

	16.122
	16.123
CCT DANS LE DOMAINE DE LA SANTE	16.125
<hr/>	
ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX	16.124



Avis du Conseil d'État
relatif

- **au rapport de la commission santé, du 5 décembre 2016, et au rapport de la minorité de la commission, du 5 janvier 2017, concernant les projets de loi 16.122, 16.123 et 16.125,**
- **au rapport de la commission santé, du 16 décembre 2016, concernant le projet de loi 16.124**

(Du 15 février 2017)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

Conformément aux articles 162 et 196 OGC, le Conseil d'État a l'avantage de vous adresser le présent rapport valant préavis, respectivement avis, sur les propositions remises le 5 décembre 2016 au Grand Conseil par sa commission santé, respectivement le 5 janvier dernier par la minorité de ladite commission au sujet des projets de loi du groupe PLR no 16.122, 16.123 et 16,125.

Les questions soulevées par ces trois projets de loi étant en grande partie de la même nature que celles découlant du projet de loi 16.124, objet du rapport de la commission santé du 16 décembre 2016, le Conseil d'État vous adresse également le présent rapport comme avis au sens de l'article 196 OGC sur ce dernier objet. Il propose que le traitement de ces quatre projets de loi fasse l'objet d'un seul débat devant le plénum de votre autorité.

Le Conseil d'État ayant adopté ce jour également le rapport d'information à votre attention relatif à la motion 14.121, il vous invite à vous y référer largement pour ce qui concerne les effets économiques des conventions collectives de travail Santé 21 (ci-après CCT Santé 21).

1. INTRODUCTION

Les projets de loi dont il est question ont été déposés de façon à supprimer dans la législation la référence aux CCT Santé 21.

Pour l'essentiel, les arguments développés à l'appui de ces projets ont alternativement été :

- les coûts prétendument excessifs générés par cette convention ;
- la contestation du fait que ces CCT couvrent l'ensemble du personnel des institutions affiliées et non seulement leur personnel soignant ;
- des critiques relevant de la systématique, faisant en particulier observer que des textes légaux devraient fixer le principe d'une soumission à une CCT sans se référer à des conventions particulières.

En préambule, le Conseil d'État se réjouit de voir confirmée par l'ensemble des positions exprimées l'importance du partenariat social et des conventions collectives dans ce domaine si sensible de la santé. Il s'en réjouit d'autant plus que l'origine des CCT Santé 21 remonte à une intervention interpartis, munie de la clause d'urgence et adoptée à l'unanimité de votre autorité le 4 octobre 2000, et invitant le Conseil d'État à œuvrer, à améliorer et à harmoniser les conditions de travail et de rémunération du secteur de la santé neuchâtelois dans un contexte marqué par de gros problèmes d'attractivité de personnel et par une situation de pénurie.

2. APPRÉCIATION DU CONSEIL D'ÉTAT SUR LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION ET DE SA MINORITE

2.1. Quant aux coûts générés par la CCT

Comme indiqué ci-devant, les coûts des CCT Santé 21 ont fait l'objet d'une analyse scientifique détaillée par l'IDHEAP reprise dans le rapport d'information du Conseil d'État adopté ce jour en réponse à la motion 14.121 et il est recommandé de s'y référer largement.

De façon synthétique, on peut résumer comme suit les conclusions de l'IDHEAP s'agissant des coûts des CCT Santé 21 en relevant que :

2.1.1. *ce sont des facteurs structurels qui influencent pour une part importante les coûts de la santé dans notre canton*

- avec des parts plus élevées que dans les cantons comparables de jeunes de moins de 20 ans et de personnes âgées, Neuchâtel souffre d'une structure sociodémographique doublement pénalisante qui justifie que les coûts de la santé y soient plus élevés ;
- l'offre socio-sanitaire est plus développée à Neuchâtel que dans plusieurs autres cantons retenus pour l'étude (BL, JU, SO, FR pour les cantons de référence), mais comparable à celle des autres cantons de la région du Nord-Ouest ;
- la densité des emplois en établissements médico-sociaux (EMS) est supérieure à celle des cantons comparables, une sur-dotation en personnel étant constatée aussi bien par rapport à la population générale (pour 1'000 habitants) que par rapport à celle des personnes âgées de 65/80 ans et plus ;
- la densité des emplois des services d'aides et de soins à domicile (SASD) se situe dans la moyenne suisse, mais en dessous de la moyenne des dix cantons de référence, expliquant d'ailleurs le constat précédent relatif à la dotation des EMS. Dans le domaine des SASD, on observe par ailleurs une surreprésentation des

emplois de « direction et de l'administration », phénomène déjà débattu par votre autorité ;

