

Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil

(Du 18 décembre 2024)

PROPOSITIONS DE LA COMMISSION PARLEMENTAIRE**Projet de loi modifiant la loi de santé (planification hospitalière)**

La commission parlementaire Santé,

composée de M^{mes} et MM. Blaise Courvoisier, président, Adriana Ioset, vice-présidente, Sarah Curty, Vincent Martinez, Pascale Ethel Leutwiler, Aurélie Gressot, Josiane Jemmely, Anne Bramaud du Boucheron, Amina Chouiter Djebaili, Brigitte Neuhaus, Barbara Blanc, Christiane Barbey et Magali Brêchet,

soutenue dans ses travaux par M^{me} Géraldine Boucrot, assistante parlementaire,

fait les propositions suivantes au Grand Conseil :

1. Commentaire de la commission

La commission Santé s'est réunie les 24 janvier, 12 février et 31 mars 2025 pour débattre du rapport [24.053](#), en présence du chef du Département de la santé, des régions et des sports (DSRS), de sa secrétaire générale, d'une chargée de missions au DSRS, du chef du service de la santé publique (SCSP), de la cheffe de l'office des hôpitaux et des institutions psychiatriques, ainsi que d'une juriste du service juridique (SJEN).

Les objectifs de la planification hospitalière sont les suivants :

- i) garantir l'accès aux soins, en organisant l'offre en soins de manière à couvrir les besoins de la population ;
- ii) assurer la qualité des prestations, en fixant un standard hospitalier (stationnaire) minimum ;
- iii) contribuer à la maîtrise des coûts, en coordonnant la fourniture des prestations et en allouant les ressources de manière à éviter de créer une surcapacité et/ou une sous-capacité.

Le processus de planification comprend trois étapes :

1. l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population ;
2. la définition des conditions-cadres ;
3. l'élaboration de la liste hospitalière cantonale et l'attribution des mandats de prestations.

La phase 1 (évaluation des besoins) avait mené à l'adoption du rapport [20.047](#) par le Grand Conseil neuchâtelois le 30 mars 2021. Le processus parlementaire de la phase 2 (définition des conditions-cadres) avait quant à lui été brusquement stoppé par un arrêt du Tribunal administratif fédéral (TAF) du 17 septembre 2021, qui avait obligé le Conseil d'État à reprendre les travaux. Tirant les enseignements de cet arrêt et tenant compte de la révision de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 1^{er} janvier 2022, il propose maintenant une nouvelle mouture de la définition des conditions-cadres dans le rapport 24.053. Ce dernier a fait l'objet de longues discussions avec les partenaires et les établissements hospitaliers à la suite de l'arrêt du TAF. Le Conseil d'État estime disposer d'une planification hospitalière solide et cohérente, à même, si ce n'est d'éviter de

nouveaux recours, tout au moins d'être débouté par le TAF ; ce point est d'autant plus important que les assureurs peuvent désormais recourir contre une planification hospitalière s'ils jugent que les conditions fixées sont contraires à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). À la suite d'une consultation sur l'avant-projet du rapport 24.053, certains éléments ont été ajustés ; le Conseil de santé a ensuite préavisé favorablement ce rapport, qui a été adopté par le Conseil d'État le 18 décembre 2024.

La planification hospitalière est un domaine légalement très cadré, dans lequel la marge d'appréciation politique est faible. Le fait que le Grand Conseil puisse se prononcer sur cette étape de la planification hospitalière¹ constitue une spécificité neuchâteloise. Le projet de modification de loi soumis dans le rapport 24.053 propose de déléguer au département et au Conseil d'État la compétence d'édicter des bases réglementaires/directives en ce qui concerne les éléments très techniques. Une fois la loi modifiée et les éventuelles bases réglementaires définies, la phase 3 (élaboration de la liste hospitalière) permettra de lancer l'appel d'offres pour mandats de prestations et de déterminer l'offre couverte par la liste hospitalière.

Parmi les nouveautés, un nouveau chapitre pose les conditions d'admission que doivent remplir les institutions qui désirent être inscrites sur la liste hospitalière. Leurs points saillants sont :

- l'article 83e, alinéa 1, rappelle que le cadre de la LAMal et de l'OAMal s'applique, notamment. Le terme « notamment » donne aux cantons la possibilité d'édicter des dispositions complémentaires ;
- l'article 83e, alinéa 2, propose justement des dispositions cantonales complémentaires, en particulier le fait de garantir une masse critique suffisante (lettre *b*) et des conditions de travail adéquates pour le personnel médico-soignant et médico-technique (lettre *d*), d'avoir un concept de prise en charge assurant la liaison amont/aval (lettre *e*), d'effectuer une prise en charge respectueuse en français ou dans une langue comprise par le/la patient-e (lettre *f*), de s'engager en faveur du développement durable et de le démontrer (lettre *g*) ;
- l'article 83e, alinéa 4, prévoit la possibilité de déroger aux conditions d'admission cantonales (al. 2) si la couverture des besoins l'exige ;
- enfin, l'article 83f, pour le périmètre du personnel concerné, exige des conditions de travail comparables à celles reconnues par le Conseil d'État, exprimées en francs (al. 1), précise les dimensions prises en compte dans le calcul (al. 2) et indique que le Conseil d'État définit les modalités de comparaison et de contrôle (al. 3).

Une fois les conditions remplies, le Conseil d'État procédera à l'attribution des mandats. Dans ce cadre, l'hôpital qui se verra attribuer un mandat devra s'engager à respecter un certain nombre d'obligations légales, telles que la prise en charge sans discrimination (art. 83h, al. 1), l'engagement en faveur du développement durable (art. 83p), la valorisation des ressources locales (art. 83r), l'engagement pour la formation, l'insertion et l'intégration professionnelle (art 83 q), etc.

1.1 Remarques et questions générales

De manière générale, les commissaires saluent la qualité du rapport 24.053.

– Qualité de l'indication

Le TAF indique que la qualité dépend de la structure et des processus, mais également des résultats et des indications : or, les commissaires relèvent que, dans le projet de loi proposé, aucune disposition ne renvoie à la qualité de l'indication, même si on sait qu'actuellement 20% à 25% des prestations sont médicalement injustifiées, ce qui génère des coûts inutiles pour le système de santé et des résultats peu probants pour le/la patient-e. Les représentant-e-s du département indiquent qu'en effet, un défi posé par

¹ Depuis 2016, à la suite de la modification de l'article 83a, alinéa 8, LS, « le Grand Conseil approuve la planification hospitalière, notamment la planification des besoins et la liste des conditions à remplir pour figurer sur la liste hospitalière (...) ».

l'arrêt du TAF est de ne pas seulement évaluer la qualité des structures, des processus et des résultats, mais aussi la qualité des indications. [Une prise de position des hôpitaux de Suisse \(H+\)](#) à ce sujet montre cependant à quel point la qualité de l'indication est un concept complexe à appréhender et à mesurer. Jusqu'à présent, aucun des cantons qui a fait sa planification hospitalière ne répond à cette question.

Plusieurs commissaires trouvent néanmoins que la qualité de l'indication est une question prioritaire : un non-contrôle à ce sujet pourrait mener à de la polypragmasie et à un abus de prescriptions.

Les représentant-e-s du département précisent que les attentes du/de la patient-e et le contexte économique doivent être pris en compte quand on mesure la qualité de l'indication : il ne suffit pas d'évaluer si le traitement prescrit se justifie en termes cliniques. Ces éléments n'ont pas encore été explorés scientifiquement au niveau suisse pour le moment et c'est donc un enjeu que de savoir si on parviendra à les intégrer dans la planification hospitalière. Par ailleurs, selon l'article 58f, alinéa 7, OAMal, les cantons « *prévoient que les mandats de prestations des hôpitaux contiennent à titre de charge l'interdiction des systèmes d'incitations économiques entraînant une augmentation du volume des prestations médicalement injustifiées à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou permettant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal* ». Le droit fédéral prévoit donc déjà des garde-fous pour éviter les systèmes d'incitations économiques qui encourageraient les prestations médicalement injustifiées.

