



**Rapport de la commission Santé au Grand Conseil
à l'appui
d'un projet de loi portant modification de la loi sur le
financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS)**

(Du 16 décembre 2016)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

1. INTRODUCTION ET PROJET DE LOI

En date du 23 février 2016, le projet de loi suivant a été déposé par le groupe libéral-radical:

16.124

23 février 2016

Projet de loi du groupe libéral-radical

Loi portant modification de la loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS)

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

sur la proposition de la commission...

décède:

Article premier La loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS), du 28 septembre 2010, est modifiée comme suit:

Art. 24

¹L'application par les EMS (*suppression de: des CCT Santé 21*) d'une convention collective de travail donne droit à une majoration des tarifs.

²*inchangé.*

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

Art. 3 ¹Le Conseil d'État fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

²Il pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

Le président, La secrétaire générale,

Signataire: D. Humbert-Droz.

Ce projet a été transmis, comme objet de sa compétence, à la commission Santé.

2. COMPOSITION DE LA COMMISSION

La commission l'a examiné dans la composition suivante:

Président: M. Christian Mermet
Vice-président: M. Jean-Frédéric de Montmollin
Rapporteur: M. Didier Boillat
Membres: M. Patrick Bourquin
M. Baptiste Hurni
M. Armin Kapetanovic
M. Olivier Lebeau
M^{me} Sandra Menoud
M. Philippe Haeberli
M. Cédric Dupraz
M. Théo Bregnard
M. Laurent Kaufmann
M. Marc Schafroth
M. Manfred Neuenschwander
M^{me} Danielle Borer
M. Louis Godet
M. Mario Castioni (*en remplacement de M. Armin Kapetanovic*)
Mme Marina Giovannini (*en remplacement de M. Christian Mermet*)
M. Bernhard Wenger (*en remplacement de M^{me} Danielle Borer*)
M. Xavier Challandes (*en remplacement de M. Marc Schafroth*)

3. TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission a examiné le projet de loi en date des 9 mai, 3 juin et 10 novembre 2016. Elle a rencontré des représentants de la CCT Santé 21 durant sa séance du 4 juillet et des représentants de l'IDHEAP (étude des coûts de la CCT Santé 21 dans le cadre de la motion 14.121) lors de sa séance du 9 septembre. Par 9 voix contre 6, elle a adopté le présent rapport lors de sa séance du 16 décembre 2016.

M. Laurent Kurth, conseiller d'État, chef du DFS, ainsi que le chef du service de la santé publique (SCSP), l'adjoint au chef du SCSP et chef de l'office des hôpitaux et des institutions psychiatriques, la secrétaire générale du DFS et une juriste du SJEN ont participé aux travaux de la commission.

M. Damien Humbert-Droz, premier signataire du projet, a été représenté par les membres du groupe LR pour défendre le projet de loi 16.124.

4. COMMENTAIRE DE LA COMMISSION

4.1. Position des auteurs du projet

Les auteurs du projet (groupe libéral-radical) rappellent tout d'abord la nécessité d'une convention collective de travail dans le domaine de la santé. Ils constatent cependant que la CCT Santé 21 est trop avantageuse et que de nombreux employeurs soumis à cette convention se plaignent des surcoûts générés par rapport aux autres conventions existantes dans les cantons environnants. Pour les auteurs du projet, les conditions de négociation et de prolongement de la convention sont problématiques puisqu'en cas de désaccord entre les parties, la convention actuelle est automatiquement prolongée. D'un point de vue juridique, il faut qu'une institution puisse résilier la convention.

4.2. Position du Conseil d'État

Pour le chef du département des finances et de la santé, une unique convention applicable à tous les acteurs du domaine de la santé favorise l'engagement du personnel dans un domaine qui fait face à une pénurie de main-d'œuvre. Tout aussi important, cette convention collective de travail évite que les employeurs se fassent une trop forte concurrence lors de la recherche de collaborateurs. Il est important que la compétition voulue au niveau national ne soit pas prioritairement axée sur les conditions de travail mais sur la qualité du service et sur l'efficacité de l'organisation. Enfin, la CCT actuelle règle les conditions sociales d'un changement ou d'une suppression de poste, ce qui est un avantage important dans la perspective des réformes à mener dans ce secteur.

4.3. Débat général

Le débat d'entrée en matière a principalement porté sur des questions de calendrier.