- les pratiques et conditions de la CCT Santé 21 ont une influence marginale sur les coûts et le niveau des emplois et n'expliquent pas les surcoûts du système socio-sanitaire neuchâtelois. Les raisons du niveau élevé des dépenses de la santé à Neuchâtel sont multifactorielles, découlant principalement de facteurs historiques et politiques internes au canton, mais aussi de facteurs géo-topographiques et démographiques plutôt défavorables.

Dans une large mesure, ces constats rejoignent ceux du Conseil d'État ainsi que d'études menées récemment, et font l'objet de mesures correctrices. Ainsi, par exemple :

- la fragilité du tissu socio-démographique de notre canton a-t-elle déjà été relevée par les études BAKBASEL, examinées par votre Autorité en juin dernier ;
- la réforme du système hospitalier, adoptée par votre Autorité en novembre dernier, doit-elle conduire à une réduction des structures dans ce domaine ;
- la mise en œuvre de la planification médico-sociale (PMS), présentée devant votre autorité en janvier 2016, doit-elle permettre de développer les prestations de maintien à domicile et de réduire progressivement la proportion de personnes résidant en EMS ;
- les structures et missions de NOMAD font-elles l'objet d'études spécifiques sollicitées par votre Autorité et acceptées par le Conseil d'État lors de l'adoption des orientations stratégiques de cette institution, en février 2016 (en particulier l'amendement au décret 15.027 et la motion 16.117) .

Par ailleurs, selon le monitoring de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur l'évolution des coûts totaux bruts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les six premiers mois de l'année 2016, dont les résultats sont disponibles depuis le mois d'août de cette année :

2.1.2. L'évolution des prestations ambulatoires, qui, sont fournies pour l'essentiel par des acteurs non soumis aux CCT Santé 21, explique une autre part importante (de l'évolution) des coûts de la santé dans notre canton

De très fortes augmentations des prestations, et des coûts en découlant, à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), ont en effet été constatées au début de l'année 2016. La hausse moyenne a été sensiblement plus importante dans le canton de Neuchâtel (+ 5,4%) que dans la Suisse entière (+ 4,3%). On constate ainsi une différence de coûts bruts par assuré de 130 francs. Or, il s'avère que cette hausse des coûts très importante se manifeste dans tous les groupes de coûts relevant du domaine ambulatoire :

- | | |
|---|-----------------------------|
| – médecins ambulatoires sans labo : | NE = + 6,7% / CH = + 3,8% |
| – médicaments médecins : | NE = + 14,2% / CH = + 3,8% |
| – médicaments en pharmacies : | NE = + 11,4% / CH = + 6,4% |
| – Spitex (aide et soins à domicile) : | NE = + 17,2% / CH = + 9% |
| – laboratoires : | NE = + 16,8% / CH = + 8,8% |
| – physiothérapeutes : | NE = + 17,4% / CH = + 10,4% |
| – autres (ergothérapeutes, sages-femmes, diététiciens, logopédistes, transports, moyens et appareils) : | NE = + 15,2% / CH = + 9,5%. |

Or, à l'exception d'une part importante de l'aide et des soins à domicile – dont la croissance correspond à un rattrapage voulu, permettant de limiter celle des coûts relatifs aux EMS (voir remarque ci-devant) –, la quasi-totalité de ces domaines et des acteurs qui y exercent n'est pas couverte par les CCT Santé 21.

À relever à l'inverse, et c'est réjouissant, que dans les domaines où le Conseil d'État dispose d'un pouvoir d'intervention, notamment par le biais de planifications, les coûts ont soit diminué (c'est le cas pour l'hospitalier stationnaire avec une réduction de près de 10% des coûts), soit sont restés stables (c'est le cas pour les EMS). Il s'agit pourtant de domaines dans lesquels le personnel est très largement couverts par les CCT Santé 21.

