



**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil
à l'appui
de la modification des options stratégiques pour
l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon
2017 et d'un projet de loi modifiant la loi sur l'Etablissement
hospitalier multisite cantonal (LEHM), du 30 novembre 2004
(Du 1^{er} juillet 2015)**

Madame la présidente, Mesdames, Messieurs,

RESUME

Dans un contexte hospitalier en forte et rapide évolution marqué, notamment, par une pénurie existante ou annoncée de personnel spécialisé, par une concurrence accrue et par une révision du mode de financement, l'Hôpital neuchâtelois (HNE) se retrouve confronté à de sérieuses difficultés de mise en œuvre de certaines options stratégiques validées par le Grand Conseil en 2012.

Cela étant, il demande au Conseil d'Etat de pouvoir être délié de ces options pour pouvoir adapter son organisation de manière à maintenir des prestations de qualité, à rationaliser son fonctionnement et à s'inscrire dans une perspective d'avenir.

L'HNE demande ainsi à l'Etat de revenir sur ses décisions relatives à l'organisation des centres de traitement et de réadaptation (CTR). Il souhaite pouvoir s'organiser sur deux sites hospitaliers (au Locle et au Val-de-Ruz) au lieu de quatre actuellement (au Val-de-Travers et à La Béroche, en plus des deux mentionnés ci-avant), dans un processus en deux étapes à réaliser à fin 2015 et 2016. Cette réorganisation doit lui permettre de se préparer au mieux à l'introduction du financement par prestation prévu au niveau national dès 2018, qui impose une organisation par filière de soins, et de générer des économies annuelles de l'ordre de 2,5 à 3 millions de francs.

Par ailleurs, vu l'activité particulièrement faible qui y est réalisée durant la nuit (1 patient toutes les trois nuits en moyenne), l'HNE demande de pouvoir limiter les heures d'ouverture de la policlinique (ou centre de diagnostic et de traitement) du site du Val-de-Travers à la journée, soit de 8h00 à 22h00. Il entend, en parallèle, développer les prestations de la policlinique. Enfin, il relève qu'une ouverture en continu de cette dernière lui coûterait environ 800.000 de francs supplémentaires par année.

En outre, l'HNE souhaite pouvoir regrouper son activité de soins intensifs sur le site de Pourtalès et créer des lits de soins continus sur le site de La Chaux-de-Fonds. Cette demande fait suite aux difficultés rencontrées par l'HNE pour trouver du personnel spécialisé dans ce secteur d'activité qui fragilisent considérablement son organisation actuelle.

Enfin, d'entente entre le Conseil d'Etat et le Conseil d'administration de l'HNE, il est proposé de suspendre les investissements, devisés à 35 millions de francs, pour la rénovation des unités de soins du site de La Chaux-de-Fonds, dans l'attente du résultat des études sur l'organisation à long terme de l'hôpital qui viennent de débiter.

Dans la mesure où les propositions faites par l'HNE lui paraissent cohérentes, qu'elles sont en lien avec l'évolution du monde hospitalier et sa politique de santé et qu'elles ne remettent en cause ni l'accès aux soins, ni la qualité des prestations, ni la sécurité sanitaire et les reconnaissances en matière de formation, le Conseil d'Etat les soutient et les reprend à son compte. Ces propositions permettent en outre de réaliser des économies annuelles directes estimées entre 3,3 et 3,8 millions de francs. Il demande ainsi au Grand Conseil, compétent en la matière, de supprimer les options stratégiques relatives aux CTR ainsi qu'aux heures d'ouverture de la policlinique du Val-de-Travers. Il propose en outre de suspendre les options stratégiques concernant les investissements sur le site de La Chaux-de-Fonds et les soins intensifs dans l'attente d'obtenir plus de certitudes sur la prise en charge des patients nécessitant ce type de soins. Par souci de cohérence, il prévoit une adaptation de la loi sur l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (LEHM) pour y retirer l'ancrage des sites de réadaptation. Enfin, il met en place des mesures pour accompagner ces réformes d'importance.

1. INTRODUCTION

Par décrets d'avril 2012 et de mars 2013, le Grand Conseil a décidé de 17 options stratégiques concernant l'HNE à l'horizon 2017. Pour certaines de ces options, il s'agissait de valider une situation existante et, pour d'autres, il s'avérait nécessaire de revoir l'organisation de l'hôpital. La plupart de ces options sont aujourd'hui réalisées ou en voie de l'être.

Cela dit, près de trois ans après ces décisions – élaborées sur la base d'une organisation imaginée en 2009 déjà, au terme des états généraux de la santé -, il apparaît que certaines d'entre elles ne sont finalement pas ou plus applicables pour diverses raisons, notamment de disponibilité de ressources humaines ou d'évolution des conditions-cadres au niveau fédéral, voire encore financières. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat demande aujourd'hui au Grand Conseil de revenir sur certaines de ses décisions.

De manière à permettre à l'HNE d'adapter le plus rapidement possible son organisation, voire son offre, considérant déjà le long processus décisionnel auquel il est soumis, le Conseil d'Etat a privilégié l'option de présenter un rapport urgent au Grand Conseil dès lors qu'il a posé le constat qu'une révision de quatre de ses décisions s'avère nécessaire. Il renonce ainsi à attendre environ un an supplémentaire qui lui permettrait de présenter un rapport plus global sur les options stratégiques à remettre en question et pour proposer des pistes plus concrètes pour l'avenir de l'institution.

Il est ainsi demandé au Grand Conseil de valider une étape intermédiaire devant permettre à l'HNE de préparer son organisation à long terme qui ne pourra s'inscrire que sur un ou deux sites hospitaliers. Aujourd'hui, le Conseil d'Etat soumet donc au Parlement un premier rapport au sujet des centres de traitement et de réadaptation (CTR), en particulier ceux de La Béroche (BER) et du Val-de-Travers (VDT), des horaires d'ouverture du centre de diagnostics et de traitements (CDT) de ce dernier site, des soins intensifs ainsi que des investissements à consentir sur le site de La Chaux-de-Fonds (CDF).

2. CONTEXTE

2.1. Contexte hospitalier

Pour bien comprendre la situation à laquelle l'HNE est confronté, il est important de rappeler le contexte dans lequel il s'inscrit. Ce dernier ne concerne pas uniquement l'HNE, mais bien l'ensemble des acteurs de ce secteur, y compris les hôpitaux universitaires, mis sous forte pression depuis quelques années. Il est en forte, rapide et constante évolution, impliquant une capacité d'adaptation accrue de la part des acteurs hospitaliers.

2.1.1. *Personnel médico-soignant*

L'HNE a été confronté à plusieurs démissions de médecins ces derniers mois, certaines plus médiatisées que d'autres, mais engendrant toutes des difficultés pour le remplacement. En effet, le marché de l'emploi pour les médecins est pour le moins tendu, en particulier dans certaines spécialités, rendant le recrutement difficile, voire impossible. La concurrence entre hôpitaux est vive et s'est renforcée encore avec l'expansion encouragée des cliniques privées, ces dernières pouvant offrir des conditions de travail et salariales plus attractives.

Une situation similaire est observée également auprès du personnel soignant spécialisé. Dans certains domaines, comme les soins intensifs, la pénurie de personnel est aujourd'hui une réalité et touche l'ensemble des hôpitaux suisses, y compris les hôpitaux universitaires.

Face à cette situation, certains services de l'hôpital fonctionnent dans une organisation fragile susceptible d'être remise en question en cas de nouveaux départs ou d'absences de longue durée. La sécurité et la qualité de la prise en charge en sont dès lors menacées.

A cela s'ajoute la nécessité de respecter les règles de la loi fédérale sur le travail (LTr) qui impose aux hôpitaux - bien que ceux-ci bénéficient de conditions particulières pour certaines de ces règles par rapport à d'autres secteurs d'activités - de se conformer à certains standards en matière d'horaires de travail. Ainsi, certains services fonctionnent encore avec des tournus d'équipes toutes les 12 heures, ce qui est contraire au droit du travail qui prescrit que, *si des plages horaires de 12 heures sont certes autorisées, celles-ci ne doivent comporter au maximum que 8 heures de travail effectif*¹. Ce genre de situation peut être applicable pour des veilles ou des gardes, mais pas pour des services comme les urgences ou les soins intensifs qui demandent une présence et une activité continues.

Dans ces conditions, l'organisation par horaire de deux périodes de 12 heures doit être abandonnée. La grande majorité des hôpitaux romands a déjà réalisé ce virage et l'HNE est en train de le faire. Si cette évolution n'a pas besoin d'être effectuée avec effet immédiat, elle devra pour sûr l'être prochainement. Au-delà de la stricte application de la LTr, elle vise à améliorer la sécurité des soins et la qualité des conditions de travail qui

¹ Le travail de nuit peut, pour un travailleur, s'étendre à un maximum de 8 heures de travail quotidien dans un intervalle de 12 heures, à condition qu'un endroit pour s'allonger soit mis à disposition, que l'intégralité des 12 heures compte comme temps de travail et que la durée minimale du repos quotidien soit de 12 heures (art. 10 al. 2 let. b OLT 2).

peuvent être offertes au personnel, même si une partie de celui-ci apprécie des horaires plus longs pour pouvoir ensuite bénéficier de congés plus longs.

Enfin, relevons que l'acceptation, en votation du 9 février 2014, de l'initiative populaire "Contre une immigration de masse" pourrait encore pénaliser le recrutement du personnel médico-soignant. Alors qu'une part de plus en plus importante de ce personnel provient de l'étranger, une interprétation restrictive des contingents imposés par ce texte ou la remise en question de la libre circulation des personnes qui pourrait en découler compliquerait le recrutement.

2.1.2. Règles fédérales de financement hospitalier

Le 1^{er} janvier 2009 est entrée en vigueur la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie portant sur le financement hospitalier, alors que les principaux effets de cette révision sont entrés en force en 2012. Un des objectifs principaux de cette réforme est d'accroître la concurrence entre hôpitaux avec, pour corollaire, l'obtention escomptée de niveaux de qualité et d'économicité meilleurs qu'auparavant.

Pour y parvenir, les frontières cantonales se sont ouvertes, permettant ainsi aux patients de choisir librement leur hôpital dans leur canton de domicile, mais également hors de celui-ci, tout en assurant une prise en charge complète (ou presque) des coûts par le canton de domicile et l'assurance obligatoire des soins. Les cliniques privées sont également obligatoirement prises en considération avec les hôpitaux publics ou subventionnés dans le cadre de la planification hospitalière. Une planification hospitalière supra-cantonale a, en outre, été instaurée dans le domaine de la médecine hautement spécialisée dans le but :

- de proposer des prestations de qualité par l'obtention de masses critiques et par le recrutement de compétences adéquates;
- d'assurer la relève médicale;
- de rationaliser l'utilisation des ressources humaines et financières,

considérant, notamment, les investissements importants à consentir dans ce type d'activité.

Par ailleurs, la LAMal révisée (art. 49, al. 1) consacre les forfaits liés aux prestations comme mode général de rémunération des traitements hospitaliers. Elle prévoit, en outre, que ces forfaits par cas doivent reposer sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Si une telle structure existe depuis 2012 dans le domaine des soins somatiques aigus (les SwissDRG), ce n'est pas encore le cas dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation. Des projets sont actuellement en cours d'élaboration et de test et seront prochainement imposés aux hôpitaux.

A ce sujet, il convient de relever que, dans le domaine de la réadaptation, la structure tarifaire (dénommée ST Reha) est basée sur la constitution de groupes homogènes de coûts et de prestations, reflétant de façon forfaitaire le type et l'intensité de la prestation. Ce système de classification est basé sur différentes filières de soins, limitées pour le moment au nombre de quatre² (neurologique, musculo-squelettique, cardiologique et pneumologique). Des critères d'admission dans chacune de ces filières, ainsi que des programmes de traitement bien établis sont prévus, de même que des mesures de la qualité découlant de cette classification. L'entrée en vigueur de cette structure tarifaire est prévue pour 2018.

² Des hôpitaux suisses, dont l'HNE, militent pour qu'une filière de réadaptation gériatrique soit également incluse dans le catalogue des prestations.

2.1.3. Concurrence

L'objectif annoncé de la réforme du financement hospitalier brièvement décrite au chapitre précédent est d'accroître la concurrence entre hôpitaux. Même si la notion de concurrence est particulière dans le monde de la santé en raison des nombreux biais qui la rendent imparfaite, elle existe néanmoins et s'est fortement renforcée depuis 2012 en application des nouvelles règles de financement hospitalier et de planification hospitalière. Elle s'exerce sur des questions de qualité des prestations, d'image de l'institution, de réputation de médecins, de reconnaissance de formation ou de certification, voire encore de tarifs.

Parmi ces différents facteurs de concurrence, il y a lieu de s'attarder un peu sur ceux relatifs à la réputation des médecins et à la reconnaissance ou à la certification. En effet, dans un environnement aussi concurrentiel et dans le contexte de pénurie effective ou annoncée décrit au chapitre 2.1.1, les hôpitaux doivent travailler en premier lieu sur leur attractivité pour le personnel. Cette attractivité peut certes passer par des conditions de travail intéressantes, notamment les salaires, l'astreinte à la garde et la limitation du nombre de sites d'activité, mais elle découle également des perspectives de travail offertes: nombre d'interventions, spécialisation, participation à des équipes pluridisciplinaires, etc.

