Cursus neuchâtelois de médecine générale" (CNMG).

L'objectif du projet est d'inciter de jeunes médecins qui se destinent à la médecine de premier recours à venir se former dans le canton et à s'y installer à l'issue de leur formation.

Le Conseil d'Etat a réservé des montants à cette fin dans les budgets dès 2012, notamment pour financer un poste à temps très partiel de médecin coordinateur rattaché à l'HNE, ainsi que le 80% des salaires des médecins-assistants en formation dans des cabinets médicaux pendant leur cursus de formation postgrade à l'hôpital. Ce programme a débuté en 2012, par l'engagement d'un médecin coordinateur au sein de l'HNE à 20% dont la tâche première a été de rechercher des médecins généralistes prêts à accueillir des médecins-assistants en formation et formés pour ce faire, puis des médecins-assistants eux-mêmes prêts à intégrer le CNMG. Les postes de formation proposés par le CNMG se destinent principalement aux médecins qui prévoient de s'installer dans le canton dès la quatrième année de leur formation post-graduée.

Les premiers résultats sont très réjouissants. Ainsi, en 2012, deux médecins-assistants ont été formés en cabinet dans le cadre du CNMG, dont l'un s'est installé par la suite en France pour des raisons personnelles, l'autre projetant une installation en ville de la Chaux-de-Fonds en 2013. En 2013, cinq médecins-assistants ont été formés en cabinet dans le cadre du CNMG. Un s'est installé en décembre 2013 à Dombresson, un en janvier 2014 à Serrières, un devait s'installer à Cressier et un autre à la Chaux-de-Fonds en mai 2014 et un dernier en octobre 2014 à St-Aubin.

Sensibilisation des communes

A l'occasion de contacts avec les communes, le département en charge de la santé a eu l'occasion de les sensibiliser à la problématique de la pénurie annoncée de médecins de premier recours notamment et à l'importance de prendre des mesures d'encouragement. Il les a notamment invité à participer à un Congrès à ce sujet au mois de septembre 2013 intitulé "Politique de santé communale – un service public pareil pour tout le monde" organisé par l'Association Suisse des Communes, en collaboration avec l'OFSP et la CDS. Cela dit, indépendamment des démarches ponctuelles de sensibilisation auxquelles les autorités sanitaires cantonales ont procédé, le Conseil d'Etat se réjouit de relever que plusieurs communes ont pris conscience du problème potentiel de pénurie médicale et pris des mesures pour y remédier à long terme, notamment en favorisant la création de cabinets de groupe. Le Conseil d'Etat vient par ailleurs d'adopter un arrêté soutenant l'initiative des communes dans cette direction et des réflexions sont en cours concernant la collaboration entre de tels cabinets de groupe et HNE.

Réorganisation des soins préhospitaliers

Enfin, le Conseil d'Etat tient à mettre en avant l'importance du projet de réorganisation des soins préhospitaliers, dont une des premières mesures consiste à transférer progressivement d'ici début 2015, la gestion des appels 144 et de la hotline pédiatrique, mais aussi et surtout (en premier lieu) de la médecine de garde à une centrale professionnelle de tri des appels sanitaires urgents (cf. chapitre 7). Cette mesure, couplée à une réorganisation des cercles de garde par la SNM qui devrait intervenir prochainement, devrait occasionner une moindre sollicitation de certains acteurs de la santé du canton et, en particulier des médecins de premier recours, et améliorer considérablement l'attractivité du canton pour l'installation de nouveaux médecins. ,

7. SOINS PREHOSPITALIERS

7.1. Organisation des soins préhospitaliers dans le canton

7.1.1. Rôle de l'Etat et état de situation

Le Conseil d'Etat a pour mission d'assurer la sécurité sanitaire de la population dans toutes les régions du canton. L'accès aux soins préhospitaliers ou d'urgence, aux services de garde et à une information et à des conseils en matière sanitaire est essentiel à cet égard, puisqu'il constitue la première ligne du système de santé cantonal. Ces services doivent allier, pour le patient-assuré-contribuable, la qualité au meilleur coût.

Or, le constat a été fait au début de la période passée sous revue que le dispositif neuchâtelois d'appels sanitaires ne satisfaisait pas à ces exigences. Eclaté entre plusieurs services cantonaux et communaux, une centrale d'alarme et trois centrales d'engagement, il est complexe et peu efficace pour une population d'un peu plus de 170.000 habitants. Il n'est en outre plus adapté aux exigences en matière médicale. Les opérateurs de la Centrale 144 de la Police neuchâteloise (CET), en l'occurrence des policiers, ne disposent en particulier pas de la formation médicale requise pour assurer le tri et l'orientation des appels sanitaires urgents qui sont adressés au 144. Enfin, ce dispositif pose des problèmes relevés par la Commission cantonale d'éthique qui a considéré la réception de ces appels par des policiers peu compatible avec cette fonction.

Par ailleurs, en l'absence d'un filtre professionnel adapté au niveau du 144, les deux autres systèmes d'appels sanitaires urgents existants dans le canton – médecine de garde et hotline pédiatrique de l'HNE – sont confrontés à des problèmes de saturation, de même que les services d'urgence de cet établissement. Les médecins de garde rencontrent en effet de plus en plus de difficultés à répondre aux demandes des patients en regard du volume d'appels enregistrés et de la pénurie de praticiens généralistes rencontrée dans certains districts du canton. De son côté, la hotline pédiatrique mise sur pied par HNE en 2008 a reçu plus de 18.000 appels en 2010. A fin 2011, elle en a recueilli plus de 20.000, soit cinquante-sept par jour, rendant l'offre de cette prestation très problématique pour HNE.

Enfin, il a été constaté que les compétences du canton dans ce secteur dans la LS étaient peu claires, ce qui ne lui permettait pas de piloter l'organisation du système préhospitalier, alors qu'il existe un sérieux besoin à le faire.

7.1.2. Décision de principe du Conseil d'Etat

Face à ce constat, à fin 2011, le Conseil d'Etat a pris la décision de principe de centraliser la réception des appels sanitaires urgents que sont le 144, la médecine de garde et la hotline pédiatrique, au sein d'une seule entité disposant de toutes les compétences professionnelles requises pour l'assurer. Après avoir procédé à un "appel d'offres", il a retenu celle proposée par la FUS-VD, seule structure capable d'offrir rapidement ces trois prestations de manière efficace, et a un rapport au Grand Conseil.

Le Grand Conseil a ainsi pu adopter début 2013 un rapport à l'appui d'un projet de modification de la loi de santé (LS), du 6 février 1995, portant sur l'organisation des soins préhospitaliers et la mise sur pied d'une nouvelle centrale d'appels sanitaires urgents 144.