– *Gestion des quantités*

D'après l'arrêt du TAF, le canton de Neuchâtel n'a plus le droit d'attribuer de quotas par institution. Le nouveau concept de gestion des quotas neuchâtelois a donc été adapté et prévoit d'attribuer un quota général par domaine de prestations. La surveillance de l'application de l'article 58f, alinéa 7, OAMal incombe au canton. Cet article est contraignant : sa violation pourrait aboutir à des sanctions financières, ou au retrait du mandat de prestations.

Certain-e-s commissaires relèvent néanmoins que, dans les faits, on constate des incitations économiques qui entraînent une augmentation du volume de prestations (injustifiées) dans tous les corps médicaux, malgré ce qui est stipulé à l'article 58f, alinéa 7, OAMal. La manière dont le système de santé est conçu – et notamment le système de rémunération à la prestation – crée ces incitations économiques.

– *Impact d'EFAS sur l'évaluation des besoins*

Le SCSP n'a pas établi de projections de l'impact de la réforme du financement uniforme des prestations (EFAS) sur l'évaluation des besoins. La dernière évaluation des besoins a été menée en 2022, avant le vote sur EFAS ; elle sera reconduite prochainement. Le service part du principe qu'EFAS est une loi qui modifie le financement du système de soins (c'est-à-dire qu'elle clarifie de quel « porte-monnaie » viennent les ressources financières), mais qu'elle n'agit pas sur le montant de ce financement (pas de prescription par EFAS, de tarif ou de volumes). Si les acteurs du système de santé risquent de s'adapter à la réforme EFAS, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure. Aucune hypothèse spécifique à l'introduction d'EFAS n'a donc été faite.

– *Aspects humains des soins et conditions de travail*

De l'avis de certain-e-s commissaires, si les objectifs de la planification hospitalière sont de garantir l'accès aux soins, d'assurer la qualité des prestations et de maîtriser les coûts, l'aspect financier semble prépondérant dans le rapport du Conseil d'État, au détriment notamment de l'aspect humain des soins. Il semble aussi difficile de prendre en compte les questions liées aux conditions de travail du personnel dans ce cadre très rigide. Plusieurs commissaires s'inquiètent ainsi que les conditions-cadres strictes définies dans la planification hospitalière ne péjorent les conditions de travail du personnel, ou que l'économicité ne prime sur la santé de la population.

Les représentant-e-s du département relèvent que la planification hospitalière est extrêmement structurée en raison du cadre imposé par la LAMal et des contraintes posées en termes de qualité, d'économicité, de planification et de couverture des besoins. Il faut la voir comme « l'architecture dure » du système. D'autres éléments (par exemple, la réponse à l'initiative « Pour des soins infirmiers forts ») permettront d'agir de manière plus fine sur certains aspects en particulier, comme les conditions de travail. Cela dit, le rapport 24.053 comprend tout de même des éléments qui encouragent la mise en place de conditions de travail acceptables et une prise en charge correcte (cf. les articles relatifs aux conditions de travail adéquates, à la formation, aux critères de qualité, etc.). Selon le TAF, le canton a le droit d'édicter des prescriptions, à condition qu'elles favorisent la qualité des prestations et/ou l'économicité. Il est précisé qu'« économicité » ne signifie pas « rationnement des soins » ou « soins les moins chers ».

Prenant acte de cette réponse, certain-e-s commissaires auraient néanmoins souhaité que l'article 85a de la [loi de santé \(LS\)](#) relatif à la gouvernance participative soit repris dans les conditions-cadres de la planification hospitalière.

– Consultation

Les adaptations effectuées dans le projet de loi à la suite de la consultation ont été discutées. Il a notamment été relevé que :

- la première version du rapport soumise à consultation contenait un article sur les conditions d'engagement et de rémunération des médecins. Ce dernier prévoyait que la part fixe du salaire des médecins s'élève au minimum à 60% de leur salaire annuel effectif ; il proposait aussi que le département/service médical d'un établissement hospitalier soit placé sous la responsabilité d'un ou de deux médecins-cadres salarié-e-s avec un taux minimum, afin de concourir à la qualité des prestations ; un alinéa adressait aussi la question d'un plafond maximal de rémunération. Toutefois, un partenaire du secteur privé – estimant que ces dispositions étaient intrinsèquement contraires à son modèle d'organisation – a contesté cet article, raison pour laquelle il y a été renoncé ;
- le secteur hospitalier privé neuchâtelois a fait une remarque demandant que la masse critique tienne compte de l'ambulatoire : « *un (...) point d'achoppement concerne l'exigence d'une masse critique préalable suffisante aux détriments éventuels d'hôpitaux qui postuleraient pour des nouveaux mandats (art. 83e, al. 2, let. b) et souhaitant la prise en compte des cas réalisés en ambulatoire* » (cf. page 48 du rapport). Certain-e-s commissaires l'ont trouvée justifiée.

Cependant, les représentant-e-s du DSRS ont précisé que le processus de planification hospitalière concerne uniquement les prises en charge stationnaires. À ce titre, le Conseil d'État est d'avis que l'évaluation du nombre minimum de cas (NMC) doit se faire uniquement sur la base de l'activité stationnaire. En outre, si le virage ambulatoire se réalise pleinement, il y aura de moins en moins d'interventions réalisées en stationnaire, prises en charge qui nécessitent un suivi postopératoire particulier, pour lesquelles – à l'inverse – les équipes soignantes auront de moins en moins d'expérience. Dans ce cas, il est d'autant plus important que le NMC soit vérifié uniquement au niveau de l'activité stationnaire, et non ambulatoire.

– Critère de la qualité, masse critique

D'après le rapport 24.053 (cf. page 7), « *selon les conditions-cadres prévalant lors de la planification 2016 (...), un établissement, pour réaliser le critère de la qualité, doit (...) justifier d'une masse critique et d'une activité suffisante ; sur les trois dernières années (...), il doit avoir fourni un nombre de prestations minimum équivalent à 5% de tous les cas de la population neuchâteloise durant l'année de référence (...) et avoir traité au moins 10 cas dans le domaine de prestations considéré* ». Certain-e-s commissaires trouvent ces chiffres peu élevés et estiment qu'il aurait été intéressant de prévoir une masse critique par opérateur, comme dans le canton de Zurich.

Les représentant-e-s du Département précisent qu'il n'est pas prévu d'analyser la masse critique au niveau d'une opération/prestation en particulier. Telle que présentée dans le

rapport, la notion de masse critique est considérée au niveau d'un domaine de prestations. On peut juger que le pourcentage/nombre minimal de cas défini par domaine est faible. Cependant, le système du canton de Zurich demande un suivi administratif important qui ne semble pas approprié pour un petit canton comme Neuchâtel. De plus, prévoir un nombre minimum de cas par opérateur peut inciter à effectuer des opérations inutiles afin d'atteindre le nombre minimum requis.

– *Attribution des mandats de prestations et CCT Santé 21*

Juridiquement, le Conseil d'État ne peut plus privilégier les établissements signataires de la convention collective de travail (CCT) Santé 21 pour l'attribution des prestations. Alors qu'en 2016, pour accéder à la liste hospitalière, l'hôpital devait appliquer la CCT Santé 21 – ce qui favorisait indirectement les institutions de santé qui y avaient adhéré, d'où le dépôt d'un recours –, le TAF considère désormais que, si de bonnes conditions de travail peuvent effectivement contribuer à fournir des prestations de qualité et économiques, il n'est pas conforme à la LAMal de poser comme exigence le respect des conditions de la CCT Santé 21 dans son ensemble.