Ces derniers éléments dépendent également du niveau de reconnaissance de l'établissement en termes de formation FMH ou de certification, en particulier par les sociétés médicales. Dans le domaine des soins intensifs, par exemple, un service doit justifier d'une dotation médicale et soignante adéquate et suffisante. Cela implique, notamment, la présence d'au moins une ou deux infirmières spécialisées en soins intensifs par horaire, selon le nombre de lits. A défaut, la sécurité de prise en charge n'est plus assurée et la reconnaissance par la Société suisse de médecine intensive ne peut plus être acquise. En effet, les critères appliqués sont de plus en plus restrictifs pour l'accréditation d'unités spécialisées (par exemple: dotation par unité, quota de personnel certifié, proximité de collaboration pour prise en charge pluridisciplinaire, etc.), non seulement pour les soins intensifs, mais aussi pour les autres spécialités.

2.1.4. Pression financière

L'application de structures tarifaires nationales facilite les comparaisons inter-hospitalières et intercantionales. Ces comparaisons font ressortir que les coûts de l'HNE restent (trop) élevés.

Par ailleurs, la pression financière imposée par les assureurs-maladie et par l'Etat a des conséquences importantes pour l'institution. Celle-ci n'est pas en mesure de négocier des tarifs suffisamment élevés pour couvrir ses coûts. En outre, l'abandon du système de couverture de déficit par l'Etat depuis quelques années fait porter la responsabilité budgétaire sur l'HNE.

La subvention en faveur de l'HNE s'est réduite de 162,5 millions de francs en 2012 à 153 millions de francs au budget 2015, soit une baisse de près de 10 millions de francs en trois ans. En parallèle, le tarif Swiss DRG a diminué d'une centaine de francs, impliquant une perte de recettes de l'ordre de 1,5 million de francs, à activité égale. Enfin, l'HNE a dû absorber les augmentations salariales liées à l'application de la CCT Santé 21 et a dû participer à la constitution de la réserve de fluctuation de valeurs de prévoyance. ne à hauteur de près de 23 millions de francs.

Dans ce contexte, après l'avoir refusé en début d'année 2015 alors qu'il présentait un déficit de quelque 15 millions de francs, le Conseil d'administration a accepté un budget

2015 déficitaire de l'ordre de 11 millions de francs. Des analyses complémentaires ont de plus démontré une capacité d'investissement proche de zéro pour l'institution qui risque de la pénaliser sérieusement dans son évolution, mais également dans son exploitation courante, par exemple lorsqu'il s'agira de renouveler des équipements médico-techniques existants. Si cette situation devait s'améliorer, l'HNE resterait contraint dans ses capacités d'investissement dans la mesure où le Grand Conseil a récemment refusé d'accorder à l'HNE un cautionnement pour de nouveaux engagements financiers, allant au-delà de ceux qu'il a déjà aujourd'hui. Dans ces conditions, aucun investissement d'envergure ne peut être envisagé.

La barre sera d'autant plus difficile à redresser alors que les assureurs-maladie ont chaque année pour objectif de faire baisser les tarifs et que le Grand Conseil et la situation financière de l'Etat imposent des économies importantes au budget cantonal. Ces demandes sont évidemment répercutées sur l'HNE qui verra sa subvention diminuer de 2,5 millions de francs par année jusqu'en 2017, conformément au plan financier de législature 2013 – 2017 du Conseil d'Etat. Ces diminutions de la subvention s'inscrivent également dans la perspective d'une pression forte sur le financement étatique assuré par le biais des prestations d'intérêt général qui seront, à n'en pas douter, de plus en plus contestées, tant dans leur principe que dans leur ampleur.

2.2. Options stratégiques à horizon 2017 de l'HNE

Par son rapport 12.005³, du 14 décembre 2011, concernant les options stratégiques à horizon 2017 de l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (EHM, désormais Hôpital neuchâtelois), le Conseil d'Etat a soumis à la validation du Grand Conseil 17 options stratégiques concernant la répartition des missions entre les sites de l'HNE. Il s'agit plus précisément des options suivantes:

1. des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de CDF et Pourtalès (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 sites⁴ du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de BER;
6. un CTR est localisé sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de BER;
7. des prestations de médecine physique et de réadaptation (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;

³ Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de décret portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à horizon 2017, d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant cohérent, sûr et économique", d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale intitulée "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton", ainsi que d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "Pour une médecine de proximité".

⁴ Il est relevé ici que ces plateformes régionales de santé peuvent s'inscrire dans le cadre de l'hôpital mais qu'elles peuvent également s'en écarter. En effet, elles ont une vie propre et ne dépendent pas financièrement de l'HNE. L'objectif qui sous-tend cette option stratégique est de garantir une bonne couverture médicale dans chacune de ces régions et lutter contre la pénurie de médecins généralistes.

12. un centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé sur 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.

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 amendé portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'Etat pour l'EHM cantonal 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 la part du Conseil d'Etat. Certains ont pu être formalisés immédiatement et d'autres ont demandé des études complémentaires. Notamment, la décision du Grand Conseil relative aux options 9, 12 et 13 du Conseil d'Etat était reportée dans l'attente de ces compléments.

Ces trois dernières options ont été traitées dans le cadre du rapport 13.008⁵, du 16 janvier 2013, concernant les options stratégiques complémentaires à horizon 2017 de l'EHM, puis validées par le Parlement par décret du 26 mars 2013. Soumises en votation suite à un référendum contre ce décret, celles-ci ont été confirmées par le peuple en novembre 2013.

Comme annoncé au chapitre 1, le focus est aujourd'hui mis sur quelques-unes de ces options stratégiques, à savoir les options No 2, 3, 6, 7, 10, 14 et 15. Objets d'actualité ces derniers mois et un lien existant avec les options précitées, les options No 9, 12, 13, 16 et 17 sont également abordées dans le présent rapport.

2.2.1. Les options stratégiques relatives aux CTR

Trois options stratégiques ont trait aux CTR. La première prévoit l'existence de quatre CTR sur chacun des sites du Locle, du VDR, de VDT et de BER. Les deux autres précisent les missions spécifiques attribuées aux sites du VDR - qui s'est vu confier des prestations de MPR - et du VDT - qui est spécialisé dans les prises en charges gériatriques -. Ces options stratégiques viennent confirmer une organisation et des missions attribuées aux différents sites depuis le début des années 2000 pour certaines, et quelques années plus tard pour les missions spécialisées. Dans ce contexte, le débat politique sur ces deux options a été assez peu nourri.

Il est également relevé qu'une des options validées par le Grand Conseil invitait le Conseil d'Etat à réfléchir à la création d'un site unique de réadaptation (voir chapitre 2.2.6).

⁵ Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de décret portant approbation des options stratégiques complémentaires définies par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à horizon 2017, d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique", d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale intitulée "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton", ainsi que d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "Pour une médecine de proximité".

2.2.2. *L'option stratégique relative au Centre de diagnostic et de traitement du Val-de-Travers*

Dans son rapport 12.005, le Conseil d'Etat relevait, au même titre que l'HNE, que les prestations des CDT devaient être différenciées en fonction du bassin de population qu'ils desservent, la limite ayant été fixée par les professionnels à 30.000 habitants. Ainsi, les prestations offertes dans le CDT de VDT devraient être différentes de celles qui sont proposées à CDF et PRT. Outre des différences portant sur les prestations (pas de service d'urgence sur le site de VDT), le Conseil d'Etat et l'HNE préconisaient des heures d'ouverture limitées au jour pour ce CDT uniquement (de 8h00 à 20h00), alors que les CDT de CDF et de PRT devaient être ouverts 24 heures sur 24. La (très) faible activité nocturne de la policlinique de VDT (environ 1 cas par nuit selon des chiffres fournis par l'HNE), qui devait être intégrée dans le CDT, était mise en perspective pour justifier cette différence de traitement. En parallèle à ce CDT, il était préconisé un partenariat avec les médecins installés au Vallon pour assurer la garde médicale durant la nuit et, partant, la sécurité sanitaire.

Sur la base de ces arguments, l'option No 15 du Conseil d'Etat prévoyait qu'un centre de diagnostic et de traitement (CDT) soit développé sur le site de Val-de-Travers (VDT) et que son ouverture soit limitée à la journée. Le Conseil d'Etat admettait toutefois une période de transition et prévoyait une ouverture en continu, y compris la nuit, durant trois ans. Ce délai devait donner le temps nécessaire aux partenaires d'organiser un service de transport efficace et permettre aux acteurs concernés, en l'occurrence les médecins libres praticiens, l'HNE et l'Etat, de trouver une solution pour améliorer la garde médicale durant la nuit. Il devait également permettre la réorganisation des services d'urgences, notamment le 144 et la médecine de garde.

Comme indiqué au chapitre 2.2, le Grand Conseil a amendé le décret proposé par le Conseil d'Etat. Dans ce cadre, il a notamment modifié l'option portant sur le développement d'un CDT sur le site de VDT pour que celui-ci soit ouvert en continu, sans limite dans le temps.

2.2.3. *L'option stratégique relative aux soins intensifs*

L'option stratégique No prévoit que des services de soins intensifs soient localisés sur chacun des sites de CDF et de PRT. Cette option confirme une situation existant de longue date et n'a pas nécessité une mise en œuvre particulière. Elle n'a ainsi pas donné lieu à débat au Grand Conseil en 2012.

2.2.4. *L'option stratégique relative aux investissements sur le site de La Chaux-de-Fonds*

Par l'option No 10, le Grand Conseil reconnaissait la nécessité de procéder à la rénovation du site de CDF, sur différents éléments du bâtiment. Sans projet concret pour leur rénovation, il admettait que des travaux étaient nécessaires dans les blocs opératoires, dans le hall d'entrée et dans les unités de soins.

2.2.5. *Les options stratégiques relatives à la chirurgie*

Trois options stratégiques concernent l'activité de chirurgie. Celles-ci prévoient la création de centres de compétences dans les domaines de l'appareil locomoteur et de la chirurgie ambulatoire, tous deux sur le site de PRT, et dans celui de la chirurgie stationnaire, sur le site de CDF.

Pour ces trois options, des analyses complémentaires ont été demandées par le Grand Conseil lors du premier débat à leur sujet. Elles ont ensuite été acceptées par le Parlement au printemps 2013, décision qui a fait l'objet d'un référendum dont la votation a eu lieu en novembre 2013. Le peuple a alors décidé de suivre la majorité politique et d'accepter ces options.

2.2.6. Les options stratégiques relatives aux études sur l'organisation spatiale à long terme

Pour leur grande majorité, les options stratégiques validées par le Grand Conseil, voire pas le peuple, portent sur l'organisation de l'HNE à court et moyen terme. Deux d'entre elles prévoyaient, en outre, de se projeter à un horizon plus lointain et à réfléchir à l'organisation spatiale de l'HNE à long terme.

En effet, les options No 16 et No 17 donnaient mandat au Conseil d'Etat de mener des études visant à déterminer la faisabilité et l'opportunité de regrouper l'activité de soins aigus, respectivement de réadaptation, sur un site unique et d'abandonner une organisation éclatée comme on la connaît aujourd'hui.

Le Grand Conseil a validé ces options et, par un amendement au décret, demandé au Conseil d'Etat de solliciter rapidement un crédit d'engagement pour mener ces études.

2.3. Mise en œuvre des options stratégiques

Si certaines des options stratégiques approuvées par le Grand Conseil consistaient à valider une situation existante, d'autres nécessitaient des études complémentaires avant de pouvoir être mises en œuvre réellement. Ainsi, dans le prolongement des décisions du Grand Conseil, le Conseil d'Etat a invité l'HNE à lui présenter ses plans de mise en œuvre pour chacune d'elles.

Sur cette base, un certain nombre des options stratégiques a déjà pu être pleinement opérationnalisé, à l'instar du centre de sénologie sur le site de CDF, dont l'ouverture a eu lieu en 2014. Toutefois, sensible à certains signaux et indicateurs, le Conseil d'Etat a prié le Conseil d'administration d'HNE de réévaluer la faisabilité des mesures en lien avec les options stratégiques décidées par le Grand Conseil en tenant compte du contexte financier délicat (voir chapitre 2.1.4) et de la situation du marché de l'emploi pour le personnel médico-soignant (voir chapitres 2.1.1 et 2.1.3). En effet, il est apparu que certaines options stratégiques déjà mises en œuvre nécessitaient une réflexion de fond à l'aune de l'évolution récente et rapide des conditions-cadres du secteur hospitalier, notamment la situation du marché du travail et les réformes menées au niveau national, telles que celle relative au financement.

Tenant compte de ces changements, l'HNE a présenté de nouvelles propositions d'organisation s'agissant des CTR, du CDT de VDT, des soins intensifs et de la chirurgie devant lui permettre de s'adapter à ce nouveau contexte.