7.1.3. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de modification de la loi de santé (LS) du 6 février 1995, portant sur l'organisation des soins préhospitaliers et la mise sur pied d'une nouvelle centrale d'appels sanitaires urgents 144

Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil prévoyait une clarification dans la LS des compétences de l'Etat, en l'occurrence du Conseil d'Etat, en matière d'organisation des soins préhospitaliers (comprenant appels d'urgence, aide d'urgence, premiers secours, transport, hôpital). En l'occurrence, les compétences suivantes lui ont été attribuées:

1. exercer la haute surveillance sur l'organisation et la coordination de la prise en charge des soins préhospitaliers dans le canton et
2. organiser et assurer l'exploitation et le financement d'une centrale d'alarme et d'engagement 144, ainsi que déléguer son exploitation à un tiers en vertu d'un contrat de droit public ou privé.

Face au constat évoqué plus haut et considérant les compétences qu'il entendait proposer au Grand Conseil de lui attribuer, le Conseil d'Etat a proposé d'emblée de confier et de centraliser non seulement le 144, mais aussi tous les numéros d'appel des soins préhospitaliers à la FUS-VD, à Lausanne, unique structure capable selon lui d'offrir rapidement, au meilleur coût et selon des standards de qualité très élevés les trois prestations déjà citées.

Il s'agissait par ce rapport de réorganiser complètement le secteur des soins préhospitaliers pour améliorer la qualité du traitement des appels sanitaires urgents 144, mais aussi l'accès aux services de garde et de répondre par une solution performante à la surcharge de la hotline pédiatrique opérée par l'HNE. Selon la solution prônée, des régulateurs formés spécifiquement et supervisés régulièrement par un médecin seront désormais en charge des appels. L'ensemble des intervenants de la chaîne de secours cantonale, soit les SIS des Montagnes et du Littoral, les ambulances du Val-de-Travers, les Ambulances Roland et les SMUR, continueront toutefois à être engagés pour les premiers secours et les transports urgents.

Avec la réorganisation proposée, plusieurs améliorations sont attendues en cascade: un meilleur tri pour les services de garde permettant de mieux répondre aux appels et de soulager les médecins, un allègement des urgences à l'hôpital estimé à 30%, la reprise de la hotline pédiatrique avec une amélioration des prestations.

7.1.4. Décisions du Grand Conseil

Le projet de rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil a fait l'objet d'un examen par une commission préalable ad hoc "Centrale 144". Celle-ci a proposé deux amendements, sous la forme de compléments au projet de modification de la LS du Conseil d'Etat³³:

1. en cas de délégation de la gestion de la centrale 144 à un tiers, limitation par le Conseil d'Etat de la durée initiale du contrat conclu à cet effet à trois ans, et
2. obligation faite au Conseil d'Etat, dans un délai d'un an dès l'entrée en vigueur de la modification de loi de produire un rapport rendant compte, notamment, de la faisabilité et de l'opportunité de confier à un organisme du canton la gestion d'une centrale sanitaire d'alarme commune aux domaines sanitaire et du feu.

³³Concrètement, ces amendements avaient pour objectif d'éviter que si le Conseil d'Etat, comme il le prévoyait dans son projet de rapport, devait envisager le transfert de la centrale 144 à la FUS-VD, cela soit définitif et de l'obliger à examiner à bref délai la faisabilité et l'opportunité de confier à moyen terme la gestion de la Centrale 144 en même temps que la centrale feu, au SIS Neuchâtel, plutôt que le seul 144 à la FUS-VD.

A relever que cette commission a adopté, en parallèle au projet de loi amendé, un postulat intitulé "pour plus d'équité dans le financement du préhospitalier" (13.130, ad. 13.009), qui demandait au Conseil d'Etat d'analyser avec ses partenaires communaux les voies et moyens permettant d'harmoniser les coûts par habitant entre les régions du canton, sans augmentation de coût global du préhospitalier et d'appliquer un système forfaitaire dans la prise en charge des patients, sans rapport avec la durée et la distance de l'intervention. Ce postulat, qui met en évidence à juste titre d'importantes inégalités de traitement dans l'organisation actuelle des prises en charge par les ambulances, sera traité au cours de cette législature.

Le Grand Conseil a adopté la loi portant modification de la LS relatif aux soins préhospitaliers et la centrale d'appels sanitaires urgents 144, avec les amendements proposés par la commission, le 10 avril 2013, à une très grande majorité de ses membres. Il en a fait de même du postulat.

7.1.5. Votation populaire

Un référendum a été lancé par les associations de personnel des SIS du canton contre la loi adoptée par le Grand Conseil dès son acceptation, référendum qui a abouti début août 2013. Il s'agissait, par ce biais, d'empêcher le transfert de la centrale d'appels sanitaires urgents 144 assumée actuellement par la Police cantonale à la FUS-VD, même pour une durée initiale limitée à trois ans comme prévu dans la modification légale adoptée par le Grand Conseil.

A fin novembre 2013, le peuple neuchâtelois a accepté la modification à près de 57% des votants. La loi adoptée par le Grand Conseil est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

7.1.6. Déploiement

Avec l'aval apporté à la modification de la LS concernant la réorganisation des soins préhospitaliers donnant compétences au Conseil d'Etat d'organiser et de financer une centrale sanitaire d'alarme et d'engagement, une intense activité de planification, puis d'organisation est nécessaire, plus particulièrement pour régler les modalités de collaboration avec la centrale 144 de la FUS-Vaud. La réorganisation prévue des gardes cantonales dans le secteur de la médecine de premier recours, de la psychiatrie, de la pédiatrie, des pharmacies et des dentistes, en collaboration avec les associations professionnelles concernées, implique également des travaux importants. En parallèle est menée une réflexion sur l'organisation des secours sanitaires urgents dans le canton qui doit déboucher sur un plan s'y rapportant.

7.2. Mesures sanitaires d'urgence: acquisition d'un véhicule de soutien sanitaire (VSS)

En 2010, le Conseil d'Etat a acheté un VSS afin de doter le canton d'un poste médical avancé en cas d'événements majeurs³⁴. Le VSS a été livré courant juillet 2012 par son

³⁴Il s'agit d'un camion de quinze tonnes sur lequel est posé une superstructure en aluminium totalement modulable et par conséquent évolutive. Il est intégralement autonome. Il lui est, par exemple, possible de chauffer une tente de 70m² et de mettre sous oxygène quarante patients simultanément. Son utilisation est souple: il peut être déployé aussi bien lors d'un accident de route que d'un incendie.

constructeur au SIS des Montagnes neuchâteloises qui s'est vu confier la gestion du VSS par mandat de l'Etat sur proposition de la FNSUS.

Du point de vue du domaine préhospitalier, la mise en service d'un VSS dans le canton de Neuchâtel permet au personnel sanitaire mobilisé lors d'événements majeurs, notamment de situations de catastrophe, d'avoir accès rapidement, et en bloc, au matériel nécessaire pour stabiliser des blessés graves, temporiser le transfert de blessés stationnaires vers un hôpital, soigner et débriefer des blessés légers qui se rendront par leurs propres moyens dans l'hôpital indiqué pour un contrôle.

Lors de l'achat en 2010 du VSS, il était prévu de réutiliser l'entier du matériel acheté à l'occasion de l'Expo.02. Or, il s'est avéré, suite à un inventaire rigoureux du matériel nécessaire à l'équipement du VSS neuchâtelois, qu'une grande partie de celui-ci était devenu obsolète ou ne s'intégrait pas dans le système de stockage du véhicule. C'est pourquoi, le Conseil d'Etat a adressé au printemps 2012 un rapport au Grand Conseil à l'appui d'un projet de décret portant octroi d'un crédit complémentaire pour l'équipement du VSS. Le 4 septembre 2012, le Grand Conseil accordait le crédit susmentionné.