Pour le chef du département et la minorité de la commission, il n'y avait pas de sens à traiter ces propositions tant que le rapport sur les coûts de la CCT Santé 21 (motion 14.121), demandé par le parlement, n'était pas disponible. C'est pourquoi un report du traitement des projets de lois d'environ 3 mois était demandé.

Pour la majorité de la commission, il y avait assez d'éléments concrets pour avoir une bonne idée des surcoûts de la CCT Santé 21. De plus, la majorité de la commission souhaitait donner un signal politique fort durant la période de négociation de la CCT Santé 21 entre les partenaires sociaux.

L'entrée en matière sur le projet de loi a été acceptée, le 9 mai 2016, par 7 voix contre 4 et 1 abstention.

4.4. Examen du projet de loi

Il est très vite apparu aux membres de la commission qu'il fallait séparer le débat sur les 4 projets de lois déposés et traiter celui relatif à la « Loi portant modification de la loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS) / 16.124 » séparément des trois autres (16.122, 16.123 et 16.125).

Les projets de lois 16.122 (LCNP), 16.123 (LEHM) et 16.125 (NOMAD) touchent des établissements cantonaux de droit public, soumis à un seul texte.

Le projet de loi 16.124 touche par contre un texte de loi qui règle les modalités de financement de plus de cinquante établissements. Certains établissements appliquent la CCT Santé 21, d'autres appliquent d'autres conventions. Les tarifs peuvent ainsi être majorés en fonction de l'application de la CCT Santé 21, d'une autre convention collective ou pas de convention du tout.

Pour le chef de département, l'objectif politique serait d'admettre qu'un seul texte doit servir de référence au domaine de la santé, indépendamment du contenu de la CCT Santé 21. Cela est actuellement défini par l'article 24, alinéa 1, LFinEMS. Son alinéa 2 prévoit la possibilité d'accéder à des majorations de tarifs pour les établissements qui signent d'autres textes. Dans ce cas, le département examine les textes prévus et la majoration se doit d'être inférieure au tarif de référence.

Art. 24 ¹L'application par les EMS des CCT Santé 21 donne droit à une majoration de tarifs.

²Le département peut reconnaître des conditions générales de travail émises par des associations professionnelles d'EMS qui, lorsqu'elles sont appliquées par leurs membres, donnent également droit à une majoration de tarifs ; cette majoration est inférieure à celle mentionnée à l'alinéa 1.

A noter que ce même système s'applique par analogie pour les systèmes d'aide et de soins à domicile. De plus, des discussions sont en cours dans ce domaine pour les organisations privées, pour lesquelles le supplément est actuellement fixé à 0 francs.

La dissociation du traitement du projet de loi 16.124 (LFinEMS) des projets 16.122 (LCNP), 16.123 (LEHM) et 16.125 (NOMAD) a été approuvée par 8 voix contre 6 et une abstention.

La commission a souhaité, à l'unanimité des membres présents, rencontrer des représentants de la CCT Santé 21, ce qui a été fait lors de sa séance du 4 juillet qui a permis aux commissaires de poser toutes les questions qu'ils ont estimées nécessaires.

La commission s'est aussi longuement attardée sur la pertinence du fait que la CCT Santé 21 ne s'applique pas uniquement au personnel médical mais également à d'autres domaines d'activités des institutions du domaine de la santé, les employés de bureau par exemple. Pour certains membres de la commission, les critères de pénibilité du travail et de difficulté de recrutement ne sont pas pertinents pour les employés de bureau.

A ce sujet, le chef du département nous a rendus attentifs au fait que les différents textes législatifs n'étaient pas tous cohérents dans ce domaine. Pour NOMAD et le CNP, les dispositions légales permettent d'avoir plusieurs conventions de travail pour des catégories différentes de collaborateurs, pour autant que les partenaires sociaux se mettent d'accord. Pour HNE, la LEHM ne prévoyait pas cette possibilité au moment du débat en commission, possibilité qui devait être ajoutée lors du débat relatif à la révision complète de la LEHM.

Le chef du département a aussi évoqué la vision du Conseil d'État en ce qui concerne le financement des EMS et des soins à domicile qui devrait se faire selon trois régimes :

1. Un régime qui reconnaît qu'il y a une CCT de référence pour le domaine de la santé et qui s'applique en donnant droit à un tarif CCT prévu par la loi ;
2. Un régime qui n'aurait aucune exigence et qui renverrait à l'application du Code des obligations et de la loi sur le travail ;
3. Un régime intermédiaire officialisé qui imposerait l'application de certaines dispositions impératives de la CCT et qui donnerait également lieu à un tarif intermédiaire.