2.3.1. Les CTR

Comme indiqué au chapitre 2.2.1, les options stratégiques relatives aux CTR venaient valider une situation existante. Leur mise en œuvre ne sollicitait dès lors pas de décision particulière.

Cela dit, l'évolution décrite au chapitre 2.1 a des conséquences certaines et importantes dans le domaine de la réadaptation. La dotation médicale est un souci réel pour l'HNE dans ce domaine et l'organisation actuelle de l'HNE n'est pas compatible avec le modèle de financement en cours d'élaboration au niveau national (voir chapitre 2.1.2). La dispersion des équipes médico-soignantes sur plusieurs sites crée, en outre aujourd'hui déjà, des difficultés organisationnelles qui pénalisent l'HNE dans son efficience.

Dans ce contexte et dans la perspective des études à mener sur l'organisation spatiale de l'HNE, ce dernier a émis des pistes concrètes pour la réorganisation de son activité de réadaptation. Ainsi, dans un rapport remis au début du mois de juillet 2014 au Conseil d'Etat (voir annexes 1 et 2), l'HNE met en perspective les nouvelles contraintes organisationnelles que générera la nouvelle structure tarifaire pour la réadaptation. Il en découle notamment la nécessité de constituer une prise en charge par filières de soins.

Ces changements impliquent une réflexion de fond autour de la localisation des sites de réadaptation dans le canton. L'HNE estime que la nécessaire spécialisation générée par le changement de financement demande un regroupement des prestations sur un site, voire deux sites si ceux-ci sont liés aux soins somatiques aigus, la situation actuelle avec une organisation sur quatre sites n'étant aujourd'hui plus tenable.

Sensible à cette situation et aux enjeux importants qui en découlent pour l'HNE et le canton, le Conseil d'Etat est entré en matière, en septembre 2014, sur le principe de la réorganisation des CTR de l'HNE et de la remise en question anticipée de l'existence de quatre sites de réadaptation. Cela dit, comme aucune proposition concrète d'organisation à court ou moyen terme n'a été faite par l'HNE, il lui a été demandé d'étudier différents scénarios concrets lui permettant de se restructurer dans un délai rapide (2 - 5 ans) et dans la perspective de son organisation spatiale à plus long terme. Ces scénarios doivent toutefois pouvoir évoluer en fonction des choix à long terme qui seront arrêtés dans le cadre de ces travaux, tant pour les soins aigus que pour la réadaptation.

Dans un nouveau rapport remis le 22 avril 2015 au Conseil d'Etat, l'HNE donne suite aux demandes du Gouvernement. Les propositions y relatives de l'HNE sont décrites dans le chapitre 3.2 ci-dessous et le rapport de l'HNE est présenté à l'annexe 3.

2.3.2. Le CDT de VDT

Au début de l'été 2014, l'HNE présentait ses intentions concernant les CDT (voir annexe 4), celles-ci s'inscrivant dans le cadre des réflexions autour de sa réorganisation. Il y définit, d'une part, ce qu'est un CDT (voir chapitre 4.1) et quelles prestations doivent lui être rattachées pour répondre aux besoins de la population des Montagnes, du Littoral et du Val-de-Travers et, d'autre part, les impacts de la création des CDT et les synergies à prévoir avec les différents partenaires de santé.

Les propositions de l'HNE répondent au mandat validé par le Grand Conseil au printemps 2012 selon lequel ces CDT sont localisés sur les sites de CDF, de PRT et du VDT. Elles s'en écartent cependant sur un point, à savoir que l'HNE considère que le CDT du VDT ne doit être ouvert qu'en journée alors que le Parlement a décidé qu'il devait l'être en permanence (7 jours/7 et 24 heures/24), à l'image de ce qui est proposé dans les villes.

En septembre 2014, fort de divers constats détaillés au chapitre 4, le Conseil d'Etat est entré en matière sur le principe de la création des trois CDT tels que proposés par l'HNE. Il a cependant réservé sa décision relative aux heures d'ouverture du CDT du VDT. A ce sujet, il a demandé à l'HNE de lui fournir une analyse comparative des deux scénarios d'ouverture en continu, versus d'ouverture limitée à la journée. Cette analyse complémentaire (voir annexe 5) a été remise au Conseil d'Etat en toute fin d'année 2014.

Dans un nouveau rapport remis le 22 avril 2015 au Conseil d'Etat (voir annexe 6) et tenant compte des propositions décrites au chapitre 3 s'agissant des CTR, l'HNE confirme son objectif en termes d'heures d'ouverture pour ce CDT. A cette occasion, il propose notamment de ne plus utiliser l'appellation de CDT - terme peu parlant pour la population et uniquement utilisé dans le canton de Neuchâtel - et de faire désormais référence à une policlinique - terme bien mieux ancré dans l'esprit de la population. Ce terme de policlinique est retenu pour la suite du présent rapport. La policlinique dont il est question ici s'avère être une structure renforcée par rapport à la policlinique telle qu'on la connaît déjà aujourd'hui (voir chapitres 4.1 et 4.2.1).

2.3.3. Les soins intensifs

Par un courrier du début d'année 2015 (voir annexe 7), l'HNE a informé le Conseil d'Etat des sérieuses difficultés qu'il rencontrait dans l'exploitation de deux services de soins intensifs, l'un à CDF et l'autre à PRT. Confronté à des départs et des absences de longue durée ainsi qu'à une pénurie de personnel spécialisé le pénalisant dans le remplacement de celui-ci, l'HNE a demandé au Conseil d'Etat de reconsidérer, de manière urgente, l'option stratégique relative aux soins intensifs.

Il a ainsi émis le souhait de pouvoir centraliser les soins intensifs sur le site de PRT et de créer, à l'automne 2015, des lits de soins continus sur le site de CDF. Il relève que seule la centralisation des soins intensifs à PRT est envisageable en raison du plus grand volume de patients concernés sur ce site, de la présence de l'obstétrique (césariennes en particulier) et de la traumatologie. Ces propositions sont décrites plus en détail au chapitre 5.

2.3.4. Les investissements

A fin avril 2014, après de nombreux mois d'études et de travaux, étaient inaugurées et mises en service trois nouvelles salles d'opération sur le site de CDF. Par cet investissement de près de 10 millions de francs, hors équipement, l'HNE entamait la rénovation de son site chaux-de-fonnier. Dans le prolongement, les travaux du hall d'entrée de ce même site débutaient et devraient aboutir très prochainement. Pour un investissement de l'ordre de 2,5 millions de francs, l'HNE rénove donc cet espace et plus particulièrement le sas d'entrée, l'aménagement de l'espace d'attente et du kiosque. Sont également prévus un agrandissement des boxes d'accueil administratif et la mise en conformité des sanitaires. Deux des trois objectifs fixés dans le cadre des options stratégiques à horizon 2017 sont donc atteints ou en voie de l'être.

Par ailleurs, en fin d'année 2014, l'HNE a saisi le Conseil d'Etat d'une demande d'approbation (voir annexe 8) d'un projet de rénovation d'un coût de 35 millions de francs (+/- 20%) pour les unités de soins de son site de CDF, conformément à la LEHM (art. 13, let. i)) qui stipule que les investissements importants doivent être soumis à son approbation. Ces propositions sont décrites au chapitre 6.

2.3.5. La chirurgie

Au début de l'été 2014, l'HNE présentait ses intentions concernant la chirurgie. L'organisation proposée par l'HNE vise à centraliser la chirurgie stationnaire sur le site de CDF et la chirurgie ambulatoire ainsi que celle de l'appareil locomoteur sur le site de PRT. Selon les propositions de l'HNE, quelques exceptions à la centralisation sont toutefois maintenues, ce pour des raisons de synergies entre certaines spécialités et d'efficacité (utilisation de ressources matérielles et en personnel), dans un cas en raison

de la reconnaissance attribuée actuellement au site de PRT. Le calendrier de mise en œuvre proposé s'étend entre 2014 et 2017.

S'agissant des urgences chirurgicales et tenant compte des statistiques horaires d'activité, des standards minimaux de qualité et des compétences requises, l'HNE a proposé la centralisation des "codes rouges" (en 2013, 52 patients chirurgicaux dont le pronostic vital était engagé et nécessitant une prise en charge immédiate) sur le site de PRT, en lien avec l'activité d'obstétrique et de pédiatrie qui requiert également une telle prise en charge et donc des disponibilités en personnel médico-soignant-technique et en salles opératoires pour ce faire. De plus, vu la faible activité chirurgicale durant la nuit (après 20 heures) et le week-end aux heures diurnes, il propose de suspendre l'activité de chirurgie durant ces périodes sur le site de CDF et de centraliser les prestations chirurgicales sur le site de PRT, les salles d'opérations devant de toute manière rester ouvertes pour la traumatologie et l'obstétrique.

Considérant que, selon les propositions de l'HNE, plus de 90% de l'activité chirurgicale stationnaire serait regroupé sur le site de CDF et que plus de 98% de l'activité ambulatoire serait réuni sur le site de PRT, le Conseil d'Etat estime que les décisions politiques et populaires prises en la matière sont respectées. Il considère, en outre, comme légitimes les motivations ayant poussé l'HNE à proposer quelques rares exceptions à la centralisation de l'ensemble des activités stationnaires et ambulatoires sur l'un ou l'autre site, en particulier les synergies entre certaines spécialités, le souci de l'efficacité dans l'utilisation de ressources matérielles et humaines ou encore les limites liées aux certifications à obtenir pour certaines prestations. Enfin, la proposition de l'HNE de renoncer aux interventions chirurgicales la nuit et le week-end sur le site de CDF lui semble cohérente au regard de la très faible activité déployée dans le canton à ces périodes et des contraintes financières, mais aussi des garanties offertes par l'HNE concernant la prise en charge durant ces périodes des patients hospitalisés sur ce site.

Sur la base de ce qui précède, le Conseil d'Etat a accepté sur le principe les réorganisations de l'activité de chirurgie proposées par l'HNE. Il a toutefois sollicité de sa part des compléments concernant les conséquences financières de ces choix et un calendrier précis. Enfin, le Conseil d'Etat, qui entend suivre de près l'évolution de ce dossier, a demandé à l'HNE de lui soumettre des rapports d'étape sur la mise en œuvre desdites options, à fin 2015 et à fin 2017.

Par courrier du 27 janvier 2015, l'HNE a informé le Conseil d'Etat des difficultés qu'il rencontrait s'agissant de sa dotation médico-soignante et du fait qu'il devait en conséquence anticiper ses démarches visant à centraliser les codes rouges et à fermer les blocs opératoires du site de CDF le week-end et les jours fériés. L'HNE souhaite pouvoir mettre en place cette nouvelle organisation à brève échéance, la situation étant critique.

Confirmant ses décisions initiales de septembre 2014 et sensible aux difficultés rencontrées par l'HNE dans son organisation ainsi qu'aux sérieux problèmes de dotations médico-soignantes auxquels il est confronté, rendant certaines prises en charge aléatoires, voire peu sécuritaires, le Conseil d'Etat a validé la demande de mise en œuvre anticipée, prenant effet au mois d'avril 2015, par l'HNE de deux pans de sa nouvelle organisation dans le domaine de la chirurgie, à savoir la centralisation des urgences chirurgicales sur le site de PRT et la réorganisation des plages horaires d'ouverture des blocs du site de CDF.

2.3.6. Les études sur l'organisation spatiale à long terme

Le Conseil d'Etat a donné suite à la requête du Parlement de lui présenter rapidement un rapport demandant un crédit d'engagement devant lui permettre de réaliser les études sur

l'organisation spatiale de l'HNE à long terme. Ainsi, cinq mois après qu'elle ait été formulée, cette demande trouvait réponse dans le rapport 12.055⁶ par lequel le Conseil d'Etat a sollicité de la part du Grand Conseil un crédit d'engagement de 3,5 millions de francs devant lui permettre de mener à bien les études nécessaires à une appréciation de la faisabilité et de l'opportunité de créer un site unique de soins aigus, respectivement un centre de traitement et de réadaptation unique, ou de poursuivre dans la voie d'une activité de soins aigus répartie sur deux sites, respectivement de réadaptation sur quatre sites.

Pas totalement convaincu par l'ampleur des études à mener, le Grand Conseil a décidé d'amender le décret qui lui était proposé. Par son décret du 27 mars 2013, il a ainsi limité le crédit d'engagement octroyé au Conseil d'Etat à 500.000 francs pour la réalisation des études liées à la seule première étape du projet, à savoir la définition du cahier des charges de l'hôpital à horizon 2022.

Les conditions sont aujourd'hui réunies pour réaliser ces études sur l'organisation à long terme de l'HNE, de manière à pouvoir apporter le plus rapidement possible des réponses aux nombreuses questions qui se posent sur son avenir et celui de ses différents sites. En début d'année 2015, deux projets ont ainsi été lancés en parallèle pour apporter cette vision de l'hôpital de demain. Le premier, interne à l'HNE, doit permettre à ce dernier de définir sa stratégie institutionnelle à horizon 2022 en mobilisant ses propres équipes; le second, porté conjointement par le Conseil d'Etat et l'HNE et intégrant les résultats du premier, doit permettre de définir l'organisation spatiale de l'HNE à long terme. La première phase des études à mener doit permettre au Conseil d'Etat et au Conseil d'administration d'HNE d'obtenir une vision plus claire des possibilités d'organisation spatiale de l'institution et de réduire le nombre de scénarios à approfondir.