Le VSS a été entièrement équipé à l'été 2013 et le personnel appelé à intervenir avec celui-ci a été formé au déploiement et à l'utilisation du véhicule et de son matériel sur la base des modules romands déjà existants. Il est aujourd'hui opérationnel.

Les VSS de Suisse romande sont regroupés sous l'égide du Groupe romand d'Intervention Médicale en cas de catastrophe (GRIMCA) qui permet une alarme précoce des moyens de renforts sanitaire à l'échelon romand.

8. PROMOTION DE LA SANTE ET PREVENTION DES MALADIES

8.1. Politique de prévention et de promotion de la santé

Comme déjà relevé dans l'introduction du présent rapport, la politique sanitaire du canton de Neuchâtel ne saurait se limiter au système de soins, mais comprend également la prévention des maladies et la promotion de la santé³⁵(PPS).

En effet, une part importante des problèmes de santé que rencontre la population concerne des maladies liées au mode de vie ou à l'environnement (physique, social, économique, etc.). Or, ces maladies sont en bonne partie évitables par l'encouragement de mesures propres à sauvegarder et, si possible, à améliorer la santé des individus en particulier et de la population en général (promotion de la santé). A tout le moins, leurs conséquences peuvent être limitées par des mesures propres à prévenir l'état de maladie, en particulier par une détection et une prise en charge précoce (prévention des maladies). La prévention des maladies et la promotion (PPS) de la santé sont donc des stratégies essentielles dans une politique de santé. Elles visent à limiter le fardeau de la maladie, tant au niveau économique que personnel ou social.

³⁵La prévention est, selon l'OMS, l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et des traumatismes. Elle est orientée sur des problèmes de santé spécifiques (par exemple: cancer du sein). La promotion de la santé va plus loin. Il s'agit un processus global qui permet aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer. La promotion de la santé ne relève pas du seul secteur sanitaire, mais concerne tous les secteurs de la société (notamment l'enseignement, l'emploi et l'environnement).

8.1.1 Bases légales cantonales

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

La politique neuchâteloise de prévention et de promotion de la santé est traitée dans le chapitre 4 de la LS dont les dispositions assurent en matière de PPS les mesures nécessaires qui ne découlent pas de l'application d'autres dispositions fédérales ou cantonales, dans un cadre d'intervention qui y est bien défini. C'est la tâche du Conseil d'Etat de définir et de mettre en œuvre la politique cantonale de PPS. Il en exerce la haute surveillance. A cet effet, il consulte la commission de prévention, collabore avec les communes, recourt aux services des organismes existants, soutient les initiatives publiques ou privées dont il reconnaît le bien-fondé et coordonne les actions de PPS. L'Etat participe aussi au financement des actions de PPS.

Le médecin cantonal est, selon l'art. 10 LS, responsable, pour le canton, des activités de prévention et de promotion de la santé. La déléguée à la promotion de la santé, employée au SCSP, s'en occupe toutefois plus spécifiquement et coordonne l'ensemble des activités liées au niveau stratégique et est la répondante des chargé-e-s de programmes ou organismes qui la mettent en œuvre sur le plan opérationnel.

Une des tâches essentielles du département en charge de la santé en matière de prévention et de promotion de la santé est d'assurer la coordination des actions menées dans ces domaines en vue de garantir une utilisation efficiente des ressources. Pour l'assister dans cette tâche, il peut compter sur l'aide de différentes commissions³⁶.

8.1.2 Plan directeur de prévention et promotion de la santé

Dans ses programmes de législature, et notamment celui de 2010-2013, le Conseil d'Etat a prévu de développer le dispositif permettant de conduire les actions PPS et de les coordonner. Il se base à cet effet notamment sur le Plan directeur de prévention et de promotion de la santé adopté en avril 2009. Un point important d'une politique de PPS consiste en effet dans la conception d'une stratégie explicite, mentionnant les priorités d'action et facilitant la coordination en la matière.

Le Plan directeur de PPS de 2009 propose trois objectifs généraux, à savoir:

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

Il retient aussi les huit champs d'action prioritaires suivants:

1. maintenir les acquis;
2. favoriser la coordination et la responsabilité multisectorielle pour la santé;

³⁶Commission cantonale de prévention et de promotion de la santé, commission cantonale de psychiatrie, commission cantonale addictions et commission cantonale de médecine scolaire.

3. adopter des modes de vie plus sains;
4. améliorer la santé mentale;
5. réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme;
6. faire reculer les maladies transmissibles;
7. faire reculer les maladies non transmissibles, et
8. diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents.

La concrétisation de ces différents champs d'action passe par un certain nombre de programmes d'action spécifiques, dont l'élaboration est intervenue pendant la période couverte par le présent rapport et dont il est brièvement fait état ci-après.

Programme Alimentation & Activité physique (A&A)

La thématique de l'alimentation et de l'activité physique représente l'une des priorités du Plan directeur de PPS de 2009, qui reconnaît que les modes de vie, et notamment les habitudes alimentaires et le mouvement, influent sur la santé.

Le programme A&A a déjà été mis en place en 2006 dans le canton, dans le but de favoriser des comportements positifs en matière de santé, en insistant sur le domaine de l'alimentation et du mouvement. Il a pour public-cible les enfants de 0 à 11 ans, en travaillant notamment avec les professionnels qui les entourent (multiplicateurs) et les parents. Dans sa seconde phase, depuis 2012, il insiste sur l'importance de la période de la petite enfance et de la scolarité obligatoire en matière de promotion de la santé, et cherche à améliorer l'égalité des chances.

Il agit de manière transversale: à la fois auprès des enfants, public-cible du programme, mais également auprès des multiplicateurs, par la création ou l'offre de formations destinées aux professionnels. Depuis 2009, différents modules se sont développés et ont rencontré de grands succès³⁷.

Le programme A&A vise également la promotion de recommandations auprès des acteurs du canton, la sensibilisation des politiques et le développement de la collaboration entre les différents multiplicateurs. Le programme réalise également des activités de réseau, permettant aux acteurs de la promotion de la santé de se rencontrer et de partager une vision commune de cette dernière. Un colloque annuel, une newsletter et des petits déjeuners de promotion de la santé sont ainsi organisés.