1.2 Principales questions par article

Article 83b (processus de planification)

– *Alinéa 4*

Cet alinéa stipule que le Conseil d'État « *peut modifier l'attribution des mandats fixés dans la liste hospitalière sans reprendre l'entier du processus de planification hospitalière en cas de modifications du système sanitaire et hospitalier* ». Il faut comprendre que « *le Conseil d'État doit pouvoir adapter les mandats de prestations octroyés pour la prochaine planification hospitalière si des changements importants surviennent ultérieurement dans la prise en charge de telle ou telle prestation, ce sans avoir à reprendre l'entier du processus d'élaboration de la planification hospitalière* » (cf. page 15 du rapport). Ceci est conforme aux « *Recommandations sur la planification hospitalière de la CDS* » (recommandation n°1b), adoptées le 20 mai 2022, qui visent à trouver une application pragmatique, sans devoir passer par une réévaluation des besoins pour la totalité des 130 groupes de prestations de soins aigus. Toutefois, l'attribution d'un mandat « *en cours* » de validité de la liste hospitalière devra respecter les conditions-cadres définies et fera donc l'objet d'un examen dans ce sens.

Article 83c (planification intercantonale)

– *Alinéa 1*

Cet alinéa reprend l'article 83a, alinéa 5, de la LS actuelle, de même que l'obligation prévue à l'article 39, alinéa 2bis, LAMal : « *dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales* ». C'est à cette fin que les cantons ont signé la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009. Au lieu de 26 planifications cantonales, il n'existe donc plus, en matière de médecine hautement spécialisée (MHS), qu'une seule planification soutenue et mise en œuvre conjointement par l'ensemble des cantons.

– *Alinéa 2*

Pour sa part, l'alinéa 2 indique que le canton peut établir une planification intercantonale pour des groupes de prestations non soumis à la MHS. Cette disposition ouvre la voie vers d'éventuelles démarches futures.

Article 83e (conditions d'admission)

– *Alinéa 1, lettre b*

Les commissaires ont sollicité des précisions sur la demande de respect de nombres

minimums de cas selon l'exigence de l'article 58d, alinéa 4, OAMal.

En préambule, il faut noter qu'un nombre minimum de cas ne s'applique pas pour les établissements médico-sociaux (EMS), puisque l'article 58d, alinéa 4, OAMal concerne uniquement les hôpitaux. Dans le domaine des soins aigus somatiques, l'actuel modèle de groupes de prestations pour la planification hospitalière² prévoit des nombres minimums de cas pour environ 33 groupes de prestations sur les 139 existants. Dans le domaine de la réadaptation, les cantons ont aussi pour usage d'utiliser un modèle de classification relativement commun au niveau national. La réadaptation se compose de six à huit ou neuf groupes ou types de prestations différents. Dans la large majorité des cas, les cantons ont également exigé un nombre minimum de prises en charge (environ 200 à 250 cas/an par groupe de prestations dans le domaine de la réadaptation). S'agissant du domaine de la psychiatrie, il n'existe pas encore de modèle utilisé de manière harmonisée en Suisse ; de fait, il n'existe pas de nombre minimum de cas encore défini de manière consensuelle au niveau suisse.

– *Alinéa 2, lettre a*

Les commissaires ont demandé quelles professions du domaine de la santé sont soumises à une autorisation de pratiquer, comment le service vérifie que le personnel qualifié est suffisant et si un calcul de dotation est fait.

Les autorisations sont données hors de la planification. L'article 54 LS couvre toutes les professions régies par le droit fédéral, et précise que le département/service cantonal doit délivrer les autorisations ([professions soumises à autorisation](#)). Le règlement cantonal détermine les professions non soumises à autorisation, notamment lorsqu'elles sont exercées au sein d'un hôpital, d'une clinique, d'un home médicalisé. L'article 58d, alinéa 2, lettre a, OAMal précise que les institutions doivent disposer du personnel nécessaire qualifié. La notion de dotation est courante dans les EMS ; en revanche, il n'existe pas de référentiel de dotation au sein des hôpitaux et des maisons de naissance.

Une commissaire a relevé que les *skill-mix* (en français : la modification de l'éventail des qualifications) permettent de mettre en exergue les formations où il manque du personnel. Il a été précisé que si un référentiel en termes de dotation et de *skill-mix* devenait force contraignante pour les hôpitaux et les maisons de naissance, il faudrait alors se questionner sur ce qui se passerait si une institution ne remplissait pas les standards de dotation ou de *skill-mix* minimum requis. Du point de vue des représentant-e-s du DSRS, légiférer de manière très détaillée à ce propos peut présenter le risque que cela s'avère contreproductif.

– *Alinéa 2, lettre d*

Les commissaires ont demandé des précisions sur les termes « *personnel soignant, thérapeutique et médico-technique* ». Le Conseil d'État est compétent pour déterminer exactement le périmètre du personnel relevant de ces dénominations. Par analogie avec la CCT Santé 21, il s'agit des fonctions relevant de la famille 10 Soins, 20 Thérapie et 30 Médico-techniques. Les commissaires ont trouvé difficilement compréhensible que cette disposition ne protège que les conditions de travail d'une partie du personnel d'un établissement : un amendement a été déposé à cet égard (cf. chapitre 3).

– *Alinéa 2, lettre f*

Des commissaires ont relevé qu'il est essentiel que les institutions hospitalières assurent une prise en charge en langue française, afin de garantir le droit à l'information et le consentement éclairé du ou de la patient-e. Le Conseil d'État partage totalement cette préoccupation : les articles 83e, alinéa 2, lettre f, et 83o ont pour but d'y répondre. La formulation de l'article 83o, révisée à la suite de la consultation menée, va même au-delà de la seule maîtrise de la langue française.

²GPPH, conçu par la DGS Zurich et utilisé par l'intégralité des cantons.

– *Alinéa 2, lettre g*

Concernant l'engagement en faveur du développement durable, les commissaires ont demandé quelles mesures sont prévues pour diminuer l'utilisation abusive du matériel à usage unique dans les établissements, et quels éléments objectifs donneront une note positive sur ce critère dans l'appréciation d'une institution. D'après les représentant-e-s du département, il serait disproportionné d'aller réglementer en détail dans la loi les exigences en matière de matériel à usage unique, car il faudrait alors déployer des moyens de contrôle conséquents. À leur sens, il faut faire confiance aux établissements et tabler sur une « pression sociétale » croissante dans ce domaine. Le travail de déclinaison des conditions d'admission à un niveau d'exigence plus précis reste à faire pour ce critère. Il pourrait être jugé, par exemple, en fonction de l'existence d'une stratégie en matière de développement durable ou de l'existence d'un poste spécifique de chargé-e du développement durable.

Plusieurs député-e-s souhaitent que la prochaine planification reprenne cette problématique, étant donné qu'il y a énormément de progrès à faire en termes de durabilité dans le fonctionnement des établissements de santé.

Article 83f (conditions de travail adéquates)

Des commissaires saluent le fait que des conditions de travail équivalentes à celles de la CCT Santé 21 aient été introduites dans cette nouvelle mouture de la planification hospitalière, même si la référence à ladite CCT n'est plus possible en vertu de l'arrêt du TAF.

– *Alinéas 1 et 2*

L'alinéa 1 stipule que « *sont considérées comme adéquates les conditions de travail qui, ramenées à une rémunération horaire exprimée en francs, sont comparables à celles reconnues par le Conseil d'État* ». Le calcul de la rémunération horaire prend en compte les éléments – valorisés en francs – définis à l'article 83f, alinéa 2³. Il s'agit d'éléments constitutifs « durs » des conditions de travail, qui seront transformés en francs par heure pour pouvoir être comparés. Les institutions ne devront pas respecter chacun de ces éléments pris isolément, mais le standard minimum défini sur l'ensemble d'entre eux.

Plusieurs député-e-s ont critiqué le dispositif présenté : le fait que les institutions qui recevront un mandat de l'État pourront aménager différemment leurs conditions de travail sur ces différentes dimensions implique que, même s'il sera possible d'établir des comparaisons entre elles, cela ne signifiera pas pour autant que leurs conditions de travail seront équitables ou même acceptables.

Le Conseil d'État a précisé avoir choisi de ne pas vérifier point par point le respect des conditions de la CCT Santé 21, mais de restreindre la comparaison des conditions de travail aux dimensions citées, car elles peuvent à son sens se compenser l'une l'autre afin de tenir compte des équilibres propres à chaque institution.