Tenant compte d'un calendrier ambitieux, les résultats de ces premières analyses sont attendus pour le début de l'été 2016. Des études de détail seront menées dans un second temps sur ces derniers scénarios retenus.

2.4. La politique sanitaire 2015 - 2022

Au début de l'année 2015, le Conseil d'Etat a arrêté sa politique sanitaire pour les années 2015 – 2022. Il y définit six orientations stratégiques, déclinées en un certain nombre d'objectifs, eux-mêmes subdivisés en mesures.

Dans ce cadre, le Conseil d'Etat annonce qu'il entend réorganiser les établissements de droit public, notamment par la réalisation de deux mesures qui consistent à assurer le suivi des options stratégiques intermédiaires de l'HNE et à mener une réflexion sur l'organisation spatiale de l'institution. La première de ces mesures implique la prise de décisions définitives sur un certain nombre de propositions de l'HNE portant sur la mise en œuvre de ces options, respectivement sur leur remise en question.

Le présent rapport s'inscrit dans cette perspective dans la mesure où le Conseil d'Etat y propose la remise en question ou la suspension de certaines options qui apparaissent aujourd'hui peu efficaces, peu sécuritaires, voire inapplicables à court ou moyen terme.

3. LES CENTRES DE TRAITEMENT ET DE READAPTATION (CTR)

⁶ Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de décret portant octroi d'un crédit d'engagement de 3,5 millions de francs pour procéder aux études sur la création d'un site hospitalier unique de soins aigus, respectivement de réadaptation, du 24 octobre 2012.

3.1. Définitions

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la réadaptation comme étant la "*mise en œuvre d'un ensemble optimal de mesures physiques, sensorielles, intellectuelles, psychologiques et sociales destinées à restituer à l'intéressé un usage aussi complet que possible de la ou des fonctions atteintes en vue de retrouver la meilleure activité possible et une place appropriée dans la société*". Dans son document DefReha, H+ en déduit que "*l'objectif de la réadaptation repose sur une idée maîtresse: restaurer l'indépendance et l'autonomie, si possible dans l'environnement existant, par exemple dans le logement occupé jusque-là. Si le déroulement de la réadaptation révèle que ce n'est pas possible, l'objectif doit être adapté et/ou des modifications doivent être apportées à l'environnement*".

Dans ce contexte, les hôpitaux de réadaptation proposent des soins de réadaptation ayant pour objectif d'accélérer ou de rendre possible un retour à domicile. Il s'agit d'entreprendre des mesures permettant au patient de récupérer des fonctions atteintes par une maladie ou un accident, ou de l'aider à s'adapter à la fonction non récupérée. H+, dans son document DefReha, définit neuf domaines spécifiques de la réadaptation, à savoir:

- la réadaptation gériatrique,
- médecine interne et oncologique,
- cardio-vasculaire,
- musculo-squelettique, neurologique,
- pédiatrie,
- en cas de paraplégie,
- psychosomatique et
- pulmonaire.

Il est toutefois relevé que le modèle de financement développé actuellement par SwissDRG SA pour l'ensemble du pays ne retient que quatre de ces neuf domaines (musculo-squelettique, cardio-vasculaire, pulmonaire et neurologique).

3.2. Propositions de l'HNE

L'HNE doit se projeter sans délai dans un avenir relativement proche (2018) qui verra l'entrée en vigueur d'un mode de financement par prestation. Dans ce contexte, il lui est essentiel de se réorganiser par filière de soins (voir chapitre 2.1.2). En effet, à défaut de s'inscrire dans cette démarche, l'HNE risque d'être pénalisé financièrement.

La nécessaire spécialisation générée par le changement de financement ne pourra pas se réaliser sur les quatre sites qu'exploite actuellement l'HNE pour la réadaptation. Par conséquent, et comme indiqué au chapitre 2.3.1, l'HNE propose un regroupement de ses prestations sur un seul site, voire deux sites si ceux-ci sont liés aux soins somatiques aigus.

Comme cette nouvelle organisation - qui doit encore faire l'objet d'études et de décisions politiques (voir chapitre 2.3.6) - ne pourra pas être mise en place à brève échéance, l'HNE présente une organisation transitoire tenant compte de ses préoccupations sur l'évolution de la réadaptation et de son financement ainsi que des possibilités structurelles existantes. En outre, il relève qu'il s'avère nécessaire de diminuer rapidement le nombre de sites de réadaptation dans le canton car la supervision médicale des sites est, aujourd'hui déjà, difficile à assurer. La situation médicale est devenue fragile vu la faible densité médicale, le manque de capacité de recrutement et les mouvements au sein de l'institution. A défaut d'une décision rapide sur l'organisation de la réadaptation, la

fermeture de l'un ou l'autre des sites CTR pourrait devoir intervenir de manière inopinée pour des raisons de pénurie médicale.

Dans ce contexte, l'HNE demande de pouvoir:

1. créer une unité de gériatrie aiguë;
2. regrouper son activité de réadaptation sur deux sites.

3.2.1. *Création d'une unité de gériatrie aiguë*

Aujourd'hui, la frontière entre les prises en charge de type "réadaptation" et "gériatrie aiguë" n'est pas clairement établie au sein de l'HNE. La réflexion sur l'organisation des CTR a mis en évidence ce manque de clarté qui se traduit également par une prise en charge suboptimale pour le patient, les ressources et les compétences nécessaires pour ces deux types de prise en charge n'étant pas strictement identiques.

Pour faire face à cette situation et pour s'adapter au vieillissement de la population, l'HNE entend développer une nouvelle unité de gériatrie aiguë sur son site de CDF qui dispose, à ce jour, des espaces nécessaires pour accueillir cette nouvelle prestation. Après une première phase de mise en place avec la création de 6 lits à fin 2015, ce sont 18 à 24 lits de gériatrie aiguë qui devraient être développés au sein de l'HNE. Cette nouvelle activité de soins aigus doit permettre à l'HNE de réduire ses besoins en termes de lits de réadaptation et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

3.2.2. *Regroupement de l'activité de réadaptation sur deux sites*

Pour s'adapter au nouveau système de rémunération des prestations de réadaptation, l'HNE entend se réorganiser en filière de soins spécifiques, à savoir neurologique, musculo-squelettique, gériatrique ainsi que médecine interne et oncologie. Les réadaptations cardio-vasculaire et pulmonaire auront également leur place à l'HNE, sous la forme de prestations ambulatoires uniquement.

De manière à permettre d'optimiser l'utilisation des ressources, de gérer les fluctuations de taux d'occupation entre les filières et de créer une philosophie de soins commune, l'HNE souhaite pouvoir regrouper l'ensemble de ces prestations de réadaptation au sein d'un seul et même bâtiment. Une organisation sur deux sites, avec des filières bien définies et dédiées chacune à l'un des deux sites, pourrait également permettre d'atteindre les objectifs précités, ce pour autant que l'activité de réadaptation soit physiquement couplée à une activité de soins aigus. Selon cette dernière approche, la répartition des filières devrait se faire selon les spécialités des soins aigus. Ainsi, le service de réadaptation neurologique devrait être implanté sur le même site que le service de neurologie et le service de réadaptation musculo-squelettique sur le même site que le service d'orthopédie.

Conscient que ces scénarios d'organisation ne sont envisageables qu'à long terme à mesure qu'ils nécessitent l'un et l'autre une adaptation importante de bâtiments, voire la construction d'un nouveau, l'HNE propose un scénario provisoire mais relativement rapide à mettre en place pour s'inscrire autant que faire se peut dans cette nouvelle approche par filière.

Dans un premier temps, soit à fin 2015, il souhaite pouvoir transférer l'activité déployée actuellement sur le site de La Béroche vers celui du Locle. Dans un deuxième temps, soit à fin 2016, il souhaite pouvoir procéder à un transfert similaire de l'activité stationnaire du site de VDT sur les sites de VDR et du Locle. Un scénario prévoyant le transfert de l'activité de VDR sur les sites de VDT et du Locle a également été imaginé par l'HNE,

mais n'a finalement pas été retenu pour des raisons qui sont détaillées par l'HNE dans son rapport à l'annexe 3. Il regrouperait ainsi son activité de réadaptation sur deux sites à brève échéance et avant l'entrée en vigueur du nouveau mode de financement dans ce domaine.

3.3. Conséquences

3.3.1. Ressources humaines

Les conséquences des réformes proposées par l'HNE sont importantes. Ce sont près de 150 personnes qui seraient concernées par ces changements organisationnels et qui devraient changer de lieu de travail. Des postes seraient supprimés et de nouveaux postes similaires devraient, dans la grande majorité des cas, pouvoir être proposés sur d'autres sites. Dans tous les cas de figure, les règles de la CCT Santé 21 devront être scrupuleusement respectées. Il s'agit en particulier de l'indemnisation pour les éventuels frais supplémentaires de déplacement, ainsi que des mesures d'accompagnement et des indemnités prévues pour le personnel concerné par une suppression de poste.

3.3.2. Infrastructures

Cette option entraîne logiquement l'abandon par l'HNE de ses sites de BER et de VDT. Si presque aucun investissement ne devrait être entrepris sur le site du Locle pour absorber cette activité supplémentaire ni sur le site de CDF pour le développement de l'activité de gériatrie aiguë, les locaux étant déjà actuellement adéquats, des adaptations des infrastructures devront avoir lieu sur le site de VDR qui doit accueillir une dizaine de lits supplémentaires. Le coût de ces travaux qui dureraient une année environ est évalué à 1 million de francs. D'autres variantes plus dispendieuses ont également été étudiées et permettraient l'accueil de lits supplémentaires, mais n'apparaissent pas utiles en regard des besoins actuels et de l'organisation proposée.

3.3.3. Finances

L'organisation par filières du secteur de la réadaptation proposée par l'HNE répond à une évolution nécessaire à court terme déjà, en raison notamment de son mode de financement. A défaut de s'inscrire dans cette démarche, l'HNE risque d'être pénalisé financièrement avec, pour conséquence, une diminution des recettes et, certainement, un transfert de charges des assurances vers le canton.

Par ailleurs, la création d'une unité de gériatrie aiguë permettra à l'HNE d'améliorer sa facturation pour des prestations actuellement rémunérées sur la base des forfaits de réadaptation, moins rémunérateurs.

Plus concrètement, l'HNE table sur une économie de l'ordre de 4 millions de francs en cas de regroupement de l'activité de BER et de VDT sur les sites du Locle et de VDR. Une perte de recettes d'environ 1 million de francs pour la location de locaux au CNP doit également être prise en compte. Au final, la réorganisation proposée par l'HNE devrait permettre de générer une économie de 2,5 à 3 millions de francs, dépendant de la solution qui sera trouvée pour la prise en charge des patients cérébrolésés. Ces chiffres tiennent compte des investissements à consentir par l'HNE et décrits au chapitre précédent.

Par ailleurs, les valeurs au bilan des bâtiments hospitaliers et des équipements médico-techniques représentent plus de 5 millions de francs.

Il est relevé au chapitre 3.3.1 que des suppressions de postes pourraient conduire à des licenciements. Malgré les efforts qui seront consentis pour l'éviter et pour replacer le personnel concerné, il se peut que des indemnités doivent être versées et qu'un plan social doit être proposé, avec des conséquences financières à la clé. Ces coûts de restructuration, pour des réformes décidées par l'Etat, devront vraisemblablement être pris en charge par ce dernier, considérant qu'ils viendront charger le budget de l'hôpital qui ne sera en principe pas en mesure de les assumer sans creuser un déficit.

Enfin, si la variante d'implantation du second CTR sur le site de VDT générerait une économie, de l'ordre de 3,2 millions de francs, plus importante que celle retenue par l'HNE, ce dernier y voit d'autres inconvénients qui viennent balancer cette vision purement financière. Citons parmi ceux-ci, la moins bonne attractivité du site sous l'angle du recrutement du personnel et des patients, la perte de la piscine thérapeutique existante sur le site du VDR, la valeur au bilan plus importante du bâtiment de ce site rendant sa vente probablement plus compliquée ainsi que la durée des transferts plus longue entre les sites de soins aigus et le site de VDT.

3.4. Appréciation du Conseil d'Etat

Comme indiqué au chapitre 2.3.1, le Conseil d'Etat est sensible aux arguments avancés par l'HNE pour soutenir la réorganisation de son secteur de la réadaptation. Ainsi, l'organisation par filière telle que proposée par l'HNE est cohérente avec l'évolution du secteur et de son financement. Le développement de la gériatrie aiguë l'est tout autant en raison de l'évolution démographique, mais également en regard du modèle de planification hospitalière retenu par le canton de Neuchâtel et recommandé par la CDS.