Plan d'action en dix objectifs pour la santé mentale

La santé mentale est actuellement considérée comme tout aussi importante que la santé physique pour le bien-être des individus, des sociétés et des pays (OMS, 2001). Les troubles psychiques sont en effet très répandus. Pas loin d'une personne sur deux est

³⁷On pense notamment à "Youp'la Bouge" et à "Fourchette verte", deux projets intercantonaux, et "A pied c'est mieux", un projet neuchâtelois interdépartemental (santé et éducation). D'autres projets, comme les "Petits gourmets à table", "Tina et Toni Plus", ou encore le cours "Bien manger à petits prix pour les populations vulnérables", sont censés compléter cette offre. Le programme s'investit également dans la formation des multiplicateurs, avec la création d'une formation romande pour les sages-femmes, l'intégration de la thématique A&A dans la formation des parents d'accueil de jour ou encore la proposition de la formation PAPRICA aux médecins et professionnels de la santé dans le domaine de la petite enfance.

touchée, au cours de sa vie, par une maladie psychique³⁸. Les limitations et la souffrance qu'entraîne ce type de maladies pour les personnes concernées, leur impact négatif sur la cohésion sociale et leurs conséquences sur l'économie des sociétés, ont poussé les autorités politiques de nombreux pays à réagir. Ainsi, des recommandations et des programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques ont été élaborés au niveau international, national et par la majorité des cantons suisses. Ces initiatives sont importantes, car il a été démontré que ces activités ont des retombées positives dans les domaines sanitaire, social et économique (OMS, 2005).

À Neuchâtel, les données disponibles semblent montrer que la santé mentale de la population est moins bonne que celle des habitants d'autres cantons. Ceci s'exprime notamment par un faible sentiment de maîtrise de la vie, plus de symptômes graves de dépression, ou un taux de rentes AI pour causes psychiques très élevé (Obsan, 2006). Dans ce contexte, en 2009, le Conseil d'Etat a défini la santé mentale comme l'une des priorités de son Plan directeur de PPS. Ceci a permis de lancer des travaux dans ce domaine, en particulier l'élaboration d'un Plan d'action pour la santé mentale que le Conseil d'Etat a adopté au printemps 2013. Ce document a été rédigé sur la base d'un processus participatif qui a réuni une quarantaine de représentants de services, institutions et associations du canton, impliqués dans le domaine de la santé mentale au sens large. Il propose dix objectifs ambitieux résumés ci-dessous, qui couvrent à la fois les domaines de la promotion, de la protection et du rétablissement de la santé mentale.

Engagement et rôle de l'Etat

1. le Conseil d'Etat et l'administration cantonale s'engagent pour promouvoir, protéger et rétablir la santé mentale de la population neuchâteloise;
2. le pilotage cantonal du plan d'action pour la santé mentale est mis en place, avec l'appui d'une Commission de psychiatrie et santé mentale et la collaboration de tous les services de l'Etat concernés.

Domaines d'intervention et actions prioritaires

3. renforcement de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles psychiques dans les activités et programmes cantonaux existants, développement de nouvelles activités là où il y a des lacunes;
4. repérage des risques, des troubles psychiques et intervention précoce;
5. accès aux traitements et qualité des traitements;
6. maintien de l'insertion sociale et réinsertion;
7. sensibilisation, formation et soutien aux professionnels;
8. soutien aux groupes d'entraide;
9. information et sensibilisation de la population;
10. surveillance et évaluation.

Il est important de souligner que le plan d'action n'est pas un document de planification des activités, mais constitue un cadre de référence proposant des objectifs communs vers lesquels tendre sur le long terme. Par ailleurs, les activités déployées sur le terrain par les institutions, services et associations du canton participent déjà à répondre à ces objectifs. Ainsi, le socle des activités du programme cantonal de santé mentale consiste en une mission de coordination qui implique d'identifier, de mettre en valeur les activités, mais aussi de favoriser la coopération et la collaboration multisectorielle. Finalement, il s'agit également d'initier le dialogue, de sensibiliser les acteurs et la population aux enjeux de santé mentale³⁹.

³⁸En Suisse, le Rapport de Monitoring de l'Obsan sur la santé psychique (2012), indique que 4% de la population déclare souffrir de problèmes psychiques importants et 13% de problèmes psychiques moyens.

³⁹Outre l'importance des activités de coordination, il est aussi nécessaire de traduire les objectifs très larges en objectifs spécifiques et en mesures et de travailler pas à pas à leur réalisation. En ce sens, chacun des dix objectifs du plan d'action a été traduit en mesures et indicateurs, dont l'atteinte est évaluable. Afin de ne pas se perdre devant l'ampleur de la tâche il fallait également

Actuellement, le plan se déploie autour de plusieurs projets. Le premier, pilote, consiste à mettre en place des activités de prévention du suicide, sujet dont il n'a pas encore été question jusqu'ici, mais qui est un important problème de santé publique⁴⁰. Il consiste à proposer aux professionnels de première ligne, des formations aux aspects de détection et d'intervention précoces face aux situations de crise suicidaire. Le but visé est de permettre une intervention le plus en amont possible de la situation. Pour cette raison, il a été décidé de ne pas faire référence uniquement au suicide, mais de manière plus large aux crises de vie.

Prévention des addictions

Durant cette période, la thématique des addictions a également connu de nombreuses évolutions. Une journée cantonale sur l'alcool a été organisée afin de poser les premières bases pour la mise en place d'une stratégie de prévention et de lutte coordonnée à l'échelle du canton. Le groupe de travail de répartition de la dîme de l'alcool a été repris par le SCSP, qui reprendra la coordination de la Commission cantonale Addictions à partir de 2014. Cela devrait permettre une plus grande cohérence dans la politique de prévention et de lutte contre les addictions. Une des évolutions majeures a aussi été la mise en place de la loi cantonale sur la protection contre la fumée passive, entrée en vigueur le 1er avril 2009. Des travaux ont également été entrepris afin de rédiger un programme cantonal de prévention du tabagisme répondant au cadre de référence du Fonds national de prévention du tabagisme et pouvant, à terme, prétendre à un soutien financier de celui-ci.

8.2 Réorientation des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé

Un des principes de la charte d'Ottawa de 1996 de l'OMS porte sur la réorientation des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé. Par-delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans ce sens. Outre les programmes spécifiques évoqués plus haut, ce principe est notamment en train d'être mis en œuvre dans le canton dans les domaines de la médecine scolaire et de la médecine pénitentiaire.

8.2.1 Réorganisation de la médecine scolaire

L'organisation de la médecine scolaire est une question qui retient l'attention depuis plusieurs années dans notre canton. Une motion Schaffter demandait en 1995 déjà plus d'égalité dans les prestations de médecine scolaire au niveau cantonal, ainsi que la prise en compte globale de la santé dans ce cadre. Elle a été suivie en 2009 d'un postulat des groupes PopVertsSol et socialiste "Pour une égalité des chances en matière de prévention et de promotion de la santé dans le cadre scolaire" qui priait le Conseil d'Etat d'étudier les moyens d'offrir plus d'équité à l'ensemble des écolières et écoliers du canton en matière de prévention et de promotion de la santé à l'école.

établir des priorités. Une fois ces différents éléments posés, des projets concrets ont pu être planifiés avec pour priorité de s'inscrire dans un domaine où des lacunes sont constatées, de participer à répondre à plusieurs objectifs du plan d'action et d'être cohérent avec la priorité de favoriser la collaboration et la coopération des acteurs.

⁴⁰En Suisse, il est la quatrième cause de mortalité précoce, après le cancer, les maladies cardiovasculaires et les accidents. Chez les 15 à 44 ans, il est la seconde cause de décès. En 2009, le taux de suicides enregistré à Neuchâtel était le troisième plus élevé de Suisse.