Certain-e-s commissaires ont craint que ce modèle, qui ramène les conditions de travail à une rémunération horaire, ne représente un risque pour les droits négociés dans le cadre de la CCT Santé 21 (notamment pour ceux qui ne figurent pas à l'article 83f, alinéa 2). La juriste s'est voulu rassurante à cet égard : elle a précisé que la CCT Santé 21 resterait de toute façon la référence de base pour tous les établissements de droit public dans de nombreuses lois cantonales.

D'autre part, des commissaires ont critiqué le fait que l'article 83f concerne uniquement les salaires du personnel soignant, thérapeutique et médico-technique, qui seront les seul-e-s à être soumis-e-s à un salaire maximum. Ils et elles ont aussi relevé que plafonner le salaire

³C'est-à-dire les salaires bruts minimaux et maximaux appliqués pour chaque fonction, auxquels sont ajoutées les cotisations employeurs au sens de la Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP), du 25 juin 1982, et les éventuelles allocations supplémentaires pour enfants, la durée hebdomadaire de travail ainsi que la durée des vacances et le nombre de jours fériés, l'indemnisation du travail irrégulier, de nuit ou de week-end ainsi que les piquets et la couverture des frais professionnels.

va à l'encontre de la fidélisation des collaborateur-trice-s. De l'avis du Conseil d'État, l'exigence de non-dépassement d'un salaire maximal se justifie par le souci de ne pas alimenter un système de surenchère salariale.

Finalement, les arguments d'un partenaire qui proposait de supprimer la lettre *b* de l'article 83f, alinéa 2, ont paru justifiés à certain-e-s commissaires LR. Pour sa part, le Conseil d'État s'est opposé à l'argumentation selon laquelle il serait possible de supprimer totalement la prise en compte de la durée du travail au motif qu'elle serait compensée par une moindre pénibilité du travail (elle manque de proportionnalité).

In fine, l'article 83f aura suscité beaucoup de discussions : plusieurs amendements ont été déposés à cet égard (cf. chapitre 3).

Enfin, une commissaire a demandé que le modèle de calcul finalement utilisé prenne en compte de manière plus ciblée les niveaux d'expertise/d'ancienneté que le modèle mis à disposition de la commission. En effet, le modèle prend pour comparaison les salaires d'une fonction (en termes de sur- ou de sous-enchère), l'entier de la fourchette possible (cf. CCT Santé 21) d'une fonction, soit plus ou moins 30% à 40%. En l'état, cela engendrerait beaucoup de travail pour quasiment aucun effet.

Article 83h (admission des patient-e-s)

– Alinéa 2

L'objectif de cette disposition est d'éviter une sélection des patient-e-s qui privilégierait celles et ceux qui disposent d'une assurance complémentaire privée, générant une activité mieux rémunérée. Le respect de cette obligation est évalué rétroactivement chaque année dans le cadre du contrôle du contrat de prestations. Le niveau d'exigence d'un taux limite de 50% de patient-e-s qui doivent être exclusivement au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins (AOS) correspond à celui précédemment défini dans les conditions-cadres régissant la planification hospitalière en vigueur depuis 2016. Il a par ailleurs été validé par le TF (138 II 398) dans un arrêt tessinois concernant les EMS. À noter que le taux initialement prévu dans la version soumise à consultation s'élevait à 60%, mais qu'à la suite des prises de position du secteur privé à l'encontre de celle-ci, le Conseil d'État a décidé de le ramener à 50%, ce qui correspond au taux appliqué dans le cadre de la planification hospitalière actuellement en vigueur.

Article 83m (tarifs et codage)

– Alinéa 2

Afin de bien saisir les enjeux des négociations et des tarifs issus de celles-ci, le canton souhaite pouvoir assister aux négociations en matière de tarifs. Malgré le fait que cette mesure semble justifiée, des commissaires ont craint que certains acteurs privés ne la contestent. Dans ce cadre, il a été précisé que « *le Conseil d'État n'entend (...) pas exercer ce droit dans le cas des négociations tarifaires conduites par des institutions sur le plan national ou lorsqu'une institution est implantée hors du territoire neuchâtelois, ainsi que le lui permet l'article 83v alinéa 2* » (cf. p. 38 du rapport du Conseil d'État).

Art. 83q (formation, insertion et intégration professionnelle)

– Alinéa 1

Cet alinéa stipule que « *l'institution hospitalière sise dans le canton participe à l'effort de formation du personnel de santé non universitaire et des médecins dans le cadre défini par le Conseil d'État* ». Il a été demandé quels sont les tarifs LAMal pour la rémunération de la formation des professions de santé non universitaires. Par ailleurs, des précisions sur les termes « *participer à l'effort* » ont été sollicitées.

La LAMal stipule indirectement que les coûts de la formation des professions médicales non universitaires (c'est-à-dire qui ne relèvent pas de la Loi fédérale sur les professions médicales universitaires, LPMéd) relèvent de l'ensemble des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et, de ce fait, font partie des coûts constituant la base des négociations des tarifs (prix du point cantonal). Ce n'est en revanche pas le cas

pour les professions LPMéd, dont les coûts de formation prégrade, postgrade et de recherche universitaire sont exclus des coûts à charge de l'AOS.

« *Participer à l'effort* » signifie que l'institution hospitalière doit démontrer avoir créé et pourvu des places de formation au sein de son organisation pour la formation du personnel de santé non universitaire et des médecins, et ce en ce qui concerne la formation de base. La formulation de l'article 83q ayant été jugée insuffisamment contraignante, deux amendements ont été déposés à cet égard (cf. chapitre 3).

Article 83w (équipements médico-techniques lourds, autorisation de mise en service)

La mise en service d'un équipement médico-technique lourd est soumise à l'autorisation du Conseil d'État, selon l'article 83w, alinéa 1. En revanche, un établissement peut remplacer un équipement qui a déjà fait l'objet d'une autorisation de mise en service sans demander d'autorisation : il doit simplement l'annoncer au SCSP, en vertu de l'article 83w, alinéa 3. Ce processus d'annonce ayant été jugé trop léger, deux amendements ont été déposés sur l'article 83w (cf. chapitre 3).

Article 2 (dispositions transitoires)

La liste hospitalière neuchâteloise actuelle ne comporte pas de date de fin de validité. Elle deviendra caduque au moment de l'entrée en vigueur d'une nouvelle liste hospitalière. S'agissant des contrats de prestations, ils sont adossés à la validité de la liste hospitalière neuchâteloise.

2. Entrée en matière (art. 171 OGC)

À l'unanimité des membres présent-e-s, la commission propose au Grand Conseil d'entrer en matière sur ce projet de loi, puis de le modifier comme suit :

3. Projet de loi et amendements

Loi actuellement en vigueur <i>Loi de santé (LS)</i>	Projet de loi du Conseil d'État	Amendements que la commission propose d'accepter (art. 172 OGC)	Amendements que la commission propose de refuser (art. 172 OGC)
	<p>Conditions d'admission</p> <p><i>Art. 83e (nouveau), alinéa 2</i></p> <p>²Les institutions hospitalières doivent également :</p> <p>a) être au bénéfice des autorisations requises en lien avec leur exploitation et leur personnel ;</p> <p>b) garantir la masse critique suffisante ;</p> <p>c) pour les groupes, ou les domaines, de prestations définis par le département, démontrer entretenir des collaborations avec d'autres institutions hospitalières reconnues comme centres de compétences capables de les soutenir dans le domaine considéré ;</p> <p>d) garantir des conditions de travail adéquates au sens de l'article 83f pour le personnel soignant, thérapeutique et médico-technique ;</p> <p>e) disposer d'un concept de prise en charge des patient-e-s assurant la liaison avec les fournisseurs de prestations en amont et en aval ;</p> <p>f) démontrer assurer une prise en charge respectueuse du-de la patient-e, en particulier en garantissant un accompagnement en français ou dans une langue qu'il-elle comprend de manière à respecter son droit à l'information et à obtenir son consentement libre et éclairé ;</p> <p>g) démontrer s'engager en faveur du développement durable et démontrer leur responsabilité et leurs mesures dans les domaines économiques, sociétaux et environnementaux.</p>	<p>Amendement de la commission <i>(Initialement déposé par les groupes VertPOP et socialiste)</i></p> <p>Article 83e (nouveau), alinéa 2, lettre d</p> <p>d) garantir des conditions de travail adéquates au sens de l'article 83f <i>(suppression de : pour le personnel soignant, thérapeutique et médico-technique) ;</i></p> <p>Accepté par 8 voix et 4 abstentions.</p>	