Le Conseil d'Etat relève que l'évaluation des besoins en lits réalisée par l'HNE est en phase avec les prévisions établies par l'Etat dans le cadre de la planification hospitalière. Reste encore à savoir, au moment de la rédaction du présent rapport, si l'HNE obtiendra les mandats qu'il a sollicités dans le cadre du processus d'élaboration de la liste hospitalière cantonale. Cette donnée sera cependant connue au moment où le Grand Conseil traitera du présent rapport.

En outre, les propositions faites par l'HNE s'inscrivent dans le cadre de la planification médico-sociale pour personnes âgées (PMS), tenant compte notamment du développement prévu d'unités d'accueil temporaire.

Si les réflexions sur l'organisation spatiale de l'HNE pour le long terme n'ont aujourd'hui fait que débiter, il apparaît déjà clairement au Conseil d'Etat que le nombre actuel de sites de réadaptation est trop important et que le nombre de lits par site est inefficace, rendant impossible de se projeter dans un nouveau modèle de prise en charge tel qu'il est imposé par l'évolution du secteur. Cet éclatement ne fait finalement que découler d'une situation historique, qui s'avère aujourd'hui inefficace et inappropriée, en termes d'organisation, de reconnaissance et de recrutement ainsi que sous l'angle financier. Cela dit, les changements proposés par l'HNE devront être confirmés pour le long terme suite aux études en cours sur l'organisation spatiale de l'institution.

De manière générale, le Conseil d'Etat est convaincu que les changements proposés par l'HNE vont contribuer à augmenter la qualité de la prise en charge des patients, à améliorer l'image et l'attractivité de l'institution, à réaliser des économies et à favoriser la rentabilité. Ces gains seront obtenus en maintenant, voire en améliorant, le niveau de sécurité sanitaire actuel et en garantissant un accès adéquat aux prestations pour la population.

Fort de ces constats, le Conseil d'Etat approuve les demandes de l'HNE et les relaie aujourd'hui au Grand Conseil pour décision dans la mesure où elles relèvent de sa compétence. En effet, d'une part, l'existence des sites hospitaliers de l'HNE est prévue par la LEHM (art. 2, al. 2) rendant une modification de cette loi nécessaire pour entériner les décisions et, d'autre part, le décret sur les options stratégiques à horizon 2017 décrites au chapitre 2.2 définit les missions attribuées aux sites hospitaliers imposant une révision dudit décret.

Le Conseil d'Etat est conscient que des ajustements et solutions doivent encore être trouvés pour la prise en charge des patients cérébrolésés actuellement assurée sur le site de BER et pour le déménagement des prestations d'hôpitaux de jour proposées aujourd'hui sur le site du Locle par le CNP. Il considère cependant que ces éléments ne doivent pas bloquer le processus décisionnel, confiant que des solutions appropriées pourront être trouvées. Des discussions dans ce sens sont déjà en cours avec plusieurs partenaires.

4. LA POLICLINIQUE DU VAL-DE-TRAVERS

4.1. Définition d'une policlinique

Les policliniques sont conçues comme des centres de soins de proximité qui intègrent des prestations médicales multidisciplinaires. Elles regroupent les prestations fournies actuellement par les services d'urgences et les policliniques, à l'exception de la prise en charge des urgences vitales. Ces dernières seront acheminées par le SMUR directement vers le service d'urgences d'un site de soins aigus.

Concrètement, les policliniques accueillent tout patient, effectuent les investigations nécessaires ou déterminent le plan d'investigation, posent un diagnostic et indiquent le traitement à suivre. Elles assurent également le traitement des patients en ambulatoire (petite chirurgie ambulatoire, hôpital de jour). De plus, elles offrent des consultations spécialisées. Enfin, bien qu'axées sur les prises en charge ambulatoires, les policliniques ont la compétence de maintenir un patient le temps d'un transfert en soins aigus.

Il est relevé que les policliniques ne sont pas des mini-hôpitaux, mais bien des centres de proximité offrant des prestations ambulatoires étendues et constituant une porte d'entrée vers l'HNE, ce qui signifie qu'un patient reçu dans ce lieu et devant poursuivre son traitement sur un site de soins aigus n'a pas à repasser par les étapes effectuées jusque-là.

Enfin, les policliniques ne doivent pas être imaginées en fonction d'un rattachement à une structure hospitalière. Elles sont autonomes en termes de ressources humaines, d'équipements, etc. Elles ont un fonctionnement propre, même si un site de soins aigus se trouve à proximité.

4.2. Propositions de l'HNE

L'HNE, respectant les décisions politiques en la matière, a différencié les prestations des trois policliniques des Montagnes, du Littoral et du Val-de-Travers en fonction du bassin de population qu'elles desservent, la limite ayant été fixée à 30.000 habitants. Sans entrer encore dans le détail des prestations à fournir dans les policliniques des deux villes, il est admis que les prestations proposées dans celle du Val-de-Travers sont différentes de celles offertes dans les régions des Montagnes et du Littoral.

Par ailleurs, les heures d'ouverture proposées pour la polyclinique du VDT seraient limitées à la journée uniquement, de 8 à 22 heures, alors que les polycliniques des Montagnes et du Littoral seraient ouvertes 24 heures/24. L'HNE considère, en effet, que l'activité nocturne actuelle (de 22h00 à 8h00) de la polyclinique du Val-de-Travers, soit 117 patients ou 1 patient toutes les 3 nuits en 2013, ne justifie pas une ouverture en continu. Tenant compte de cette proposition, l'HNE recommande la mise en place d'un partenariat avec les médecins installés au Vallon afin d'assurer la garde médicale durant la nuit.

La majorité des prestations proposées dans le concept des polycliniques sont déjà offertes sur le site du VDT. Ce nouveau concept peut dès lors y être rapidement mis en œuvre.

4.2.1. Offre de la polyclinique

Les propositions de l'HNE ne consistent pas en une diminution de l'offre de prestations sur le site de VDT. Certes, les horaires d'ouverture seraient moins larges, mais les propositions vont dans le sens d'une amélioration de la qualité des prestations et d'un accroissement des prestations offertes. Pour démontrer cette affirmation, l'offre de la polyclinique du VDT est présentée ci-après en différenciant les prestations déjà existantes des prestations à développer dans le cadre des réorientations proposées.

Les prestations envisagées s'inscrivent dans des filières de prise en charge. Par filière de prise en charge, il faut comprendre le cheminement potentiel du patient à travers les différents types de prise en charge, tels que urgences, ambulatoire programmé, consultations spécialisées, lits d'observation, jusqu'à l'hospitalisation ou le retour à domicile, puis éventuelles consultations de suivi.

Les différentes prestations proposées se veulent conformes aux besoins de la population, tout en étant proportionnées aux missions qui leur sont conférées et à l'optimisation de la trajectoire des patients. L'objectif est d'éviter des déplacements inutiles et des examens redondants ainsi que de disposer rapidement d'un programme thérapeutique pour les patients et d'un acheminement adéquat dans le réseau.

Tableau 1: offre de la polyclinique du VDT

Prestations	Statut
<i>Urgences et ambulatoire non programmé</i>	
Permanence médico-chirurgicale de 8h00 à 22h00 pour les urgences "debout", pas d'urgences couchées ni vitales	Existant
<i>Ambulatoire programmé</i>	
Permanence médico-chirurgicale avec rendez-vous, ouverte de 8h00 à 22h00	Existant
Consultations spécialisées de chirurgie générale, de gynécologie, d'oncologie, d'orthopédie et de rhumatologie	Existant
Consultations spécialisées de gériatrie	A créer
<i>Consultations chroniques : infirmières diplômées (ID) en pratique avancée</i>	
Consultations ID en pratique avancée : diabétologie et plaies	Existant
Consultations ID en pratique avancée: prise en charge gériatrie, cardiologie, pneumologie	A créer
<i>Lits d'observation / hôpital de jour</i>	
Hôpital de jour multidisciplinaire électif – 2 jours par semaine	Existant
<i>Autres prestations</i>	
Diététique, ergothérapie, physiothérapie, gypsothérapie	Existant

Plateau technique	
Radiologie conventionnelle	Existant
Scanner	Pertinence et financement à évaluer / inexistant à ce jour
Transfert patients	
Transfert mis en place et pris en charge par l'HNE	Existant

Il est encore relevé qu'un SMUR est proposé sur le site de VDT bien qu'il ne soit pas intégré à proprement parler à la polyclinique.

Des collaborations ont, par ailleurs, été nouées entre l'HNE et la médecine de ville ces derniers mois ou années, dans le cadre de la plateforme de santé existante sur le site hospitalier, d'une part, et dans le cadre des maisons de garde mises en place récemment et impliquant la garde par les médecins de ville sur le site hospitalier le week-end de 12 à 22 heures. Une collaboration accrue devra être envisagée à l'avenir pour prendre en charge les urgences durant les absences du médecin du SMUR, avec les médecins de la plateforme en journée et avec les médecins des maisons de garde le week-end.

Cela étant, la présence d'un médecin ne pourra pas être assurée durant certaines plages horaires en cas de sortie du SMUR impliquant que la prise en charge sera réalisée par le personnel infirmier en attendant le retour du médecin. Considérant que le SMUR du VDT effectue en moyenne un peu plus d'une sortie toutes les deux nuits (199 sorties en 2014) et que la polyclinique prend en charge un patient toutes les 3 nuits (117 patients en 2013), on peut légitimement espérer qu'une telle situation ne devrait pas avoir lieu fréquemment et apparaît dès lors comme suffisamment sécuritaire.

Enfin, différentes prestations complémentaires seront développées dans le cadre de la planification médico-sociale pour personnes âgées (PMS) et compléteront l'offre proposée au Val-de-Travers. Si rien n'est encore formellement arrêté, il pourrait notamment s'agir d'une permanence sociale en piquet téléphonique et d'un bureau d'orientation réseau dont un projet pilote est actuellement lancé dans la région du Locle et des Brenets.

4.3. Conséquences

4.3.1. Ressources humaines

Les propositions de l'HNE vont dans le sens d'un maintien, voire d'un renforcement, des prestations existantes ainsi que d'un développement de nouvelles prestations. Celles-ci doivent s'entendre dans le cadre d'un développement général au sein de l'institution et non consacrées exclusivement au site de VDT. Ainsi, si peu d'informations sont données par l'HNE sur les conséquences de ses propositions sur les ressources humaines, il apparaît que ses dotations vont devoir se renforcer pour lui permettre d'offrir l'ensemble des prestations décrites au chapitre 4.2.1.

En outre, l'HNE est conscient de sa responsabilité au niveau de la couverture des besoins sanitaires dans la région et sait qu'il pourrait être appelé à renforcer sa dotation médicale si la densité médicale dans la région venait à se réduire. Cette augmentation d'effectif peut se concevoir à moyen terme mais ne s'avère actuellement pas nécessaire.

Enfin, les déménagements proposés auraient lieu à l'interne du site et n'auraient que peu de conséquences pour le personnel concerné par ceux-ci.

4.3.3. Infrastructures

L'HNE souhaite pouvoir regrouper l'ensemble des prestations de la polyclinique sur un seul et même étage pour le bien des patients et le confort du personnel, alors que celles-ci sont aujourd'hui réparties sur deux étages. Il est donc proposé de déménager les ergothérapeutes et les physiothérapeutes - qui occupent actuellement des locaux dédiés au 2^{ème} étage - dans des surfaces inoccupées au rez-de-chaussée. Un investissement de l'ordre de 400.000 francs serait requis pour ces travaux, livrables dans un délai d'environ huit mois.

4.3.4. Finances

L'HNE estime que les coûts d'exploitation de la polyclinique telle que proposée ainsi que du SMUR s'élèvent à environ 2,2 millions de francs alors que les recettes devraient se monter à 1,1 million de francs. Cela signifie que l'Etat serait appelé à financer ces prestations à hauteur d'environ 1 million de francs au titre de prestation d'intérêt général, comme il le fait déjà aujourd'hui.

Dans son rapport remis en fin d'année 2014, l'HNE estime que le maintien d'une polyclinique ouverte en permanence coûterait environ 800.000 francs de plus par année que la solution qu'il propose.

4.4. Appréciation du Conseil d'Etat

Comme indiqué au chapitre 2.3.2, le Conseil d'Etat n'était pas convaincu de la faisabilité et, partant, de la pérennité d'une ouverture en continu de la polyclinique du VDT. L'activité déployée par la polyclinique de ce site ne justifiait pas, à l'époque, une permanence continue dans la mesure où elle se limitait à environ un patient en moyenne par nuit. Le Conseil d'Etat avait alors proposé de limiter les heures d'ouverture de cette polyclinique aux seules heures diurnes au terme d'une période de transition de trois ans durant laquelle la polyclinique resterait ouverte en permanence.

Le Conseil d'Etat prévoyait en même temps qu'une évaluation de la fréquentation nocturne de la polyclinique serait effectuée au bout de deux ans et qu'un bilan en serait tiré. Sur cette base, il entendait réexaminer la situation et, le cas échéant, proposer au Grand Conseil de développer les activités de la polyclinique (de jour ou de nuit) ou de la fermer durant les heures les plus creuses.