En effet, les écoles sont confrontées à des problèmes nouveaux susceptibles d'influencer grandement le climat scolaire et les problématiques psycho-sociales l'emportent désormais sur les cas somatiques.

Face à ce constat, une importante réflexion liée à la Politique de santé et d'appui à la jeunesse (PSAJ) a eu lieu au début des années 2000, qui n'a cependant pas abouti. Une politique des petits pas à dès lors été privilégiée. Cette dernière s'est caractérisée, pour la période 2009-2013, par une révision partielle des directives de médecine scolaire (2009), qui a conduit les médecins scolaires à pouvoir consacrer plus de temps à d'autres problématique de santé que celles purement somatique, par la poursuite des travaux de la commission de médecine scolaire avec notamment des prises de positions ou recommandations concernant, entre autres, la fumée dans les écoles, les mesures à prendre en cas de surpoids ou d'obésité et les pharmacies scolaires, de même de que l'organisation de plusieurs forums ou formations continues à l'intention des médecins et infirmières scolaires (gérer les situations de crises, le risque suicidaire, les troubles de l'attention, la promotion de la santé, la lutte contre les discriminations et l'homophobie, le dépistage en matière d'ouïe et de scoliose, etc.).

Un protocole de collaboration a été conclu début 2012 entre les départements de la santé et de l'éducation, formalisant la volonté de collaboration de ces derniers pour tout ce qui concerne la santé scolaire.

Cette période a été marquée par la réorganisation de l'école (régionalisation, 2012), qui a représenté une fenêtre d'opportunité pour une réorganisation profonde de la médecine scolaire. Un expert externe a été mandaté à partir de 2011 par le SCSP pour conduire les travaux nécessaires. La période 2011-2013 a été consacrée essentiellement à la rencontre des acteurs du terrain, du canton ou d'ailleurs en Suisse. Un dossier relativement abouti, comprenant un projet d'arrêté en matière de santé scolaire, accompagné d'un rapport et de nouvelles directives dans ce domaine a ainsi pu être préparé. Il est actuellement en consultation auprès des communes.

Le nouveau concept proposé repose notamment sur les principes fondamentaux suivants: plus d'égalité de traitement et une garantie d'accès au système pour tous les élèves; plus de disponibilité pour les élèves en difficulté (permanence par exemple), allègement des activités routinières de dépistage systématique et accent mis sur la prévention et la promotion de la santé.

Ses implications sur l'organisation scolaire en seront les suivantes: revalorisation du rôle de l'infirmière scolaire, comme "porte d'accès" aux prestations de santé scolaire, mise en place d'un tandem médecin – infirmier-ère scolaire dans chaque cercle scolaire, qui travaille en réseau avec les autres professionnels de l'école, accent mis sur la santé communautaire et optimisation des dépistages.

8.2.2 Réorganisation de la médecine pénitentiaire

Après une analyse des besoins réalisées auprès des acteurs de la santé dans les prisons, une stratégie a été définie par les services compétents de l'Etat pour améliorer l'accès aux soins des détenus, promouvoir la santé et prévenir les problèmes de santé auxquels ils sont confrontés et assurer un environnement favorable à la santé de ces derniers. Cette stratégie, approuvée par arrêté du 13 mai 2009 du Conseil d'Etat, prévoit notamment que les personnes privées de liberté doivent bénéficier de soins médicaux et de mesures de PPS correspondant à ceux dont jouit la population en général (principe d'équivalence). Le dispositif mis en place a permis d'uniformiser les pratiques entre les sites de détention du canton et d'introduire des mesures améliorant la sécurité de la distribution des médicaments.

Des travaux sont en cours pour transférer ce secteur des soins, rattaché actuellement au Service pénitentiaire de l'Etat,(SPEN) à une nouvelle unité de médecine forensique du CNP, de manière à respecter le principe d'indépendance, reconnu au niveau européen, qui prescrit que les soignants doivent être attachés à une structure indépendante de l'administration carcérale.

Toujours dans le cadre de ces travaux, et dans un souci de respect des droits des patients détenus, il a été décidé que le secret médical doit aussi être strictement respecté à leur égard. Aucune information médicale ne peut être divulguée au personnel pénitentiaire ou aux autorités responsables pour la détention sans le consentement formel de la personne détenue concernée, sauf dans les cas prévus explicitement par les dispositions légales en vigueur, notamment lorsque des exigences sécuritaires sont en jeu.

Une réflexion plus globale sur la prise en charge médicale en milieu pénitentiaire est intervenue dans ce cadre, portant sur l'ensemble de la chaîne carcérale (de l'interpellation aux mesures de réinsertion), sous l'égide d'un groupe de travail piloté par le médecin cantonal et comprenant l'ensemble des acteurs des domaines des soins et de la sécurité.

8.3 Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles, en lien avec le vieillissement de la population, sont en voie de devenir une des principales priorités sanitaires en raison du nombre de personnes atteintes et des coûts engendrés. Pendant la période passée sous revue, les autorités sanitaires se sont principalement préoccupées du cancer sous ses diverses formes.

8.3.1 Plan cantonal cancer

Le plan directeur de PPS de 2009 a fait du recul des maladies non transmissibles, et notamment du cancer sous toutes ses formes, l'un des champs d'actions prioritaires du Conseil d'Etat en matière de santé publique. Afin de mieux coordonner les actions déjà entreprises dans les domaines de la prévention du cancer, du dépistage et des soins, voire de les renforcer et compléter si des lacunes devaient être identifiées, le Conseil d'Etat a adopté en juin 2012, un plan cantonal cancer (PCC) élaboré en étroite collaboration avec une spécialiste du domaine⁴¹.

Le PCC vise à diminuer le nombre de personnes qui souffrent et qui meurent d'un cancer sur le territoire neuchâtelois et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. Il se concentre sur les quatre champs d'action suivants:

1. mieux prévenir le cancer en validant des activités déjà en place pour agir sur les facteurs de risque pour les cancers (alcool, tabac, inactivité physique, vaccination), en développant de nouvelles activités de prévention (par exemple: rayon UV et cancers cutanés) et des collaborations avec d'autres services de l'Etat (notamment l'environnement et la santé au travail) ainsi qu'en réorientant des activités de services de santé vers la promotion de la santé (par exemple: médecine scolaire);
2. améliorer le dépistage du cancer en informant les publics-cibles pour qu'ils prennent des décisions éclairées en matière de dépistage (sein, utérus, prostate, etc.), en renforçant les programmes de dépistage en cours (sein, utérus) et en

⁴¹Ce PCC se base sur un état des lieux cantonal fait en collaboration avec les acteurs du canton et prend en considération la littérature spécialisée et les recommandations en vigueur. Il se fonde également sur le premier programme national contre le cancer portant sur les années 2005 à 2010 et le second portant sur celles 2011 à 2015.