Loi actuellement en vigueur Loi de santé (LS)	Projet de loi du Conseil d'État	Amendements que la commission propose d'accepter (art. 172 OGC)	Amendements que la commission propose de refuser (art. 172 OGC)
	<p>Conditions de travail adéquates</p> <p>Art. 83f (nouveau)</p> <p>¹Sont considérées comme adéquates les conditions de travail qui, ramenées à une rémunération horaire exprimée en francs sont comparables à celles reconnues par le Conseil d'État.</p>	<p>Amendement de la commission (Initialement déposé par les groupes VertPOP et socialiste)</p> <p>Article 83f (nouveau), alinéa 1</p> <p>¹Sont considérées comme adéquates les conditions de travail qui, ramenées à une rémunération horaire exprimée en francs, sont (<i>suppression de : comparables</i>) <u>équivalentes</u> à celles reconnues par le Conseil d'État.</p> <p>Accepté à l'unanimité des membres présent-e-s.</p>	
	<p>²Le calcul de la rémunération horaire prend en compte les éléments suivants valorisés en francs :</p> <p>a) les salaires bruts minimaux et maximaux appliqués pour chaque fonction auxquels sont ajoutées les cotisations employeurs au sens de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) du 25 juin 1982 et les éventuelles allocations supplémentaires pour enfants ;</p> <p>b) la durée hebdomadaire de travail ainsi que la durée des vacances et le nombre de jours fériés ;</p> <p>c) l'indemnisation du travail irrégulier, de nuit ou de week-end ainsi que les piquets ;</p>	<p>Amendement de la commission (Initialement déposé par Blaise Courvoisier)</p> <p>Article 83f (nouveau), alinéa 2, lettre c</p> <p>c) l'indemnisation du travail (<i>suppression de : irrégulier,</i>) de nuit ou de week-end ainsi que les piquets ;</p> <p>Opposition : l'emporte par 6 voix en sa faveur contre 2 voix en faveur de l'amendement Blaise Courvoisier.</p> <p>Accepté par 6 voix contre 6, la voix du président étant prépondérante.</p>	<p>Amendement Blaise Courvoisier</p> <p>Article 83f (nouveau), alinéa 2, lettre c</p> <p>c) l'indemnisation du travail irrégulier, de nuit ou de week-end ainsi que les piquets ;</p> <p>Opposition : refusé par 2 voix en sa faveur contre 6 voix en faveur de l'amendement de la commission.</p>

Loi actuellement en vigueur <i>Loi de santé (LS)</i>	Projet de loi du Conseil d'État	Amendements que la commission propose d'accepter (art. 172 OGC)	Amendements que la commission propose de refuser (art. 172 OGC)
	<p>d) la couverture des frais professionnels.</p> <p>³Les conditions de travail sont évaluées pour chaque fonction selon les modalités fixées par le Conseil d'État, lequel détermine notamment les composantes du salaire brut.</p>	<p>Amendement de la commission <i>(Initialement déposé par les groupes VertPOP et socialiste)</i></p> <p>Article 83f (nouveau), alinéa 2, lettre d c) [...]. d) <i>Supprimée.</i></p> <p>Accepté à l'unanimité des membres présent-e-s.</p>	
	<p>b) formation, insertion et intégration professionnelle</p> <p><i>Art. 83q (nouveau)</i></p> <p>¹L'institution hospitalière sise dans le canton participe à l'effort de formation du personnel de santé non universitaire et des médecins dans le cadre défini par le Conseil d'État.</p> <p>²Elle met à disposition le nombre de places de formation postgrade en médecine par filière et par année selon les prescriptions du département.</p>	<p>Amendement du Conseil d'État</p> <p>Article 83q (nouveau), alinéa 1</p> <p>¹L'institution hospitalière sise dans le canton participe à <i>(suppression de : l'effort de) la formation (suppression de : du personnel de santé non universitaire et des médecins dans le) des professionnel-le-s du domaine de la santé selon un cadre et des objectifs</i> définis par le Conseil d'État.</p> <p>Accepté à l'unanimité des membres présent-e-s.</p>	

Loi actuellement en vigueur Loi de santé (LS)	Projet de loi du Conseil d'État	Amendements que la commission propose d'accepter (art. 172 OGC)	Amendements que la commission propose de refuser (art. 172 OGC)
	<p>³Elle participe à l'effort de formation continue de son personnel de santé non universitaire.</p> <p>⁴Elle forme un quota minimum d'apprenti-e-s dont le taux et les modalités de calcul sont fixés par le département, selon la politique cantonale en la matière.</p> <p>⁵Elle participe à l'effort d'insertion au sens de la loi sur l'action sociale du 25 juin 1996 et organise des mesures d'intégration professionnelles dans le cadre défini par le Conseil d'État.</p>	<p>Amendement du Conseil d'État</p> <p>Article 83q (nouveau), alinéa 3</p> <p>³Elle (<i>suppression de : participe à l'effort de formation continue de son personnel de santé non universitaire</i>) <u>met en place une politique favorisant la formation continue des professionnel-le-s du domaine de la santé.</u></p> <p>Accepté par 10 voix et 2 abstentions.</p>	
	<p>Autorisation de mise en service</p> <p><i>Art. 83w (nouveau)</i></p> <p>¹Pour assurer la maîtrise des coûts de la santé et pour sauvegarder un intérêt public prépondérant, la mise en service ou la réaffectation d'équipements médico-techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire, public ou privé, est soumise à l'autorisation du Conseil d'Etat.</p> <p>²L'autorisation peut être subordonnée à une convention entre partenaires publics et privés.</p> <p>³Le remplacement d'un équipement qui a déjà fait l'objet d'une autorisation de mise en service doit être annoncé au service.</p>	<p>Amendement du Conseil d'État</p> <p>Article 83w (nouveau), alinéa 3</p> <p>³Le remplacement d'un équipement qui a déjà fait l'objet d'une autorisation de mise en service doit être annoncé au service. <u>Celui-ci vérifie si les conditions d'un remplacement sont réunies et transmet le dossier au département pour décision, laquelle fait l'objet d'une publication.</u></p> <p>Accepté à l'unanimité des membres présent-e-s.</p>	

Loi actuellement en vigueur <i>Loi de santé (LS)</i>	Projet de loi du Conseil d'État	Amendements que la commission propose d'accepter (art. 172 OGC)	Amendements que la commission propose de refuser (art. 172 OGC)
	<p>⁴La cessation d'exploitation d'un équipement autorisé doit être annoncée au service.</p> <p>⁵Les critères et la liste des équipements soumis à autorisation sont fixés par arrêté du Conseil d'État, sur préavis du Conseil de santé, et sont régulièrement mis à jour.</p>	<p>Amendement du Conseil d'État</p> <p>Article 83w (nouveau), alinéa 4</p> <p>⁴La cessation d'exploitation d'un équipement autorisé doit être annoncée au service. <u><i>Cette annonce fait l'objet d'une publication.</i></u></p> <p>Accepté à l'unanimité des membres présent-e-s.</p>	

4. Commentaires sur l'examen des amendements

Amendement de la commission (initialement déposé par les groupes VertPOP et socialiste), article 83e (nouveau), alinéa 2, lettre d

L'amendement propose de « *garantir des conditions de travail adéquates au sens de l'article 83f (suppression de : pour le personnel soignant, thérapeutique et médico-technique)* ». Les groupes VertPOP et socialiste trouvent problématique de faire une distinction entre, d'une part, le personnel soignant, thérapeutique et médico-technique d'un établissement hospitalier et, d'autre part, le reste de son personnel : l'amendement vise à garantir des conditions de travail adéquates pour l'ensemble du personnel d'un établissement et non pour certaines catégories professionnelles en particulier. Le fait qu'il y ait eu à plusieurs reprises des velléités de sortir certains corps professionnels de la convention collective de travail (CCT) Santé 21 prône d'autant plus en faveur de la garantie de conditions de travail adéquates pour l'ensemble du personnel.