Cette réévaluation a aujourd'hui eu lieu et le constat reste le même. Si on pouvait imaginer que les prestations de la polyclinique du site du VDT n'étaient pas encore bien connues il y a encore trois ans, la fréquentation actuelle de cette structure reste faible (1 patient toutes les 3 nuits), voire très faible, malgré une meilleure connaissance de l'offre. Nous pouvons donc en déduire que le besoin durant la nuit est faible.

Les chiffres et explications apportés par l'HNE confortent le Conseil d'Etat dans sa prise de position d'il y a trois ans et le poussent à proposer à nouveau au Grand Conseil de limiter les heures d'ouverture de la polyclinique du VDT. Il considère que ces éléments apportent aujourd'hui la preuve que les besoins de la population du Vallon durant la nuit ne justifient pas de maintenir une structure fonctionnelle à ces heures.

En outre, le transfert récent du 144 à la Fondation Urgences Santé du canton de Vaud et le développement parallèle d'une ligne téléphonique pour les prestations médicales autorisent le Conseil d'Etat à penser que la fréquentation de la polyclinique du VDT durant la nuit devrait encore diminuer ces prochains mois.

Cela étant dit, le Conseil d'Etat considère que, de manière générale, l'HNE présente une nouvelle organisation de la prise en charge médicale par filière qui apparaît cohérente au regard de l'évolution du secteur de la santé et de ses conditions-cadres. En outre, elle s'inscrit dans la politique sanitaire cantonale dans la mesure où elle s'intègre de manière constructive dans les travaux sur la réorganisation des soins préhospitaliers (notamment 144 et médecine de garde) ainsi que sur la PMS.

Par ailleurs, les propositions de l'HNE répondent à une des préoccupations principales de la population et du politique en ce sens qu'elles offrent des prestations de base de proximité et qu'elles instituent une porte d'entrée dans l'hôpital.

Enfin, il est exclu pour le Conseil d'Etat de n'avoir aucune réponse sanitaire la nuit dans cette région. C'est dans ce sens et dans le but d'imaginer les meilleures solutions en partenariat qu'il a réactivé le Groupe de suivi VDT mis en place en 2009 lors du changement de missions du site hospitalier (voir chapitre 7.3.1). Ce groupe est appelé à formuler des propositions dans les prochains mois, de sorte qu'il sera possible de les mettre en œuvre avant le retrait des activités du CTR à Couvet.

5. LES SOINS INTENSIFS

5.1. Définitions

Selon la Société suisse de médecine intensive (SSMI), la médecine intensive remplit les missions suivantes:

- contrôle étroit de toutes les fonctions des organes vitaux de patients gravement malades, accidentés ou à la suite d'une intervention chirurgicale d'envergure;
- si les organes vitaux sont sévèrement touchés dans leur fonction, la médecine intensive se doit d'empêcher d'autres pertes de fonction par des mesures adaptées;
- lorsque les fonctions d'un organe vital sont entièrement ou partiellement atteintes, la médecine intensive a pour mission de se substituer aux fonctions correspondantes aussi longtemps que nécessaire jusqu'à ce que l'organe endommagé soit rétabli et qu'il puisse à nouveau remplir son office de manière autonome.

Sur cette base, la SSMI a émis en 2013 des directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs⁷ (SI) et y donne la définition suivante sur cette activité: "*la médecine intensive comprend le diagnostic, la prévention, les soins et le traitement de toutes les formes de défaillances aiguës des fonctions vitales chez le patient en danger vital, dont le pronostic est potentiellement favorable. La médecine intensive est pratiquée par une équipe formée et spécialisée se composant de personnel médical, infirmier et paramédical. Elle est exercée dans un emplacement défini et approprié à cet effet*".

Il s'avère que les hôpitaux suisses doivent prendre en charge des malades de plus en plus complexes et polymorbides. Certains de ces patients, dont la gravité ne justifie pas qu'ils soient admis dans des unités de soins intensifs, ont des besoins en soins dépassant toutefois les capacités des unités de soins généraux. Pour répondre à ces besoins, de nombreux hôpitaux ont développé des unités de soins continus (ou intermédiaires) dont la vocation est d'offrir des soins hautement spécialisés et une

⁷ Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs (USI) par la Société suisse de Médecine intensive (SSMI), du 4 septembre 2013.

surveillance étroite assurant la sécurité de ces malades de gravité intermédiaire. Devant ce développement, la SSMI, en collaboration avec huit autres sociétés médicales, a élaboré des directives spécifiques pour les soins continus⁸ (SC). Les bases fixées sont les suivantes:

Les SC "garantissent la surveillance et le traitement des patients courant un risque vital latent ainsi que la reconnaissance précoce et le traitement (en terme de personnel, de compétences, de matériel et de locaux) du risque vital. L'activité des soins intermédiaires comprend la prévention, le diagnostic et le traitement de toutes les pathologies médicales et chirurgicales susceptibles de mener à la défaillance des fonctions vitales. Les soins intermédiaires peuvent offrir également des soins hautement spécialisés comme par exemple en neurologie ou en cardiologie («stroke unit», «unités de soins coronaires», etc...) pour permettre d'assurer le meilleur standard de soins de manière efficiente. Les soins aux malades sont pratiqués par une équipe dédiée se composant de personnel médical, infirmier et paramédical. Cette activité est exercée dans un emplacement défini et approprié à cet effet. Les unités de soins intermédiaires ont pour vocation de soigner des malades, dont la gravité et/ou la lourdeur des traitements qui leur sont appliqués, implique une observation continue ou répétée. Il s'agit de patients dont l'état ou le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances d'organes nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances d'organes ou de complications notamment post-opératoires, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation générale de soins aigus".

La distinction, les limites et les relations fonctionnelles entre les SC et les SI ne sont pas plus précisément définies. Les défaillances graves des fonctions vitales nécessitant des moyens techniques "lourds" (ventilation artificielle avec intubation) et les défaillances de multiples fonctions vitales simultanées doivent être traitées dans un service de SI. Cependant, la prise en charge de certaines défaillances aiguës moins sévères peut être réalisée dans un service de SC dans le but de prévenir une évolution plus défavorable des fonctions vitales. Dans chaque institution, la limite des moyens techniques utilisés ou non dans un service de SC est finalement définie par la dotation et les compétences médico-soignantes à disposition, ainsi que par le plateau technique environnant. Les critères d'admission des patients de SC doivent ainsi être identifiés spécifiquement et peuvent varier d'une institution à une autre.

5.2. Propositions de l'HNE

Le contexte présenté au chapitre 2.1. est particulièrement relevant dans le domaine des soins intensifs. Une pénurie avérée et touchant l'ensemble des hôpitaux suisses, y compris universitaires, existe s'agissant du personnel spécialisé. Les services de soins intensifs de l'HNE sont actuellement organisés selon une répartition horaire du 2 x 12 heures pour assurer la permanence. Contraint de se conformer aux règles de la LTr, l'HNE devra dans un proche avenir s'organiser selon un mode de 3 x 8 heures.

Les dotations actuelles apparaissent juste suffisantes pour maintenir l'organisation actuelle sur deux sites et ne résisteraient pas à un départ ou à une absence de longue durée. Le besoin accru en personnel lié à l'application de la LTr rendra de facto impossible, à court terme, de continuer de fonctionner selon l'organisation actuelle.

Dans le cadre de sa recherche de solution pour faire face à ces difficultés incontournables, l'HNE a procédé à une évaluation de son activité dans le domaine des soins intensifs. Il en est ressorti ce qui suit:

- 1544 patients ont été admis aux SI en 2014 (659 sur CDF et 885 sur PRT);

⁸ Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires, de mai 2013.

- 80% concernent des cas de médecine et 20% des cas de chirurgie;
- 55% des patients pris en charge par l'HNE dans ses services de SI pourraient être pris en charge en SC compte tenu de l'indication médicale.

Dans ce contexte, l'HNE souhaite pouvoir centraliser les soins intensifs sur le site de PRT et créer une unité de soins continus sur le site de CDF, ce dès l'automne 2015.

Selon les premières estimations de l'HNE, ce sont 96 cas au minimum en 2014 qui auraient été concernés par un transfert entre SI et SC. Ces transferts doivent être organisés en collaboration avec les urgences et le SMUR. L'HNE a mis en place un monitoring sur plusieurs mois pour préciser les points sensibles et le nombre de transferts qu'il devrait être appelé à organiser. Les résultats de ce monitoring seront connus à l'été 2015 et serviront à confirmer ou préciser l'option prise de créer des lits de soins continus sur le site de CDF.

5.3. Conséquences

5.3.1. Qualité de la prise en charge

La centralisation des SI et la création d'un service de SC doivent permettre une plus grande professionnalisation des SI, tant du point de vue médical qu'infirmier. Dans le service centralisé de SI sur le site de PRT, la dotation en personnel médical (FMH en médecine intensive) et en personnel infirmier spécialisé (certification en SI) sera renforcée par la réorganisation qui s'impose au sein des services. Cette professionnalisation de la prise en charge, idéalement assurée en continu, devrait améliorer la qualité de la prise en charge et la sécurité des patients de SI.

Cette réorganisation devrait, en outre, permettre d'augmenter l'attractivité des services et, partant, de l'hôpital, tant du point de vue médical qu'infirmier. Compte tenu de cette professionnalisation et de l'augmentation du nombre de patients de SI sur le site de PRT, l'attractivité pour la formation médicale (formation postgraduée en médecine intensive) sera accrue, améliorant potentiellement le recrutement des médecins-assistants du département de médecine. De même, la qualité de la formation infirmière (certification en SI) sera assurée par la centralisation des patients "graves" sur un site sachant que, jusqu'à présent, le nombre de patients "graves" sur chaque site était à peine suffisant pour garantir cette formation. Le maintien de la formation infirmière spécialisée dans le canton est indispensable pour assurer la pérennité de ce personnel actuellement difficile à trouver sur le territoire suisse. Ces divers éléments devraient également faciliter le recrutement du personnel infirmier et assurer à terme le renouvellement indispensable de ce personnel spécialisé.

Enfin, la sécurité de la prise en charge pour les patients sera maintenue sur les deux sites grâce à la présence de personnel spécialisé tant médical qu'infirmier.

5.3.2. Ressources humaines

La nouvelle organisation proposée par l'HNE aura inévitablement des conséquences pour le personnel de l'HNE, en particulier celui des services actuels de soins intensifs, pour les équipes infirmières, les médecins-cadres et les médecins-assistants.

En effet, la centralisation des SI sur le site de PRT et le maintien simultané de personnel certifié en SI pour les SC du site de CDF nécessiteront de repenser et de réorganiser en profondeur les deux services avec des transferts de personnel infirmier. Une couverture médicale optimale, 24 heures/24 et 7 jours/7, doit en outre être assurée par des médecins intensivistes spécialistes FMH. A quatre comme aujourd'hui, ces médecins-

cadres ne pourront par contre pas assurer une couverture en permanence, d'autant moins avec leur fonctionnement actuel à cheval sur les services de SI et de médecine, comprenant une participation aux gardes de ces services. Une réorganisation du travail des médecins-cadres intensivistes s'imposera et aura forcément des répercussions sur les services de médecine. Les modalités et la faisabilité de la réorganisation des services de SI, de SC et de médecine doivent encore être discutées et décidées par l'HNE.

Actuellement, les deux services de médecine des sites aigus de l'HNE sont reconnus comme "centres de formation de niveau A par la FMH (24 mois)", reconnaissance permettant un recrutement facilité des médecins-assistants et de doter les deux services de médecine de médecins-assistants de qualité. Parmi les très nombreux critères de reconnaissance de la FMH figurent, d'une part, la présence d'un responsable de la formation porteur d'un titre académique (PD ou Professeur) et, d'autre part, la présence d'un service de SI. Il sera donc également nécessaire de repenser intégralement le parcours des médecins-assistants des services de médecine des deux sites, ainsi que toute l'organisation médicale du travail. Ce travail doit encore être réalisé, mais l'HNE s'est d'ores et déjà engagé à assurer les conditions nécessaires au maintien de la reconnaissance de type A pour la formation des médecins dans la nouvelle organisation. L'expertise du personnel sera maintenue par l'organisation de tournus au sein des services.

Le personnel d'autres disciplines sera également concerné par les réorganisations proposées, en particulier celui du département des urgences en premier lieu, tant pour le tri que pour le flux et les transferts des patients. Les autres départements concernés par ces modifications seront ceux de chirurgie et d'anesthésiologie, avant tout pour les interventions chirurgicales urgentes.

5.3.3. Infrastructures

Le transfert d'un certain nombre de patients du site de CDF vers le site de PRT impliquera l'ouverture de deux lits de SI supplémentaires sur ce dernier, sauf si un certain nombre de patients actuellement pris en charge en SI pouvait être pris en charge ailleurs, comme par exemple dans les unités classiques de médecine (projet en cours de réflexion). Le cas échéant, ce transfert pourra être réalisé moyennant un minimum d'adaptation sur le site de PRT.

5.3.4. Finances

Les effets financiers de la réorganisation proposée par l'HNE n'ont pas été chiffrés. Cela dit, il apparaît que ce sont essentiellement des modifications internes qui seront apportées et qu'elles ne généreront pas de nouvelles charges et n'entraîneront pas d'économies notables pour l'HNE.