- étudiant la faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal;
3. garantir des soins d'excellente qualité centrés sur le patient en veillant au respect du rôle central du patient et à son écoute, en mettant en place des approches de qualité (HNE, protocoles, collaborations, etc.), en améliorant les prestations psycho-sociales pour le malade et ses proches et en garantissant l'accès aux soins palliatifs;
 4. développer un système performant d'information sur le cancer en définissant un tableau de bord pour le pilotage du plan cancer et en assurant la pérennité et le développement du Registre neuchâtelois des tumeurs (RNT).

Il convient de souligner que Neuchâtel est le premier canton romand à se doter d'un tel plan cancer et le second en Suisse après Zoug.

Le PCC est en cours de réalisation. Une première mesure a été prise durant la précédente législature qui visait à ancrer dans la LS la tenue et le financement par l'Etat d'un registre cantonal des tumeurs. Un rapport en ce sens a été adopté au mois d'octobre 2012 par le Grand Conseil. Des réflexions sont en cours pour assurer la gestion d'un registre commun des cancers à l'échelon Neuchâtel-Jura, voire romand.

8.3.2 *Dépistage systématique du cancer du sein par mammographie*

Le programme de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie pour les neuchâtelaises âgées de 50 à 70 ans est devenu effectif et opérationnel dans le canton en mai 2007, grâce à un don de 1,4 million de la BCN, qui devait lui permettre de fonctionner initialement pendant une période de cinq ans. Ce programme a été placé dans un premier temps sous la responsabilité d'une association appelée "Centre de dépistage du cancer du sein JU-NE" qui est, par la suite, avec l'adhésion du canton de Berne pour l'arrondissement du Jura bernois, devenu le "Centre de dépistage du cancer BEJUNE" (CDCS BEJUNE). Les cantons concernés en sont les membres. Il a rencontré dès le début un franc succès dans le canton, le taux de participation s'étant rapidement révélé élevé en comparaison intercantonale (2007: près de 33% / 2008: près de 68% / 2009: près de 63% / 2010: environ 66% / 2011: environ 84% / 2012: près de 60% / 2013 : près de 80%).

Sur le plan financier, grâce à d'importants efforts de rationalisation, mais aussi grâce aux synergies créées avec les cantons du Jura et de Berne, le programme neuchâtelois fonctionne, plus de sept ans après son lancement, toujours avec le don offert par la BCN. Il est toutefois prévu que, d'ici la fin de l'année 2014, le canton prenne le relais de la BCN pour assurer la pérennité du programme.

8.4 Prévention et lutte contre les maladies transmissibles

La lutte contre les maladies transmissibles se base sur des activités de surveillance, de prévention, notamment par la vaccination et des mesures de lutte spécifique. A cela, il faut ajouter des mesures préparatoires telles que l'élaboration de plans spécifiques comme le plan pandémie.

La surveillance est une activité de routine qui implique la compilation des déclarations de maladies transmissibles, leur transmission et leur analyse. Face à une flambée épidémique ou dans des circonstances particulières, des mesures particulières de surveillance sont mises en place, notamment auprès des personnes ayant été en contact avec les malades.

8.4.1 Prévention par la vaccination

La vaccination reste une des mesures de prévention les plus efficaces. Sa promotion trouve sa base légale dans la loi fédérale sur la lutte contre les épidémies et fait partie des attributions du médecin cantonal. Les recommandations pour la vaccination émanent de la Commission fédérale pour les vaccinations. Celle-ci met à jour annuellement le plan de vaccination et il appartient au médecin cantonal de promouvoir son application auprès des médecins praticiens et des médecins scolaires.

Le canton de Neuchâtel participe depuis 2001 aux enquêtes nationales sur la couverture vaccinale qui sont menées sous l'égide de la Confédération. Les récoltes de données effectuées dans ce cadre se déroulent tous les trois ans et l'analyse des résultats est coordonnée pour l'ensemble de la Suisse par l'Institut de médecine sociale et préventive de Zürich. Le taux de couverture vaccinale dans le canton est parmi les meilleurs sur le plan suisse. Néanmoins, d'importantes lacunes de couverture vaccinale sont observées pour la rougeole et la coqueluche. En conséquence, la population, surtout représentée par les jeunes adultes, est régulièrement exposée à des épidémies ou à des flambées de cas. En 2011, le canton a enregistré de nombreux cas de rougeole. Nous y reviendrons brièvement.

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

Campagnes de vaccination

Pour terminer ce chapitre, il convient encore de relever que le canton de Neuchâtel mène chaque automne une campagne de sensibilisation et de vaccination pour le vaccin contre la grippe auprès des publics-cibles les plus sensibles (personnes âgées ou souffrant de troubles cardio-vasculaires notamment). Le canton a ainsi réalisé des spots télévisés diffusés sur les ondes de Canal Alpha qui les invitaient à se faire vacciner durant la période de la campagne de vaccination.

Programme de vaccination contre le cancer de l'utérus

Un nouveau vaccin contre les papillomavirus humains (HPV), vaccin qui protège les jeunes filles avant l'âge d'activité sexuelle contre le cancer du col de l'utérus, est disponible depuis avril 2007. En juin 2007, la Commission fédérale pour les vaccinations et l'OFSP ont recommandé la vaccination des filles de 11 à 14 ans. Pour les jeunes filles et jeunes femmes âgées de 15 à 26 ans, une période de rattrapage a été déterminée qui sera échue au 31 décembre 2017. Le DFI a décidé, en juin 2010, la poursuite de la prise en charge de cette vaccination par l'AOS, sans franchise, pour autant qu'elle soit réalisée dans le cadre du programme cantonal de vaccination.

Dans le canton, le programme de vaccination HPV est opérationnel depuis l'automne 2008. Il se déroule sous l'égide du médecin cantonal et est assuré par des médecins pédiatres, généralistes et gynécologues qui y ont adhéré, ainsi que des centres de médecine scolaire. Au début de chaque année, les jeunes filles qui auront 11 ans dans l'année civile reçoivent un courrier d'information et une invitation à se faire vacciner contre le HPV de la part du médecin cantonal. Cela représente un envoi de 1000 lettres chaque année. Plus de la moitié (54%) des jeunes femmes de 11 à 14 ans du canton a été vaccinée depuis le début du programme. Au début de chaque année, les jeunes filles qui auront 11 ans dans l'année civile reçoivent un courrier d'information et une invitation à se faire vacciner contre le HPV de la part du médecin cantonal. Cela représente un envoi de 1000 lettres chaque année.

8.4.2 Plan de lutte contre la rougeole

La rougeole est une maladie infectieuse à transmission aérienne évitable par la vaccination. Des flambées de cas de rougeole surviennent périodiquement dans le canton de Neuchâtel, comme en 2009 et en 2011. La résurgence périodique de la rougeole s'explique par la mauvaise couverture vaccinale de cette maladie en Suisse. Bien que le canton de Neuchâtel fasse partie des bons élèves au niveau national en la matière, les taux de couverture observés pour différentes tranches d'âge (2, 8 et 16 ans) (85-92%) sont encore en-deçà de la valeur préconisée par l'OMS dans le but d'une élimination de la maladie ($\geq 95\%$ de couverture pour deux doses de vaccins).