Le Conseil d'État propose, pour sa part, de limiter le périmètre de la disposition au personnel soignant, thérapeutique et médico-technique, car il s'agit des fonctions les plus exposées/vulnérables à des conditions de travail inadéquates. Il souhaite conserver la terminologie proposée pour des raisons avant tout techniques : en effet, le service se heurterait à des difficultés de mise en œuvre de la disposition s'il devait veiller à ce que ces conditions adéquates soient garanties pour l'ensemble du personnel. L'amendement ajoute ainsi une touche de complexité à un système déjà particulièrement complexe, tout en augmentant le risque de recours. Ainsi, le Conseil d'État le combat.

Plusieurs commissaires relèvent que le fait de ne pas soumettre tout le personnel à cette disposition crée des inégalités de traitement inacceptables. Vu que les établissements qui postuleront sur la liste hospitalière ne seront pas tous soumis à la CCT Santé 21, il est d'autant plus indispensable de protéger toutes les fonctions, y compris celles qui sont exercées dans le secteur privé. Des commissaires trouvent par ailleurs dérangentant que cette disposition fasse une dichotomie entre les employé-e-s médico-techniques et les médecins : à leur sens, la LS doit s'appliquer à tout le personnel de santé. En outre, certain-e-s commissaires trouvent dommage que le personnel d'intendance et les cuisinier-ère-s ne soient pas inclus-e-s dans l'appellation « personnel médico-technique », alors que ces employé-e-s sont aussi soumis-e-s à la pénibilité du travail : il importe de valoriser leur fonction. De plus, une commissaire critique le fait que cette disposition protège les conditions de travail de la partie du personnel qui est déjà la mieux couverte par la CCT Santé 21, alors qu'elle exclut d'autres fonctions dont les conditions de travail sont discutables, comme les médecins assistant-e-s. Finalement, plusieurs commissaires trouvent problématique d'inscrire dans une LS qui concerne toutes les institutions hospitalières du canton qu'on ne se préoccupe des conditions de travail que d'une partie de leur personnel. Concrètement, cela signifie qu'en cas de restrictions budgétaires, le reste des employé-e-s en fera les frais.

Les représentant-e-s du SCSP précisent que l'élargissement du périmètre de cette disposition à d'autres groupes professionnels pose des questions en termes de faisabilité et de réalisation technique. Il faut relever que certaines professions ne sont pas réglées dans la CCT Santé 21 : actuellement, les médecins assistant-e-s, chef-fe-s de clinique adjoint-e-s et chef-fe-s de clinique du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) et du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) sont par exemple soumis à des CCT distinctes ; si le périmètre de cette disposition était élargi pour les inclure, il faudrait trouver un point commun entre les référentiels établis par ces différentes CCT afin de définir des conditions communes, ce qui demanderait un important travail.

Aujourd'hui, la CCT Santé 21 est commune au personnel visé par la disposition. S'il serait techniquement possible d'élargir le périmètre du personnel visé à l'intégralité des fonctions ciblées par la CCT Santé 21 (et non de s'en tenir seulement au personnel soignant, thérapeutique et médico-technique), la possibilité d'ouvrir ce périmètre au-delà des

professions de la CCT Santé 21 demande encore des clarifications juridiques. Le SJEN précise que la planification hospitalière s'inscrit dans le cadre fixé par la LAMal, d'où le fait que les dispositions proposées par le Conseil d'État visent avant tout le personnel de soins. En cas d'acceptation de l'amendement, ce serait au Conseil d'État de déterminer les conditions de travail adéquates à évaluer pour chaque fonction.

L'amendement a finalement été accepté par 8 voix et 4 abstentions. Il importe à la majorité de la commission que des conditions de travail adéquates soient garanties pour l'ensemble du personnel des institutions de santé, même si le service éprouve des difficultés à mettre cette exigence en place.

Amendement de la commission (initialement déposé par les groupes VertPOP et socialiste), article 83f (nouveau), alinéa 1

L'amendement propose de considérer comme adéquates les conditions de travail qui, ramenées à une rémunération horaire exprimée en francs, sont « équivalentes », plutôt que « comparables », à celles reconnues par le Conseil d'État. L'intention initiale du département était aussi d'inscrire les termes « conditions équivalentes » dans la loi. À la suite de la consultation, le Conseil d'État a cependant choisi une autre formulation, plus ouverte, mais qui pose certains défis sur le plan technique, car il faudra définir sur la base de quels critères les conditions pourront être comparées.

Il a été demandé si l'utilisation du terme « équivalentes » ne risque pas de provoquer un recours. Le chef de département a indiqué qu'il en doute, ce terme n'ayant pas été remis en question lors de la consultation. Après discussion, la commission a accepté cet amendement à l'unanimité des membres présent-e-s.

Amendement de la commission (initialement déposé par Blaise Courvoisier), article 83f (nouveau), alinéa 2, lettre c OU amendement Blaise Courvoisier, article 83f (nouveau), alinéa 2, lettre c

Le premier amendement, initialement déposé par Blaise Courvoisier, propose de supprimer le terme « irrégulier » de la disposition suivante : « *l'indemnisation du travail (suppression de : irrégulier,) de nuit ou de week-end ainsi que les piquets ;* ».

Le Conseil d'État ne s'y oppose pas. D'après la note du service à ce sujet (cf. annexe), il n'existe aucun référentiel dans la CCT Santé 21 concernant l'indemnisation du travail irrégulier au sens de « non planifiable ». La CCT Santé 21 ne mentionne pas la notion de travail irrégulier, car elle est déjà incluse dans le salaire : en effet, dans la CCT, les rémunérations (qui sont les conséquences des enclassements dans les fonctions) intègrent déjà indirectement cette notion d'irrégularité. Il est donc possible de la supprimer dans cette disposition.

Certain-e-s commissaires soutiennent l'amendement, surpris-e-s qu'il soit question d'indemniser un élément qui n'a pas de référentiel dans la CCT Santé 21. À leur avis, les employeurs n'accepteront pas de rémunérer le travail irrégulier, d'autant plus si cette notion est déjà indirectement incluse dans le calcul des salaires de la CCT Santé 21. Le groupe LR s'oppose par ailleurs à la négociation de conditions de travail dans le cadre de la planification hospitalière : à son sens, le rôle des député-e-s n'est pas d'interférer dans les décisions prises d'entente entre employeurs et représentant-e-s de la CCT Santé 21.

D'autres commissaires plaident en faveur de l'indemnisation du travail irrégulier, qui représente un important facteur de risque et d'épuisement pour le personnel. Pour ces commissaires, voir une amélioration des conditions de travail qui ne figure pas dans la CCT Santé 21 être intégrée dans cette disposition représente une très bonne surprise. Ils et elles trouvent également utile de pouvoir prendre en considération la rémunération du personnel qui effectue du travail irrégulier, sachant que certains établissements n'appliqueront pas les modalités de rémunération définies par la CCT Santé 21. Ces commissaires ont demandé si l'indemnisation du travail irrégulier est forcément entendue en termes monétaires ou s'il serait possible d'imaginer une indemnisation en termes de congés supplémentaires.

Le chef de département a répondu que la planification hospitalière n'a pas pour but de régler la politique salariale des institutions elles-mêmes, ni de s'intéresser à un tel niveau de détail. À l'origine, il était prévu que, dans cette disposition, le travail irrégulier fasse référence à un « *travail de nuit ou de week-end ainsi que les piquets* », et non au fait d'indemniser (ou de compenser en termes de congés) le travail irrégulier non planifié.