5.4. Appréciation du Conseil d'Etat

Dans son rapport 12.005, le Conseil d'Etat relevait que l'absence des soins intensifs sur un site impliquerait de nombreux transferts médicalisés de patients instables, ce qui réduirait la sécurité et la qualité de la prise en charge et impliquerait des coûts importants. Il notait en outre que, du point de vue architectural, aucun des deux sites ne pouvait agrandir suffisamment son service de soins intensifs pour reprendre l'activité des deux.

A la lecture de ces lignes, il apparaît clairement que le maintien de deux services de soins intensifs était comparé à la fermeture pure et simple de l'un d'eux. Il n'avait alors

jamais été fait mention d'une possible transformation d'un service de SI en SC, ce qui peut se comprendre dans la mesure où les nouvelles directives de la SSMI sur les SC ont été émises en 2013 seulement. Depuis lors, les SC sont réellement reconnus par les sociétés médicales. Ils se sont clairement professionnalisés et constituent une activité bien définie dans l'organisation hospitalière et sont désormais valorisés en tant que tels.

L'organisation proposée par l'HNE est parfaitement admise par la SSMI qui prévoit que le lien avec le service de SI soit bien formalisé par des processus clairs. Renseignements pris au niveau romand, il s'avère qu'une telle organisation a été mise en place dans le canton du Valais depuis quelques années déjà et fonctionne à satisfaction.

Le Conseil d'Etat considère que les difficultés de l'HNE sont réelles dans le domaine des SI, impliquant que l'organisation actuelle est clairement limitée en termes de dotations et de sécurité. A ce stade, il apparaît que la centralisation des SI sur le site de PRT et la création de lits de soins continus sur le site de CDF semblent nécessaires et incontournables. Cela dit, le Conseil d'Etat n'entend pas se précipiter pour prendre une décision lourde de conséquences pour l'organisation de l'HNE et pouvant, notamment, sceller le sort d'un scénario à l'étude dans le cadre des réflexions actuellement en cours sur l'organisation spatiale à long terme de l'institution, celui prévoyant deux sites urbains accueillant des prestations de médecine aiguë, de gériatrie et de réadaptation, l'un d'eux abritant également les missions de soins aigus spécialisés (gynécologie-obstétrique, chirurgie, etc.). Il souhaite prendre connaissance du résultat de ces études, disposer de données concrètes sur la répartition des cas entre les SI et les SC, disponibles à l'été 2015, et obtenir des avis externes au système neuchâtelois avant de prendre une décision définitive sur l'avenir des soins intensifs. Il s'assurera enfin que les conditions de reconnaissance en matière de formation pourront toujours être remplies dans la nouvelle organisation, cet élément étant un point central de son appréciation.

Fort de ce qui précède, le Conseil d'Etat propose ce jour au Grand Conseil de suspendre son option stratégique prévoyant l'existence de deux services de SI dans l'attente de ces compléments d'informations et d'autoriser l'HNE à procéder pour l'heure à la réorganisation qu'il propose. Il présentera ces compléments d'information au Grand Conseil ultérieurement, en lien avec les options d'organisation à long terme, en lui demandant soit d'entériner la situation provisoire qui découle du présent rapport, soit de revenir à une organisation avec deux services de SI.

6. LES INVESTISSEMENTS SUR LE SITE DE LA CHAUX-DE-FONDS

6.1. Propositions de l'HNE

A fin 2014, l'HNE a soumis au Conseil d'Etat, pour autorisation, un projet de rénovation d'envergure des unités de soins de son site de CDF, troisième et dernier volet de la rénovation du site demandé par le Grand Conseil en 2012. Ce projet d'envergure prévoit la rénovation complète des unités de soins et va même au-delà dans la mesure où il prévoit également d'autres travaux conséquents permettant une remise en conformité et un assainissement – en particulier technique et sécuritaire – du bâtiment, une amélioration des flux internes, un regroupement de certaines unités permettant une amélioration du fonctionnement et une modernisation des conditions d'accueil, de travail et d'hébergement.

Devisée à 35 millions de francs (+/- 20%) d'investissement, cette rénovation devrait durer six ans et demi et donc se terminer en 2021. Elle devrait en outre avoir lieu en maintenant le site en exploitation.

6.2. Appréciation du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat estime que les améliorations découlant des travaux proposés par l'HNE dépasseraient la seule rénovation des unités de soins qui lui était demandée puisqu'elles passeraient par une remise à niveau de multiples infrastructures techniques et de sécurité.

Par ailleurs, bien que notables par rapport à la situation actuelle, ces améliorations resteraient en même temps insuffisantes dans une perspective à long terme. Au demeurant, les études sur l'organisation spatiale à long terme de l'HNE doivent encore être menées et il paraît essentiel de connaître au moins les premières orientations de ces analyses avant d'approuver des travaux si importants et engageants sur le long terme.

De plus, la situation financière de l'HNE (voir chapitre 2.1.4) doit être clarifiée, le financement de ces travaux ne pouvant être assumé par l'HNE dans sa situation actuelle et le Grand Conseil n'ayant libéré aucun crédit à cet effet.

Fort de ce qui précède et sans remettre en question la nécessité de procéder à des travaux d'amélioration et de rénovation de ce site, le Conseil d'Etat considère que les conditions ne sont pas réunies pour approuver un investissement d'une telle envergure et, d'entente avec le Conseil d'administration de l'HNE, a décidé de suspendre l'examen de cette demande.

Il est relevé que cette décision n'empêche pas l'exécution d'autres travaux de plus faible envergure, dont la réalisation ne pourrait pas être reportée. Les travaux envisagés par l'HNE concernant la remise à niveau d'une de ses unités de soins peuvent en particulier être entrepris.

7. PROPOSITIONS DU CONSEIL D'ETAT

7.1. Constats du Conseil d'Etat

Le contexte hospitalier national est en forte, rapide et constante évolution. Plus que jamais, les vérités d'hier ne sont pas celles d'aujourd'hui qui ne sont pas non plus celles de demain. De plus, la concurrence est de plus en plus vive et réelle dans le domaine hospitalier. Les acteurs privés, notamment, sont de plus en plus présents et ne sont pas soumis aux mêmes contraintes que les institutions publiques (par exemple, ils n'ont pas de mandat d'urgence 24 heures/24). Ils bénéficient d'une liberté et d'une rapidité de décision, ainsi que d'une réactivité qui sont incomparables avec le secteur public.

Si le Conseil d'Etat a fixé des règles de concurrence équitables dans le cadre de son processus de planification hospitalière, les processus décisionnels restent propres à chaque institution, pénalisant ainsi l'HNE qui est soumis à un processus long et donc peu souple et réactif. Dès lors, il estime qu'il conviendrait de modifier le processus décisionnel de l'HNE pour l'alléger et le rendre plus compatible avec le contexte mouvant et concurrentiel dans lequel il s'inscrit.

A défaut, le Conseil d'Etat craint que l'HNE ne soit pas en mesure de rattraper le retard pris ces derniers mois sur ses concurrents directs et ne s'enlise dans une situation compliquée en termes de recrutement de personnel et de patients, avec des conséquences néfastes sur ses prestations, d'une part, et sur ses finances, d'autre part.

Cela étant, le Conseil d'Etat estime que la LEHM devra prochainement être modifiée pour confier à nouveau des compétences stratégiques à l'exécutif, situation qui prévalait à la création de l'HNE et qui avait été modifiée en 2009 suite au dépôt et à l'acceptation d'initiatives communales.

7.2. Options stratégiques du Conseil d'Etat

Avant d'en arriver à une modification législative sur les compétences décisionnelles, le Conseil d'Etat entend se limiter aujourd'hui à proposer une remise en question de certaines options stratégiques. Pour ne pas à nouveau figer la situation, il propose aujourd'hui:

- d'exclure de la liste des 17 options stratégiques validées en 2012 et 2013 celles qui sont remises en question et de ne pas les remplacer par de nouvelles et
- de suspendre celles qui ne peuvent être réalisées ou maintenues à court terme mais nécessitent encore une analyse complémentaire avant décision définitive.

7.2.1. Options remises en question

Le Conseil d'Etat considère que les options stratégiques concernant les CTR et la policlinique (le CDT) du VDT ne pourront simplement plus être maintenues à court terme déjà. Les conditions de leur réalisation ne sont plus remplies et poursuivre leur exploitation dans ces conditions ne serait pas sécuritaire et économique. Or, le Conseil d'Etat se refuse à transiger sur cette question de la sécurité de la prise en charge.

Le Conseil d'Etat propose dès lors au Grand Conseil de supprimer ces deux options de sa liste des options stratégiques. Il lui demande dès lors d'adopter un nouveau décret modifiant celui du 24 avril 2012.

En outre, l'existence des sites hospitaliers de l'HNE étant inscrite dans la loi sur l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (LEHM), du 30 novembre 2004, la réorganisation des CTR proposée dans le présent rapport nécessite en parallèle une modification de ladite loi. Un projet de loi modifiant la LEHM est ainsi également soumis à l'approbation du Grand Conseil. Dans une perspective à moyen et long terme, le Conseil d'Etat propose dès à présent de supprimer les références aux sites de réadaptation (CTR).

7.2.2. Options suspendues

Comme indiqué aux chapitres 2.3.6, 5.4 et 6.2, le Conseil d'Etat souhaite attendre de connaître les orientations à long terme qui ressortiront des études sur l'organisation spatiale de l'HNE avant de prendre des décisions importantes sur les investissements à consentir sur le site de CDF et sur la réorganisation des SI. Pour cette dernière, il souhaite également obtenir des informations complémentaires sur la répartition des cas entre les SI et les SC et leurs conséquences, de même que des avis externes au canton pour se forger une idée la plus claire possible des conséquences de ces décisions à moyen et long terme, notamment sur les reconnaissances en matière de formation.

Pour ces raisons, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil de suspendre provisoirement la réalisation des options stratégiques relatives aux soins intensifs et aux investissements pour lui laisser le temps nécessaire à l'analyse et aux études. Il présentera ses intentions définitives à leur sujet dans le cadre des propositions

concernant l'organisation spatiale à long terme de l'HNE, d'ici environ un an, et sur la base des études réalisées.

7.2.3. Option non remise en question

Le Conseil d'Etat tient à relever qu'il n'entend pas aujourd'hui remettre en question la mise en œuvre des options stratégiques relatives à la chirurgie. Ces dernières ne sont pas encore réalisées à ce jour et le Conseil d'Etat est conscient que leur mise en œuvre pourrait se heurter à la centralisation des soins intensifs ainsi que celle des urgences chirurgicales sur le site de PRT. A ce jour, il n'a toutefois pas été saisi d'une demande de remise en question de ces options par l'HNE.

Cela dit, si le Conseil d'Etat venait finalement à remettre en question ces options stratégiques à l'avenir, ses propositions s'inscriront dans une perspective à long terme et sur la base de propositions concrètes d'organisation de l'ensemble de l'institution.

7.3. Mesures d'accompagnement

Le Conseil d'Etat est parfaitement conscient que la remise en question de ces options stratégiques constitue un changement important dans la prise en charge des patients neuchâtelois. S'il est convaincu de la pertinence et de la nécessité des solutions proposées, il admet que ces changements ne seront pas toujours vécus facilement par la population, les patients ou une partie du personnel de l'HNE.

Cela étant, le Conseil d'Etat entend mettre en place ou faire mettre en place un certain nombre de mesures d'accompagnement pour faciliter la transition vers la nouvelle organisation prévue.

7.3.1. Réactivation du Groupe de suivi VDT

Conscient que les réponses apportées par l'HNE durant les heures de fermeture de la policlinique du VDT, voire durant certaines périodes d'absence de l'équipage SMUR, ne sont pas idéales, le Conseil d'Etat a décidé de réunir les partenaires concernés par la couverture des besoins en soins dans la région autour de la table pour chercher ensemble les solutions optimales. Il a ainsi récemment réactivé le Groupe de suivi VDT qui avait été mis sur pied en 2009 en accompagnement des changements de missions du site hospitalier.

Ce groupe réunit, sous la présidence du chef du DFS, des représentants de l'HNE, des autorités communales, des médecins de la région, de l'Association Médecins de Famille Neuchâtel (ANMF) et de la Société neuchâteloise de médecine (SNM). Il a siégé à une dizaine de reprises entre 2009 et 2012 et réglé les questions qui se posaient suite aux changements importants survenus. Il ne s'est toutefois plus réuni depuis deux ans environ.

Ce groupe sera également appelé à considérer les propositions qui sont faites dans le présent rapport au sujet de l'organisation des CTR de l'HNE.

7.3.2. Recherche d'informations concernant les soins intensifs

L'HNE a mis sur pied un système de monitoring de son activité dans ses services de SI pour lui permettre de mieux connaître et comprendre celle-ci dans la perspective des changements qu'il propose aujourd'hui.