La Suisse avait souscrit à l'objectif de l'OMS-Europe d'éliminer la rougeole du territoire européen d'ici 2010. Ce but n'a pas pu être atteint par la Suisse comme d'ailleurs par autres pays européens. Cet objectif a été reporté à fin 2015 par cette organisation. Dans cette optique, l'OFSP fait depuis quelques années de la rougeole une priorité de santé publique et a élaboré une stratégie nationale d'élimination de la rougeole, qui a été approuvée par le Conseil fédéral à fin 2011. Sa mise en œuvre concrète reste peu claire sur certains aspects (répartition confédération-cantons, gratuité de la vaccination, etc.).

Dans ce contexte, le SCSP s'est pourtant lancé dans la rédaction d'un plan d'action cantonal pour l'élimination de la rougeole. Ce plan, en voie de finalisation, analyse la situation dans le canton, notamment en termes de couverture vaccinale et d'analyse des données épidémiologiques, et décrit les différentes mesures que le canton entend mettre en place ou consolider ces prochaines années afin d'atteindre l'objectif visé. Ces mesures comprennent notamment la promotion de la vaccination auprès de différentes sous-populations (enfants, adolescents et jeunes adultes) par divers moyens et modes de communication. L'analyse des données de surveillance de 2011 a en effet révélé que la rougeole touche principalement des adolescents et des jeunes adultes. Ces populations méritent une attention plus soutenue à l'avenir.

8.4.3 Mesures préparatoires face à une pandémie de grippe

Un premier rapport datant d'août 2007 a défini un cadre opérationnel pour affronter une pandémie HXNY, en lien avec la menace de la grippe aviaire H5N1. Au printemps 2009, un nouveau virus influenza H1N1 a fait de nombreuses victimes au Mexique. L'alerte à la pandémie fut mondiale. En juin 2009, de la phase 3 (qui avait été déclaré en 2003), l'OMS est passée à la phase 6.

Il a résulté de cette situation de crise que le monde entier a dû mettre en place des stratégies de lutte contre ce nouveau virus. Il s'agissait de s'approvisionner avec des antiviraux, dès l'arrivée du vaccin et de faciliter l'accès au vaccin pour la population en tenant compte des priorités. Une cellule de crise a été mise en place dans le canton avec la protection civile qui a assuré toute la logistique de la gestion de cette crise sanitaire.

Le SCSP a interrompu la planification de la pandémie grippale pour affronter concrètement la pandémie à virus A(H1N1) à partir du 24 avril 2009. Ces activités sont décrites dans un rapport complet. Au final, la grippe 2009 s'est avérée beaucoup moins sévère qu'on pouvait le craindre initialement. Le premier cas neuchâtelois a été annoncé le 24 juin. Le nombre exact de cas survenus dans le canton n'est pas connu, mais on dénombre 307 cas confirmés, dont 22 personnes hospitalisées et aucun décès.

En 2009, le thème de la vaccination a été un sujet qui a lourdement mis à contribution le SCSP. En raison de la pandémie, il appartenait au canton d'organiser une vaccination

collective pour permettre à tous les citoyens d'avoir un accès rapide au vaccin mis à disposition par la Confédération.

Dans un premier temps, les personnes à risque ont été vaccinées chez leur médecin traitant, puis deux centres de vaccination ont été aménagés pour recevoir l'ensemble de la population désirant se faire vacciner et qui avait été invitée par courrier. Ces centres, situés dans les hôpitaux des deux villes principales, ont fonctionné durant trois semaines au mois de décembre.

L'évaluation de la couverture vaccinale contre A(H1N1) en 2009 a été possible grâce à la saisie électronique des vaccinations. Plus de 39.000 personnes ont été vaccinées sur une population de 170.000 habitants, à raison de 64% chez les médecins installés, de 20% dans les centres de vaccination et de 6% en vaccination collective dans les écoles et institutions. La couverture vaccinale moyenne a été de 22%, celle des groupes à risque de 60%. Neuchâtel se situait au-dessus de la moyenne suisse de 14% et figurait au 3^{ème} rang national. Cet épisode imprévu aura été l'occasion de développer un dispositif permettant une vaccination collective réalisée dans un court délai.

En 2010, un rapport sur la gestion de la pandémie a été élaboré. Ce dernier sert de base aux futures réflexions qui sont menées conjointement avec la Confédération. Différents thèmes intéressant les structures de soins stationnaires et ambulatoires (hôpitaux, EMS, soins à domicile, réseaux de médecins en pratique libérale) y sont développés. Depuis, le SCSP a poursuivi les mesures préparatoires, en lien avec les informations données par l'OFSP et l'analyse Kataplan menée par l'organe de coordination cantonale en cas de catastrophes, ORCCAN. La nouvelle loi sur les épidémies permettra de préciser les modalités de coordination entre la Confédération et les cantons.

10. CONCLUSION

Comme la lecture du présent rapport le démontre, le domaine de la santé vit de plus en plus dans un contexte de changement permanent qui ne manque pas de créer une certaine instabilité, dans un secteur où la sérénité et la confiance sont pourtant des éléments essentiels. Il convient dès lors de gérer et d'accompagner au mieux cette instabilité, en particulier en informant et en expliquant les enjeux auxquels le système de santé est confronté, qui influence passablement l'organisation de ce système en général et la planification sanitaire de l'Etat en particulier.

La période passée sous revue n'a pas fait exception à ce constat et l'activité de l'Etat dans le domaine de la santé a de nouveau été très intense.

Les défis auxquels sont confrontées les autorités sanitaires et les acteurs cantonaux de la santé du canton, sont multiples. Nous pensons notamment aux évolutions démographique, épidémiologique, à l'évolution très rapide des technologies et de modes de prise en charge dans tous les secteurs de la santé, à l'évolution des comportements individuels ou collectifs, à la démographie médicale et soignante, aux attentes toujours croissantes de la population face au secteur de la santé, aux coûts toujours croissants du système de santé, notamment à charge des cantons, à des questions éthiques (rationnement des soins), aux dimensions économiques, démographiques, sociales et financières que représentent le secteur de la santé dans les régions et aux modifications législatives qui interviennent régulièrement au niveau fédéral. Il s'agit souvent là de facteurs sur lesquels l'Etat cantonal a un faible pouvoir d'intervention.

L'évolution certainement la plus importante qui a caractérisée la période passée sous revue et qui a fortement mobilisée les autorités sanitaires et les acteurs du système de

santé a été l'entrée en vigueur de révisions législatives partielles importantes au niveau fédéral, notamment celle de la LAMal relatives au financement hospitalier et celle du financement des soins. Comme le relève le présent rapport, indépendamment des défis mentionnés plus haut, ces réformes ont influencé, influencent et vont encore influencer notablement et durablement notre système de santé cantonal en général, le système hospitalier et médico-social en particulier. Elles conduisent en effet à introduire davantage de concurrence entre les institutions de soins actives dans les domaines concernés, à accroître l'influence des assureurs-maladie au détriment des cantons et à remettre en cause les frontières cantonales voulues par le législateur fédéral lors de l'adoption de la LAMal en 1994. Ces changements ont pour conséquence de compliquer passablement la tâche de planification des autorités sanitaires cantonales qui a été maintenue dans la LAMal et le pilotage plus général du système cantonal de santé.