C'est pour en revenir à cette idée d'origine que Blaise Courvoisier a proposé son deuxième amendement : « *l'indemnisation du travail irrégulier ; de nuit ou de week-end ainsi que les piquets* ». Certain-e-s commissaires s'y sont opposé-e-s, pour les raisons déjà évoquées, et parce qu'à leur sens la notion d'irrégularité doit aussi tenir compte des horaires changeants.

Au vote, les deux amendements de Blaise Courvoisier ont été opposés. La commission est restée très divisée quant au fait d'indemniser ou non le travail irrégulier. Le premier amendement proposé par Blaise Courvoisier a finalement été accepté par 6 voix contre 6, la voix du président étant prépondérante.

Amendement de la commission (initialement déposé par les groupes VertPOP et socialiste), article 83f (nouveau), alinéa 2, lettre d

Cet amendement propose de supprimer la lettre d : « *la couverture des frais professionnels* ». Il s'agit d'une mesure de simplification. La commission l'a accepté à l'unanimité des membres présent-e-s.

Amendement du Conseil d'État, article 83q (nouveau), alinéa 1

Initialement, M^{me} Chouiter Djebaili a déposé l'amendement suivant : « *l'institution hospitalière sise dans le canton participe à (suppression de : l'effort de) la formation du personnel de santé (suppression de : non universitaire) et des médecins selon des modalités, avec des objectifs bien établis et selon un (suppression de : dans le) cadre défini par le Conseil d'État* ». Ne trouvant pas assez incitatif que l'institution hospitalière doive seulement participer « *à l'effort de formation* », elle a préféré stipuler qu'elle doit participer « *à la formation* ». Cet amendement étend aussi la portée de la disposition au personnel de santé au sens large, et non seulement au personnel de santé non universitaire. Il formalise enfin que la formation s'effectue « *selon des modalités, avec des objectifs bien établis* ».

Le chef de département ne s'oppose pas à l'esprit de cet amendement. S'agissant du personnel concerné par la formation, il propose cependant de privilégier une formulation plus large, en reprenant celle de l'article 52, LS, soit « *les professionnel-le-s du domaine de la santé* ». M^{me} Chouiter Djebaili a accepté de retirer son amendement au profit de cette reformulation, qui a été acceptée à l'unanimité des membres présent-e-s.

Amendement du Conseil d'État, article 83q (nouveau), alinéa 3

Initialement, M^{me} Chouiter Djebaili a déposé l'amendement suivant : « *elle participe à l'effort de formation continue de son personnel de santé (suppression de : non universitaire)* ». Par souci de cohérence avec l'amendement accepté à l'article 83q (nouveau), alinéa 1, le chef de département a indiqué qu'il faudrait remplacer « *personnel de santé* » par « *professionnel-le-s du domaine de la santé* ». Après discussion, M^{me} Chouiter Djebaili a accepté de retirer son amendement au profit de la reformulation proposée par le chef de département, qui a été acceptée par 10 voix et 2 abstentions.

Amendement du Conseil d'État, article 83w (nouveau), alinéa 3

Initialement, M^{me} Chouiter Djebaili a déposé l'amendement suivant : « *le remplacement d'un équipement qui a déjà fait l'objet d'une autorisation de mise en service doit être motivé et validé par le service (département) (suppression de : annoncé au service)* ». L'auteure de l'amendement est dérangée par le fait qu'il faille juste annoncer le remplacement d'un équipement lourd au service : dans un contexte d'économicité, elle trouve important que ce remplacement (qui occasionne des frais importants) soit motivé et validé.

Le département est ouvert au changement proposé, mais il propose une autre formulation de cette exigence dans son amendement. Précisons que l'esprit de l'amendement de M^{me} Chouiter Djebaili est conservé dans cette nouvelle formulation, qui prévoit que le service vérifie si les conditions d'un remplacement sont réunies, avant de transmettre le dossier au département pour décision, un processus qui permet aussi un contrôle « à quatre yeux ». M^{me} Chouiter Djebaili a retiré son amendement au profit de cette reformulation, qui a été acceptée à l'unanimité des membres présent-e-s.

Amendement du Conseil d'État, article 83w (nouveau), alinéa 4

Initialement, M^{me} Chouiter Djebaili a déposé l'amendement suivant : « *la cessation d'exploitation d'un équipement autorisé doit être motivée et validée par le service (département) (suppression de : annoncée au service) ».*

Le service et le département s'opposent à cet amendement. Ils justifient ce refus par le fait que les exploitants cessent rarement l'exploitation d'un équipement lourd sans raisons valables. De plus, sur le plan juridique, il paraît difficile pour l'État de s'opposer par une décision à la cessation d'exploitation d'un équipement lourd. Cela irait aussi à l'encontre du principe de liberté économique garanti par la Constitution. Le service préconise en revanche que l'annonce de cessation soit publiée dans la Feuille officielle.

Après discussion, M^{me} Chouiter Djebaili a accepté de retirer son amendement au profit de celui proposé par le Conseil d'État, qui a été accepté à l'unanimité des membres présent-e-s.

5. Vote final

Par 10 voix et 2 abstentions, la commission propose au Grand Conseil d'accepter ce projet de loi amendé selon ses propositions.

6. Préavis sur le traitement du projet (art. 272ss OGC)

Par 11 voix et 1 abstention, la commission propose au bureau du Grand Conseil que le projet soit traité par le Grand Conseil en débat libre.

La commission a adopté le présent rapport par voie électronique le mardi 20 mai 2025.

7. Motion dont le Conseil d'État propose le classement

Par 10 voix et 2 abstentions, la commission propose au Grand Conseil d'accepter le classement de la motion populaire d'un groupe de citoyens 12.159, du 23 octobre 2012, « Pour le maintien de la convention collective de travail CCT santé 21 à l'Hôpital de la Providence ».

Neuchâtel, le 20 mai 2025

Au nom de la commission Santé :

Le président,
B. COURVOISIER

Le rapporteur,
V. MARTINEZ

Note du : 5 mars 2025
À l'attention de : la commission Santé
Concerne : réponse aux questions sur la planification hospitalière

Questions des membres de la commission Santé du Grand Conseil (séance du 12 février 2025) sur le projet de loi concernant les conditions-cadres de la planification hospitalière neuchâteloise.

Remarque préalable : les présentes réponses ont en partie été élaborées avec l'appui d'un membre des organes de la CCT Santé 21.

1) Article 83f, alinéa 2, lettre c, « l'indemnisation du travail irrégulier, de nuit ou de week-end ainsi que les piquets » => Notion de travail irrégulier

S'agissant des notions de nuit ou de week-end ainsi que les piquets :

D'une part, ces « inconvénients » sont intégrés dans le processus d'évaluation de la fonction et sont valorisés dans la note obtenue au terme de ce processus.

D'autre part, les partenaires de la CCT Santé 21 ont, dès le début, voulu favoriser une prise en considération « à l'acte » des contraintes horaires sous forme d'indemnités week-ends, nuits, piquets et/ou de majorations salariales (nuits).

S'agissant de la notion d'« indemnisation de travail irrégulier » :

Par « travail irrégulier », il est compris le fait de travailler selon un rythme non planifiable.

Sur ce thème, la CCT Santé 21 intègre cette notion dans le processus d'évaluation de la fonction, et elle est de fait valorisée dans la note obtenue au terme de ce processus.

En revanche, l'actuelle CCT Santé 21 ne prévoit pas d'indemnisation à ce titre.

En conséquence, si le Conseil d'État utilisait comme référentiel la CCT Santé 21 et que cette disposition, « l'indemnisation du travail irrégulier », était maintenue, le Conseil d'État serait contraint de préciser le montant de l'indemnisation qu'il entend utiliser comme référence.