Ainsi, pour identifier précisément le nombre de patients concernés par des transferts d'un site vers l'autre, l'HNE a élaboré une liste détaillée des critères justifiant une admission aux SC, respectivement aux SI, en tenant compte de la casuistique des patients hospitalisés dans l'HNE. Sur la base de ces critères, il a documenté prospectivement, de février à juin 2015, les éléments suivants dans un programme informatique spécifique:

- nombre de patients relevant de SI, respectivement de SC,
- nombre de patients relevant de SI devenant des patients relevant de SC et vice-versa,
- transferts potentiels de patients d'un site vers l'autre site et
- mode de transfert potentiel de chaque patient en évaluant si le transfert peut se faire sans médicalisation, avec une médicalisation "simple" (SMUR avec un médecin-assistant des urgences) ou avec une médicalisation "complexe" (médecin cadre et infirmière expérimentée).

Par ailleurs, le Conseil d'Etat a donné un mandat au Dr Adrian Frutiger, ancien médecin-chef de département des soins intensifs à l'Hôpital cantonal de Coire et ancien président de la SSMI, pour évaluer la pertinence des propositions faites par l'HNE. Ses conclusions devraient être présentées au Conseil d'Etat après les vacances d'été 2015.

7.3.3. *Accompagnement de la réorganisation des CTR*

Comme indiqué précédemment, la réorganisation des CTR a des conséquences importantes sur le personnel et sur le devenir des sites accueillant actuellement ces activités. Ainsi, un plan social est demandé à l'HNE si les éventuels licenciements auxquels il devrait procéder ne donnent pas lieu à des remplacements à l'interne, voire auprès d'autres partenaires - notamment ceux faisant partie de la CCT Santé 21 - et des mesures d'accompagnement financières seront proposées par le Conseil d'Etat au besoin.

En outre, une réflexion commune entre l'HNE, le Conseil d'Etat et les autorités communales a débuté sur le devenir des sites qui n'accueilleront plus d'activité de réadaptation à l'avenir.

En parallèle, des solutions sont activement recherchées pour garantir une prise en charge appropriée pour les patients cérébrolésés actuellement suivis sur le site de BER, ainsi que pour les activités d'hôpitaux de jour du CNP actuellement déployées sur le site du Locle.

8. CONSEQUENCES SUR LE PERSONNEL

Le présent projet n'a aucune conséquence sur le personnel de l'administration. Celles sur le personnel de l'HNE sont présentées dans les chapitres précédents.

9. CONSEQUENCES SUR LES COMMUNES

Le présent projet n'a aucune conséquence formelle sur l'activité institutionnelle des communes. Cela dit, vu le caractère sensible des décisions qui sont sollicitées dans le cadre du présent rapport, des contacts ont été initiés depuis quelques mois déjà, principalement avec les autorités communales de Saint-Aubin et de Val-de-Travers.

10. PREAVIS DU CONSEIL DE SANTE

En application de la loi de santé (LS), le Conseil de santé a été consulté sur le présent projet de rapport et les propositions qu'il contient. Cet organe s'est réuni le 8 juin 2015 pour traiter de cet objet.

Par 17 voix pour, 2 contre et une abstention, le Conseil de santé préavise favorablement les propositions faites par le Conseil d'Etat au Grand Conseil. Il est relevé que l'un des deux membres opposés à ces propositions pourrait être amené à les accepter pour autant qu'une solution acceptable puisse être trouvée afin de proposer une offre adéquate durant la nuit au Val-de-Travers, lorsque la policlinique est fermée.

A leur grande majorité, les membres du Conseil de santé ont donc préavisé favorablement ce projet, avec le souci principal de maintenir dans le canton des prestations de qualité et présentant une sécurité de prise en charge adéquate. Ils ont, par ailleurs, relevé les éléments suivants:

- le Groupe de suivi VDT ne s'est pas encore réuni pour proposer une solution appropriée pour la prise en charge des patients durant la nuit. Ces propositions auront néanmoins un caractère prépondérant dans l'acceptation de la réduction des horaires d'ouverture de la policlinique;
- l'HNE devra veiller à ce que le personnel concerné par les réorganisations bénéficie d'un accompagnement et de mesures adéquats;
- le choix de la variante retenue par l'HNE et le Conseil d'Etat pour l'organisation des CTR dès 2016 devrait être mieux étayé considérant que, d'un point de vue strictement financier, la variante écartée générerait des économies plus importantes;
- il est demandé de bien vérifier que le décret n'est pas soumis au référendum et que le vote du Grand Conseil s'effectue bien à la majorité simple.

Au-delà des propositions contenues dans le présent rapport, un souci est exprimé au sujet de la pédiatrie ambulatoire en ville de La Chaux-de-Fonds et le rôle essentiel de l'HNE pour assurer des prestations pédiatriques de qualité dans cette région. Il est demandé au Conseil d'Etat et à l'HNE d'être attentifs à cette problématique qui pourrait devenir sensible si aucune solution appropriée n'est trouvée à court terme.

Les deux premiers points relevés par le Conseil de santé font justement partie des mesures d'accompagnement prévues par le Conseil d'Etat. Celui-ci n'a pas été en mesure de réunir le Groupe de suivi avant la fin de la rédaction du présent rapport. Une première rencontre a lieu à fin du mois de juin. Le choix de la variante d'organisation des CTR n'a pas été dicté essentiellement par des raisons économiques. Le rapport a été complété sur ce point. Enfin, les vérifications ont été faites s'agissant des aspects plus formels du rapport.

Enfin, le Conseil d'Etat partage le souci du Conseil de santé concernant la pédiatrie ambulatoire en ville de La Chaux-de-Fonds. Il a déjà entrepris diverses démarches pour trouver une solution adéquate à cette problématique. Il a ainsi déjà rencontré les autorités communales, mis en place un groupe de travail qui recherche activement une solution et saisi formellement le Conseil d'administration de l'HNE sur ce sujet.

11. VOTE DU GRAND CONSEIL

Ce vote n'ayant pas d'effet direct sur les finances de l'Etat, il s'effectue à la majorité simple.

12. CONCLUSION

Le système hospitalier et, par conséquent, l'HNE sont à un tournant important de leur histoire. L'ensemble des acteurs du domaine hospitalier entreprend des réformes qui visent à accroître les volumes d'activité, eux-mêmes destinés à obtenir ou maintenir une bonne qualité des prestations, ainsi que des certifications et reconnaissances pour rester attractif sur le marché de l'emploi et de la formation.

Dans ce contexte, des décisions importantes seront soumises au Parlement cantonal ces prochains mois pour permettre à l'HNE d'effectuer sa mue nécessaire pour s'inscrire dans une perspective de long terme dans un environnement exigeant sur le plan financier, très concurrentiel et qui ne se limite plus aux seules frontières cantonales. Il en va clairement de sa survie.

Avant de se prononcer sur l'organisation à long terme et sans pouvoir attendre ces orientations, le Grand Conseil est aujourd'hui saisi de propositions visant à poser les premiers jalons pour le futur et surtout à éviter de trop gros écueils à court terme. Il lui est proposé de remettre en question des décisions formellement, certes validées il y a trois ans seulement, mais qui sont déjà appliquées de longue date.

Les propositions concernant les CTR et la policlinique du Val-de-Travers doivent permettre à l'HNE de faire un premier pas vers son organisation future, alors que les autres propositions doivent lui permettre de sortir d'une organisation inefficace ou peu sécuritaire et de plus en plus problématique à court ou moyen terme.

Le Conseil d'Etat est conscient que les réformes proposées ne sont pas anodines, mais il est fermement convaincu que le maintien de prestations de qualité - voire le maintien même de prestations - dans le canton doit passer par des réformes profondes du système hospitalier cantonal. Il compte sur la compréhension et le soutien de la population et de ses représentants politiques pour lui permettre de mener à bien cette réorganisation nécessaire.

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

Neuchâtel, le 1^{er} juillet 2015

Au nom du Conseil d'Etat:

La présidente,
M. MAIRE-HEFTI

La chancelière,
S. DESPLAND

Décret approuvant la modification des options stratégiques pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

vu la loi sur l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (LEHM), du 30 novembre 2004;

vu le décret portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 24 avril 2012;

vu le rapport 12.005 du Conseil d'Etat au Grand Conseil, du 14 décembre 2011;

vu le rapport 15.023, du Conseil d'Etat au Grand Conseil, du 1^{er} juillet 2015;

vu le préavis du Conseil de santé, du 8 juin 2015;

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 1^{er} juillet 2015,

décète:

Options
stratégiques

Article premier Les options stratégiques définies dans le rapport (12.005) du Conseil d'Etat au Grand Conseil pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, approuvé par décret du 24 avril 2012, sont modifiées comme suit:

a) les options stratégiques suivantes sont supprimées:

- un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) est localisé sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de la Béroche,
- des prestations de médecine physique et de réadaptation (MPR) sont proposées sur le site du Val-de-Ruz;
- un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) est localisé sur le site du VDT;

b) les options stratégiques suivantes sont suspendues :

- des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT,
- 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.

Abrogation du
droit en vigueur

Art. 2 L'article 5 du décret portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 24 avril 2012, est abrogé.

Référendum

Art. 3 Le présent décret n'est pas soumis au référendum.

Entrée en vigueur **Art. 4** ¹Le Conseil d'Etat pourvoit à sa promulgation et à son exécution.
²Il fixe la date de son entrée en vigueur.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

La présidente, *La secrétaire générale,*

Loi
portant modification à la loi sur l'Etablissement hospitalier
multisite cantonal (LEHM)

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,
sur la proposition du Conseil d'Etat, du 1^{er} juillet 2015,
décète:

Article premier La loi sur l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (LEHM), du 30 novembre 2004, est modifiée comme suit:

Art. 2, al. 2, ch. 3 à 7

Abrogés

Art. 2 La présente loi est soumise au référendum facultatif.

Art. 3 ¹Le Conseil d'Etat pourvoit, s'il y a lieu, à la promulgation et l'exécution de la présente loi.

²Il fixe la date de son entrée en vigueur.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

La présidente,

La secrétaire générale,

ANNEXES

Annexe 1

Mandat d'organisation par étapes visant un hôpital de réadaptation unique, rapport de l'équipe de projet de juin 2014

Annexe 2

Note complémentaire au rapport de l'équipe de projet - Un site unique de réadaptation vs deux sites de réadaptation en zone urbaine, du 4 juillet 2014

Annexe 3

Mandat d'organisation par étapes visant un hôpital de réadaptation unique – Mise en œuvre, du 10 mars 2015

Annexe 4

Mandat visant la description de l'organisation des centres de diagnostic et de traitement, portes d'entrée à l'HNE, rapport de l'équipe de projet, du 28 avril 2014

Annexe 5

Note complémentaire relative à l'analyse comparative de scénarii d'ouverture du CDT du Val-de-Travers, du 26 novembre 2014

Annexe 6

Mandat visant la mise en œuvre du centre médical et de soins du Val-de-Travers

Annexe 7

Courrier de l'HNE au Conseil d'Etat concernant l'analyse détaillée de la faisabilité des options stratégiques prises par le Grand Conseil, du 27 janvier 2015

Annexe 8

Courrier de l'HNE au Conseil d'Etat concernant une demande d'autorisation d'entreprendre des travaux de rénovation des unités de soins du site de La Chaux-de-Fonds, du 16 décembre 2014, ainsi que son annexe principale

Voir brochures séparées

TABLE DES MATIERES

	<i>Pages</i>
RESUME	1
1. INTRODUCTION	2
2. CONTEXTE	3
2.1 Contexte hospitalier	3
2.2. Options stratégiques à horizon 2017 de l'HNE	6
2.3. Mise en œuvre des options stratégiques.....	9
2.4. La politique sanitaire 2015 – 2022	13
3. LES CENTRES DE TRAITEMENT ET DE RÉADAPTATION	13
3.1. Définitions	14
3.2. Propositions de l'HNE	14
3.3. Conséquences	16
3.4. Appréciation du Conseil d'Etat	16
4. LA POLICLINIQUE DU VAL-DE-TRAVERS	18
4.1 Définition d'une polyclinique	18
4.2. Propositions de l'HNE	18
4.3. Conséquences	20
4.4. Appréciation du Conseil d'Etat	21
5. LES SOINS INTENSIFS	22
5.1 Définitions	22
5.2. Propositions de l'HNE	23
5.3. Conséquences.....	24
5.4. Appréciation du Conseil d'Etat	25
6. LES INVESTISSEMENTS SUR LE SITE DE LA CHAUX-DE-FONDS	26
6.1. Propositions de l'HNE	26
6.2. Appréciation du Conseil d'Etat	27
7. Propositions du Conseil d'Etat	27
7.1 Constats du Conseil d'Etat	27
7.2. Options stratégiques du Conseil d'Etat.....	28
7.3. Mesures d'accompagnement	29
8. CONSEQUENCES SUR LE PERSONNEL	30
9. CONSEQUENCES SUR LES COMMUNES	30
10. PRÉAVIS DU CONSEIL DE SANTÉ	31
11. VOTE DU GRAND CONSEIL	32
12. CONCLUSION	32
Décret approuvant la modification des options stratégiques pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017	33
Loi portant modification de la loi sur l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (LEHM), du 30 novembre 2004	35
Annexes (voir brochure séparée)	36