S'agissant des impacts financiers de la CCT elle-même, l'IDHEAP s'est livré à une analyse par type de fonctions et par nature de coûts, dont la principale conclusion est que :

2.1.3. Parmi les 34 fonctions-types retenues (comparées sur 10 cantons et 13 barèmes de salaires), 18 fonctions génèrent des surcoûts comparatifs (allant de + 0,5% à + 14,9%), alors que 16 fonctions génèrent des coûts inférieurs (allant de - 0,7% à - 21%).

De façon plus détaillée, on relève ainsi que :

- les salaires à Neuchâtel sont comparativement plus bas que dans les autres cantons de la comparaison ;
- les avantages financiers annexes sont globalement plus élevés à Neuchâtel qu'ailleurs. Il faut toutefois relever que ces avantages sont proportionnellement peu importants par rapport au niveau des salaires. Ils diffèrent naturellement selon le type d'emploi étudié ;
- le modèle salarial est assez égalitariste (écart entre les salaires des cadres et des non-cadres moins important qu'ailleurs), ce qui est typique des cantons du Nord-Ouest de la Suisse ;
- les conditions de travail hors conditions salariales (vacances, pauses, etc.) des employés soumis aux CCT Santé 21 sont plus favorables à Neuchâtel qu'ailleurs ;
- en conséquence, le « paquet global » est relativement équilibré, atteignant à peu près le niveau moyen des cantons de référence.

Le Conseil d'État relève en outre que les adaptations des CCT Santé 21 décidées en fin d'année 2016 par les partenaires sociaux vont clairement dans le sens d'un rapprochement encore plus marqué de celles-ci aux conditions de référence puisqu'elles conduisent à une revalorisation des salaires et à une réduction des autres avantages non salariaux. Ces adaptations démontrent par ailleurs que les partenaires sociaux sont en mesure de faire évoluer les conventions signées en fonction des exigences nouvelles d'un contexte en rapide évolution.

Enfin, le Conseil d'État souhaite insister ici sur le fait que les rapports entre l'État et les institutions de santé ont évolué au cours des dernières années et que l'État se limite désormais à fixer un cadre financier aux institutions qu'il subventionne, auxquelles il appartient exclusivement de négocier avec leurs partenaires les conditions de travail qu'elles sont en mesure d'assumer dans ce cadre-là. Il en découle que le cadre financier fixé par l'État est aujourd'hui nettement moins influencé par le contenu des CCT.

En conclusion, sur les impacts financiers, les études menées ont montré que les coûts de la santé élevés que connaît notre canton n'étaient pas principalement liés à ceux découlant des CCT (qui ne provoquent pas ou que peu de surcoûts, dont le lien avec les subventions de l'État s'est affaibli et qui a évolué dans le sens d'une réduction des écarts – positifs et négatifs – constatés avec les cantons comparés), mais au contraire à des paramètres structurels. Aux yeux du Conseil d'État, il convient pour ce motif déjà de choisir de concentrer son énergie à la résolution de ces handicaps structurels plutôt que d'ouvrir de nouveaux champs de tensions dans le partenariat social, ce alors qu'aucun résultat tangible ne serait à attendre de telles démarches.

2.2. Quant à la couverture des personnels non-soignants

2.2.1. En général

En se référant encore à l'étude de l'IDHEAP, il faut d'abord constater que les fonctions dont le salaire est le plus bas par rapport aux cantons de référence sont pour l'essentiel les fonctions « non-soignantes », à savoir les fonctions médico-techniques avec diplôme secondaire II, les psychologues, les éducateurs/ASE/animateurs, les cadres du social, les chefs d'atelier, les spécialistes et les cadres administratifs. Il ne faut donc attendre aucun impact financier positif d'une éventuelle exclusion des personnels non soignants des CCT Santé 21 (exclusion qui ne s'imposerait d'ailleurs pas du fait de la suppression proposée dans les projets de loi issus des travaux de la commission, ce choix restant de la seule compétence des partenaires sociaux).

Au demeurant, comme l'a très bien mis en évidence le président de la commission faïtière de la CCT Santé 21 dans ses commentaires à la commission santé (voir annexe 1), la séparation des personnels soignants et non-soignants et leur affiliation, le cas échéant, à des conventions différentes poseraient plus de problème que cela n'en résoudrait.