Arrivée à ce moment du débat, la majorité de la commission a décidé, le 4 juillet, de suspendre ses travaux jusqu'au début septembre dans l'attente de plus d'informations du département, du résultat des négociations entre partenaires sociaux et du résultat de l'étude de l'IDHEAP. Cette suspension a été acceptée par 8 voix contre 1 et 6 abstentions.

Le travail de commission a repris le 10 octobre par un débat sur le rapport IDHEAP. Le chef du département a rappelé que, si le Conseil d'État a bien reçu le rapport, il n'en a pas encore adopté le rapport d'accompagnement. Ce rapport ne peut par conséquent pas encore être rendu public.

Le chef du département insiste sur le fait que les projets de lois déposés négligent la dimension CCT de branches.

La réflexion débouche finalement sur un amendement du groupe socialiste dont la teneur est :

¹L'application par les EMS d'une convention collective de travail de branche affiliant l'ensemble de leur personnel (sous réserve des exclusions prévues par la CCT elle-même) donne droit à une majoration des tarifs.

Cet amendement est refusé par 7 voix contre 5 et 2 abstentions.

Le groupe libéral-radical dépose également un amendement dont la teneur est :

¹L'application par les EMS d'une convention collective de travail de branche affiliant l'ensemble de leur personnel soignant (sous réserve des exclusions prévues par la CCT elle-même) donne droit à une majoration des tarifs.

Cet amendement est accepté par 7 voix contre 6 et 1 abstention.

En vote final, la loi amendée est acceptée par 7 voix contre 6 et 1 abstention.

La commission décide d'assortir le projet de loi d'une recommandation concernant les régimes de financement des EMS et des soins à domicile.

5. CONCLUSION

Par 9 voix contre 6, la commission a adopté le présent rapport le 16 décembre 2016.

Par 7 voix contre 6 et 1 abstention, la commission recommande au Grand Conseil d'adopter le projet de loi ci-après.

6. PRÉAVIS SUR LE TRAITEMENT DU PROJET (art. 272ss OGC)

À l'unanimité des membres présents, la commission propose au bureau du Grand Conseil que le projet soit traité par le Grand Conseil en débat libre.

7. RECOMMANDATION DEPOSEE (cf. annexe 1)

À l'unanimité des membres présents, la commission propose au Grand Conseil d'accepter la recommandation 16.182, du 16 décembre 2016, Régimes de financement des EMS et des soins à domicile.

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

Neuchâtel, le 16 décembre 2016

Au nom de la commission Santé:

Le président,

P. BOURQUIN

Le rapporteur,

D. BOILLAT

**Loi
portant modification de la loi
sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS)**

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,
sur la proposition de la commission Santé du 16 décembre 2016,
décède:

Article premier La loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS), du 28 septembre 2010, est modifiée comme suit:

Art. 24

¹L'application par les EMS d'une convention collective de travail de branche affiliant l'ensemble de leur personnel soignant (sous réserve des exclusions prévues par la CCT elle-même), donne droit à une majoration des tarifs.

²*inchangé.*

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

Art. 3 ¹Le Conseil d'État fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

²Il pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

Le président,

La secrétaire générale,

16 décembre 2016

16.182

**Recommandation de la commission Santé
Régimes de financement des EMS et des soins à domicile**

Le financement des EMS et des soins à domicile devrait se faire selon trois régimes :

1. Un régime qui reconnaît qu'il y a une CCT de référence pour le domaine de la santé et qui s'applique en donnant droit à un tarif CCT prévu par la loi ;
2. Un régime qui n'aurait aucune exigence et qui renverrait à l'application du Code des obligations et de la loi sur le travail ;
3. Un régime intermédiaire officialisé qui imposerait l'application de certaines dispositions impératives de la CCT et qui donnerait également lieu à un tarif intermédiaire.

Développement

La commission Santé souhaite que le canton tienne mieux compte de la diversité des acteurs dans les domaines des EMS et des soins à domicile et qu'elle adapte en conséquence ses régimes de financement. Il s'agit d'offrir plus de souplesse dans la négociation de CCT plus adaptée aux diverses organisations actives et des modes de financement qui en dépendent.

Signataire : Patrick Bourquin, président de la commission