Dans ce contexte, un système de santé morcelé en de nombreuses petites institutions indépendantes et concurrentes comme le connaissait il n'y a encore pas si longtemps le canton de Neuchâtel, notamment dans les secteurs hospitaliers somatiques et psychiatriques ainsi que dans le domaine des soins et de l'aide à domicile, n'aurait que très difficilement tenu le choc. Avec l'aboutissement des grands chantiers institutionnels que sont l'HNE, NOMAD et le CNP, le Conseil d'Etat considère que l'organisation sanitaire neuchâteloise a permis, permet et permettra dans une large mesure de répondre dans de bien meilleures conditions aux défis que posent ces réformes fédérales, même si la mise en place de ces structures ne s'est pas faite sans certaines difficultés et heurts qui sont inhérents à tout processus de changement, en particulier de fusion.

Après une phase initiale normale, où ces établissements se sont avant tout concentrés sur leur (ré)organisation interne, on constate de plus en plus la volonté de leur part de collaborer entre eux, mais avec aussi d'autres acteurs du système cantonal de santé et avec l'Etat, sur des projets communs susceptibles de garantir à la population du canton une coordination optimale de la prise en charge sanitaire et donc une meilleure efficacité des prestations qui leur sont fournies. Dans ce contexte, la forte diminution du nombre des institutions de santé, avec les regroupements évoqués avant, simplifie passablement le travail de collaboration. Elle a aussi conduit à un fort renforcement des compétences des acteurs concernés, dans un environnement marqué par une spécialisation toujours accrue. A ce jour, seul le domaine des EMS échappe encore à cette logique d'une plus grande concentration des acteurs.

Cela dit, pendant la période passée sous revue, l'Etat a accompagné ou porté de nombreux projets non seulement organisationnels, mais aussi de santé publique d'importance, si ce n'est essentiels pour l'avenir du système cantonal de santé dont il a été fait état plus haut.

Si certains de ces projets ont été concrétisés pendant la période passée sous revue écoulée, de nombreux autres doivent encore être mis en œuvre ces prochaines années, sachant qu'ils s'inscrivent dans des perspectives à moyen/long terme.

Liste des abréviations

A&A	Alimentation et Activité physique
ANMO	Association neuchâteloise des médecins omnipraticiens
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques
AOS	Assurance obligatoire des soins (système de financement dit "par pathologie")
BCN	Banque cantonale neuchâteloise
CA	Conseil d'administration
CCNC	Caisse cantonale neuchâteloise de compensation
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
CLASS	Conférence latine des directeurs des affaires sanitaires et sociales
CNMG	Cursus neuchâtelois de médecine générale
CNP	Centre neuchâtelois de psychiatrie
CRMG	Cursus romand de médecine générale
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
CUP	Centre d'urgences psychiatriques
DJSF	Département de la justice, de la sécurité et des finances
DSAS-DFS	Département de la santé et des affaires sociales devenu Département des finances et de la santé
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DRG	Diagnosis Related Groups
EHM	Etablissement hospitalier multisite
EMS	Etablissement médico-social
EMSP BEJUNE	Equipe mobile de soins palliatifs des cantons de Berne, Jura et Neuchâtel
FMH	Fédération des médecins suisses
FNUS	Fédération neuchâteloise des services sanitaires d'urgence santé
FUS-VD	Fondation Urgences Santé du canton de Vaud
GPil	Groupe de pilotage politique
GRIMCA	Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de catastrophes
GSMN	Genolier Swiss Medical Network
HNE	Hôpital neuchâtelois
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LEHM	Loi sur l'établissement hospitalier multisite
LFinEMS	Loi sur le financement des établissements médico-sociaux
LESPA	Loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées
LPMéd	Loi sur les professions médicales
LIPPI	Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides
LS	Loi de santé
MFNe	Médecins de famille Neuchâtel
MHS	Médecine hautement spécialisée
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
Obsan	Observation de la santé
OCDE	Organisation de coordination et de développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
NOMAD	Neuchâtel organise le maintien à domicile
OCDE	Organisation de coordination et de développement

OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIG	Prestations d'intérêt général
PLDC	Programme latin de don d'organes
PMS	Planification médico-sociale pour les personnes âgées
PRT	Site HNE - Pourtalès
PSS	Promotion santé suisse
PVI	Hôpital de La Providence
RASI	Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions
RNT	Registre neuchâtelois des tumeurs
SCAN	Service cantonal des automobiles et de la navigation
SCSP	Service cantonal de la santé publique
SIAM	Service des institutions pour adultes et mineurs
SIS	Service d'incendie et de secours
SMUR	Services mobiles d'urgence et de réanimation
SSP	Syndicat des services publics
Swiss-DRG	Swis Diagnosis Related Groups
TAF	Tribunal administratif fédéral
TF	Tribunal federal
VDT	Site HNE - Val-de-Travers
VSS	Véhicule de soutien sanitaire
SNM	Société neuchâteloise de médecine

TABLE DES MATIERES

Pages

1. INTRODUCTION	2
1.1. Planification sanitaire cantonale et information sur son évolution	2
1.2. Objectifs et champs d'applications du rapport.....	2
2. PROGRAMMES DE LEGISLATURE 2006-2009 et 2010-2013	3
3. HOPITAUX DE SOINS PHYSIQUES	4
3.1. Développement de la planification hospitalière	4
3.2. Hôpital neuchâtelois	9
3.3. Hôpital de la Providence	15
3.4. Cliniques privées	18
3.5. Hôpitaux hors canton.....	18
3.6. Maisons de naissance	20
3.7. Contractualisation	21
3.8. Financement.....	22
4. INSTITUTIONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES	24
4.1. Développement de la planification	24
4.2. Centre neuchâtelois de psychiatrie	25
4.3. Développement 2013.....	26
4.4. Hôpitaux hors canton.....	26
4.5. Contractualisation	27
4.6. Financement.....	27
5. ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX ET MAINTIEN A DOMICILE	27
5.1. Etablissements médico-sociaux.....	27
5.2. Maintien à domicile	28
5.3. Planification médico-sociale pour les personnes âgées à l'horizon 2022	31
5.4. Financement.....	35
6. PRESTATAIRES AMBULATOIRES	38
6.1. Situation des prestataires ambulatoires	38
6.2. Stratégie de lutte contre la pénurie annoncée de médecins de premier recours et d'encouragement de la médecine de premier recours	43
7. SOINS PREHOSPITALIERS	45
7.1. Organisation des soins préhospitaliers dans le canton	45
7.2. Mesures sanitaires d'urgence: acquisition d'un véhicule de soutien sanitaire	48
8. PROMOTION DE LA SANTE ET PREVENTION DES MALADIE	49
8.1. Plan directeur de prévention et de promotion de la santé	49
8.2. Réorganisation des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé.....	53
8.3. Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles	55
8.4. Prévention et lutte contre les maladies transmissibles	56
10. CONCLUSION	59