Ainsi, il relève notamment que :

- la CCT établit des niveaux de salaires différenciés selon les fonctions, permettant de distinguer clairement les responsabilités confiées au personnel soignant, respectivement non-soignant ;
- la différenciation soignant/non soignant ne saurait s'appliquer partout de la même façon, notamment dans les soins et l'aide à domicile où le rôle et le mode de fonctionnement des intervenants non-soignants sont proches de ceux des soignants, mais sans lien évident avec des cuisiniers et des concierges ;
- l'affiliation de collaborateurs d'une même institution à différentes conventions affaiblirait la cohérence de la politique RH au sein d'une institution, voire ouvrirait des failles peu propices à un climat social apaisé. Le traitement des jours fériés ou des vacances, par exemple, qui pourraient différer d'une profession à l'autre au sein de la même institution, illustre la difficulté qui s'accroîtrait encore si l'on évoquait les questions relatives à des modifications, déplacements ou suppressions de fonctions ;
- les impacts sur le travail administratif (processus RH, salaires, contrats) seraient importants et de nature à accroître les coûts de gestion ;
- l'obligation qui serait faite aux employeurs de discuter avec plusieurs partenaires sociaux conduirait à des surcoûts importants et à une péjoration de la qualité du dialogue. Elle pénaliserait également les chances d'aboutir à des résultats concrets lorsque des modifications importantes doivent être opérées.

Le Conseil d'État considère par ailleurs comme pertinente la remarque de la minorité de la commission qui met en évidence le risque de voir les fonctions de direction sorties du champ d'application des CCT Santé 21, avec comme corolaire prévisible un accroissement de leur rémunération.

Enfin, le Conseil d'État relève encore que, dans tous les cantons et pour l'entier du système de santé, on considère aujourd'hui comme un défi important la promotion d'une plus grande pluridisciplinarité entre les différents métiers (notamment soignants et non-soignants) dans l'idée d'une prise en charge globale des patients ou des résidents (les métiers de l'administration, de l'animation, de cuisine et d'intendance participant à la prise en charge au même titre que les soignants). De même, on cherche généralement à promouvoir une meilleure continuité des soins, impliquant l'ensemble des acteurs concernés. Dans cette perspective, la différenciation proposée entre personnels soignants et non-soignants va à fin contraire et pourrait même être considérée comme dévalorisante pour certains métiers et avoir des effets négatifs sur leur intégration dans la chaîne de soins.

En conclusion de ce point, le Conseil d'État vous invite à ne pas retenir la distinction qui est proposée entre personnel soignant et non-soignant dès lors qu'on ne peut en attendre aucun effet financier positif, qu'elle compliquerait singulièrement la gestion des institutions, pouvant même générer des surcoûts, qu'elle est de nature à menacer le bon fonctionnement du partenariat social, et qu'elle irait à fin contraire des objectifs actuels de complémentarité et de continuité des interventions auprès des patients et résidents.

2.2.2. Cas particulier de la LFinEMS

Si les observations formulées au chapitre précédent s'appliquent indistinctement pour les quatre projets de loi, un élément supplémentaire doit être signalé s'agissant du projet de loi concernant les EMS (16.124). Bien que non débattu en commission du fait que la question de la séparation entre personnel soignant et non-soignant n'a été évoquée qu'à la fin de ses travaux, cet élément revêt une certaine importance aux yeux du Conseil d'État.

Le secteur des EMS connaît le principe de la majoration des tarifs pour l'application des CCT, bien que celle-là ne vise pas prioritairement à reconnaître des coûts spécifiquement chiffrés, mais à encourager les institutions à appliquer les dispositions de référence de la branche.

Cela étant, le financement des EMS est construit selon deux modèles différents, l'un concernant les soins et découlant de la LAMal, l'autre concernant les prestations non LAMal et découlant du droit cantonal, plus précisément de la LFinEMS et de son droit d'application (prix de pension, aides individuelles et subventions directes).

Le financement cantonal régi par la LFinEMS, dont découlent notamment les prix de pension et des subventions directes aux EMS (missions spécifiques de psychogériatrie, court séjour, etc) concerne donc des prestations qui, pour la plupart, ne sont pas assimilées à des soins.

Appliqué à la LFinEMS, qui ne concerne pas le financement des soins, le texte proposé n'a ainsi pas de sens. Il précise en effet que l'octroi d'une majoration tarifaire dépend de l'application d'une CCT au personnel soignant et conduit donc au paradoxe que la nouvelle LFinEMS prévoirait en finalité une majoration de tarifs pour des prestations non soignantes (prix de pension), mais conditionnée au fait qu'une CCT pour le personnel soignant soit appliquée.