Position SCSP :

Étant donné que la CCT Santé 21 ne prévoit pas elle-même de disposition pour le versement d'indemnisation pour travail irrégulier, que celle-ci prend en compte indirectement cette dimension via l'évaluation de fonctions, et considérant que le Conseil d'État serait alors dans l'obligation de créer un référentiel complémentaire édictant les attentes en matière de versement d'indemnités pour travail irrégulier, il est recommandé de proposer à la commission CSGC d'amender le texte pour retirer la mention du travail irrégulier, afin d'éviter toute confusion et de garantir une cohérence avec le système de rémunération en vigueur dans la CCT Santé 21.

2) Article 83f, alinéa 2, lettre a, « les salaires bruts minimaux et maximaux appliqués pour chaque fonction » => Notion de salaire minimum et maximum dans la CCT Santé 21

La CCT Santé 21 prévoit d'attribuer chaque type de fonction à une classe (niveau 1 à 17 au sens de la grille CCT Santé 21). Chaque classe est ensuite composée de 25 échelons différents (niveau 1 à 25). Ainsi, le collaborateur ou la collaboratrice engagé-e pour la fonction X au sein d'une institution signataire de la CCT Santé 21 se voit attribuer une classe et un échelon, étant entendu que cet échelon est déterminé en fonction de critères tels que l'expérience préalable en lien avec le cahier des charges, l'âge, etc.

Dans la méthode de comparaison conçue, il n'est pas exigé que le collaborateur ou la collaboratrice engagé-e par une institution non soumise à la CCT Santé 21 perçoive exactement le salaire correspondant à la classe et à l'échelon dans lesquels il ou elle serait colloqué-e s'il ou elle avait exercé ce même poste dans une institution soumise à la CCT Santé 21, ni qu'il ou elle bénéficie du même système d'augmentation d'échelon automatique. Par exemple, on peut imaginer qu'une personne soit engagée avec un salaire meilleur que dans le cadre de la CCT Santé 21 au motif qu'elle dispose d'une expertise particulièrement recherchée, ou qu'elle perçoive une augmentation annuelle supérieure à celle correspondant à l'octroi de l'échelon annuel automatique.

Concrètement, dans le calcul de la rémunération horaire, le salaire brut minimal pris en compte correspond à l'échelon 1 de la classe correspondant – selon la CCT Santé 21 – à la fonction de la personne. Par analogie, le salaire brut maximal pris en compte pour le calcul de la rémunération horaire correspond à l'échelon 25 de la classe correspondant – selon la CCT Santé 21 – à la fonction de la personne. Comme expliqué, sont ensuite additionnés les éléments relatifs aux lettres *b*, *c* et *d* de l'article, afin d'établir l'évaluation sur l'ensemble des quatre dimensions agrégées.

Position SCSP :

Considérant qu'il peut exister des institutions sans grille de salaires, ni système d'octroi d'échelon automatique – mais, par exemple, plutôt en fonction de la performance ou de l'atteinte d'objectifs, de loi de l'offre/demande pour des compétences spécifiques rares, etc. –, le système proposé permet plus d'adaptabilité à la réalité des institutions en respectant leur propre politique salariale, tout en garantissant des cautèles (minimales et maximales) évitant des abus au détriment du personnel et du système de santé.

Questions complémentaires de Brigitte Neuhaus, formulées en séance et par courriel le 17 février 2025, adressées au président de la commission :

1) Le modèle de calcul du salaire horaire (art. 83f) présenté par le service fait état, *in fine*, d'une fourchette salariale par fonction / employé-e. Cette fourchette de tarif horaire dit « adéquat » est-elle en lien avec les échelons salariaux de la CCT Santé 21 ou est-elle due à une autre variable que nous ignorons et que nous serions intéressés à connaître ?

Position SCSP :

Le calcul de la rémunération horaire, décrite à l'article 83f, alinéa 2, se fonde sur les quatre dimensions prévues aux lettres *a*, *b*, *c* et *d* de ce même alinéa.

En vertu de l'article 83f, alinéas 1 et 3, il est délégué au Conseil d'État la compétence d'adopter (une fois le projet de loi adopté par le Grand Conseil) un texte réglementaire qui définira le référentiel (= les valeurs de référence ; borne minimale et maximale, exprimées sous la forme de rémunération horaire prenant en compte) à respecter pour qu'il considère que les conditions de travail appliquées par l'institution soient réputées comparables à ce référentiel.

C'est dans ce futur texte réglementaire que le Conseil d'État précisera s'il utilise pour référentiel les dispositions de la CCT Santé 21, tant au niveau des salaires des échelons 1 et 25 des fonctions/classes concernées (lettre *a*) que pour la durée hebdomadaire de travail, la durée des vacances et le nombre de jours fériés (lettre *b*), pour les indemnités prévues (selon lettre *c*) et la couverture des frais professionnels (lettre *d*), ou un autre référentiel.

2) Le planning fédéral des travaux du deuxième paquet de l'initiative « soins infirmiers forts » est-il connu et quels domaines seront concernés par la législation fédérale ?

En réponse à votre demande concernant l'état d'avancement de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, nous vous fournissons les informations suivantes, basées majoritairement sur les données disponibles auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Vous trouverez des informations détaillées à ce propos sur son site internet sous [ce lien](#).

1. Planning fédéral des travaux (deuxième étape de l'initiative)

Le 28 novembre 2021, le peuple et les cantons ont accepté l'initiative « Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers) ». Le Conseil fédéral a décidé de mettre en œuvre cette initiative en deux étapes.

- **Objectifs de la deuxième étape :** la deuxième étape vise à mettre en œuvre les autres revendications de l'initiative, notamment l'amélioration des conditions de travail et l'encouragement du développement professionnel.
- **Démarches entreprises :** le 25 janvier 2023, le Conseil fédéral a défini les grandes lignes de la deuxième étape. Le 8 mai 2024, il a ouvert la consultation portant sur les nouvelles réglementations légales suivantes :
 - Avant-projet de la Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI) ;
 - Avant-projet de révision de la Loi sur les professions de la santé (LPSan).

2. Domaines concernés par la législation fédérale (LCTSI)

La nouvelle Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI) vise à améliorer les conditions de travail en réglementant dix éléments essentiels :

1. Durée maximale de la semaine de travail et compensation du travail supplémentaire
2. Durée normale de la semaine de travail
3. Compensation des heures supplémentaires
4. Compensation pour le travail de nuit
5. Compensation pour le travail du dimanche et des jours fériés
6. Temps d'habillage
7. Durée minimale et rémunération des pauses
8. Prise en compte et compensation des services de permanence et de piquet
9. Communication des plans de service, des services de permanence et de piquet
10. Compensation des missions de travail à court terme

Il est important de noter que la LCTSI prime sur les autres lois pour ces dix éléments, car les règles qui y sont édictées vont au-delà des prescriptions en vigueur dans la législation actuelle ou sont plus avantageuses pour les travailleurs.

3. Démarches lancées au niveau cantonal

Afin de compléter les mesures fédérales, les cantons sont également encouragés à prendre des initiatives. Du côté de Neuchâtel, les démarches cantonales incluent :

- **Rapport 1 : [Mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers : phase 1 – Premier rapport \(24.012\)](#)**
 - [Loi d'exécution de la Loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers](#), du 26 juin 2024, entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2024.
 - Planification des besoins (art. 2).
 - Clarification quant au calcul des capacités de formation (art. 3).
 - Contributions aux institutions de santé (financement des stages, ES, HES) (art. 5).
- **Rapport 2 : En cours d'élaboration**
 - Volet école du rapport 1, dont contributions au ES (art. 6) et volet HES.
 - Description du dispositif de reconversion imaginé pour les aides à la formation (art. 7), et quantification.
 - Conditions-cadres de la pratique avancée et proposition d'un pilote.

4. Rémunérations et conditions salariales

Les questions liées aux rémunérations et conditions salariales sont traitées via la convention collective de travail (CCT Santé 21).

Il est important de noter que la CCT Santé 21 actuellement en vigueur ne couvre pas qu'une disposition envisagée dans le cadre de la nouvelle Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers. Dans l'attente des orientations fédérales pour le volet des conditions de travail, un troisième rapport n'est donc pas exclu.