De surcroît, l'alinéa 2 de l'article 24 subsiste et ouvre une majoration intermédiaire aux EMS appliquant des CGT d'associations, mais sans limiter leur application au personnel soignant uniquement.

La proposition faite par les projets de loi de distinguer personnel soignant et non-soignant, contestable de façon générale pour les motifs évoqués au chapitre précédent, est donc encore plus discutable dans la LFinEMS, qui est une législation qui ne règle pas les prestations de soins.

Le Conseil d'État vous recommande ainsi d'abandonner définitivement cette proposition intervenue dans les dernières minutes des travaux de la commission et qui ne résiste pas à l'examen attentif de ses conséquences.

2.3. Quant à la systématique

Le reproche formulé aux différents textes de loi aujourd'hui en vigueur sur ce point tient à l'idée que la loi devrait fixer un cadre général dans lequel les partenaires sociaux sont appelés à s'inscrire alors qu'elle fait l'inverse actuellement en reprenant dans le système législatif cantonal une référence à des textes préalablement adoptés par les partenaires sociaux. En outre, les employeurs concernés sont dans l'impossibilité de dénoncer la CCT Santé 21 sans se mettre en situation d'illégalité, en particulier en cas d'échec dans la négociation d'un nouveau texte.

S'il a admis lors des travaux de la commission santé que ce reproche n'était pas dénué de pertinence, le Conseil d'État tient néanmoins à en nuancer la portée. Car la critique, certes compréhensible, ne constitue pas un motif impératif pour modifier la législation sanitaire de façon à en faire disparaître toute mention des CCT Santé 21. En réalité, le cadre actuel convient. Il a permis jusqu'à présent, et par trois fois, aux partenaires sociaux de mener leurs négociations et de reconduire les conventions concernées sans que les dispositions légales en vigueur n'aient constitué un obstacle majeur.

Par ailleurs, il faut bien admettre que la portée matérielle de la modification proposée est sans aucune mesure avec les considérations pratiques, économiques et politiques relevées dans les chapitres qui précèdent. Elle l'est d'autant moins qu'à moyenne échéance, le texte de référence restera celui des CCT Santé 21, dont les partenaires sociaux ont conclu la reconduction jusqu'en 2020 au moins.

De plus, en procédant à l'examen de détail des propositions de la commission, le Conseil d'État a constaté que la formulation « convention de branche », retenue par la commission, restait insuffisamment précise pour éviter d'importants écueils. Telle que formulée et dès lors qu'elle ne fait plus référence au domaine de la santé, la nouvelle disposition permettrait en effet à certaines organisations de s'affilier par exemple à la convention de la branche du travail temporaire (ce qui est déjà le cas actuellement d'au moins un organisme d'aide et de soins à domicile) et de remplir néanmoins toutes les conditions posées par la loi.

Si le Grand Conseil devait entrer en matière sur ce projet de loi, il conviendrait dès lors au moins de retenir une formulation confirmant simultanément l'intention de se référer à une convention de branche, c'est-à-dire réunissant un nombre significatif d'employeurs et d'employés du domaine, et qui concerne spécifiquement le secteur de la santé. Une proposition de reformulation dans ce sens figure dans les amendements proposés par le Conseil d'État pour le cas où le Grand Conseil décidait d'entrer en matière. À noter que, pour l'un de ces amendements, une modification supplémentaire est proposée, tenant compte de la promulgation, ce jour, de la loi sur l'hôpital neuchâtelois (LHNE), laquelle abroge la loi sur l'établissement hospitalier multisite (LEHM).

Enfin, le Conseil d'État se doit de relever que la référence qui est faite de manière expresse à la CCT de droit public dans les trois législations relatives à l'HNE, à NOMAD et au CNP, a fait l'objet d'une votation populaire qui concernait le premier établissement. Elle a été ensuite reprise dans les autres dans un souci de cohérence. Cette précision disparaît avec les formulations retenues par la commission, ce qui mérite d'être apprécié sur le plan politique même si ces nouvelles formulations ne s'opposent pas au maintien du système de double CCT, l'une de droit privé, l'autre de droit public.

3. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT

Comme il l'a exprimé devant la commission santé et à réitérées reprises dans d'autres cadres, le Conseil d'État est attaché à l'existence d'un texte de référence régissant les conditions de travail et de rémunération pour la branche de la santé. Une CCT est en effet essentielle :

- pour éviter que la concurrence entre établissements, voulue par le législateur au plan fédéral, n'intervienne principalement sur les conditions de travail. Le bénéfice recherché de la concurrence est en effet celui de l'efficacité et de l'efficience, pas celui de la détérioration des conditions de travail. Dans notre canton où une forte proportion de personnes sont soutenues par le biais de prestations sociales octroyées sous condition de ressources, cette question revêt une importance encore plus grande ;
- pour assurer des conditions de travail attractives dans un secteur qui connaîtra une pénurie de ressources humaines dans les prochaines années et décennies. De ce point de vue, un texte qui non seulement précise les conditions de rémunération, mais clarifie aussi la façon dont sont prises en considération les spécificités des métiers de la branche (travail du dimanche, de nuit et du week-end par exemple), atteste du souci des employeurs de reconnaître ces particularités et contribue dès lors à l'attractivité des métiers concernés ;
- pour rassurer les collaborateurs sur leurs conditions de travail alors qu'ils sont appelés à vivre des changements importants dans l'organisation de leur travail et de leur employeur. La branche de la santé connaît en effet des évolutions multiples et importantes, qui peuvent s'avérer déstabilisantes pour les collaborateurs de ce secteur, de sorte qu'une certaine prévisibilité concernant au moins les conditions de travail est de nature à apaiser et à rassurer ;
- pour accompagner de façon claire et transparente les changements en question (reclassement, indemnités, etc. en cas de fermeture de site, de réorganisation, de suppression de poste, etc). À noter à ce sujet qu'un texte clair simplifie aussi grandement la tâche des employeurs qui doivent engager de tels changements, en évitant notamment de longues négociations relatives à l'élaboration de plans sociaux, de surcroît dans des contextes généralement tendus.

Enfin, le gouvernement salue le climat de concertation qui règne au sein des organes de la CCT, au-delà des divergences naturelles qui peuvent s'y exprimer. Il voit dans ce fonctionnement et dans l'existence de ces organes un apport important à la compréhension réciproque des problèmes et enjeux des différents acteurs de la santé et, par-là, à une meilleure coordination et une meilleure continuité des soins, enjeu dont l'importance s'accroît dans l'organisation de notre système de soins.

Le Conseil d'État réitère donc ici sa conviction quant à l'importance d'une convention collective de travail (CCT) couvrant la branche de la santé. Au-delà des aspects financiers, souvent évoqués, le Conseil d'État entend donc continuer à encourager les

partenaires sociaux à y recourir. Il entend continuer aussi à inciter le plus grand nombre d'employeurs à en appliquer les conditions.

Cela étant, il n'est pas inutile de rappeler qu'il ne revient pas à l'État de négocier le contenu d'une CCT, qui est l'expression d'un accord entre partenaires sociaux. Au demeurant, l'État ne négocie pas non plus les tarifs conclus avec les assurances qui sont destinés à financer les prestations de soins fournies et ne couvre pas davantage les déficits des institutions, mais est progressivement en position « d'acheter » des prestations d'intérêt général clairement identifiées (PIG).

Les partenaires ont par ailleurs démontré que, dans cet ensemble de contraintes et de variables sur lesquels ils disposent de plus ou moins d'influence, ils étaient en mesure de négocier des conditions de travail et de rémunération et de les faire évoluer, tout en privilégiant une approche collective, favorable à la branche et à ses acteurs. Le Conseil d'État se réjouit en ce sens de l'aboutissement, en octobre dernier, des négociations relatives au renouvellement de la CCT Santé 21 pour les années 2017-2020 et aux adaptations indispensables apportées pour tenir compte de l'évolution du contexte.

On relèvera donc également que, dès lors que les partenaires sociaux ont trouvé un accord et que la rémunération des prestations financées par l'État n'est pas explicitement liée aux conditions définies par la CCT, le débat soulevé par les projets de lois est d'une portée relativement limitée. Les accords par lesquels les employeurs ont décidé de se lier les engagent en effet et, sous réserve d'éventuelles interdictions explicites, l'emportent sur le cadre que peut fixer la loi dans ce domaine.

Néanmoins, la référence dans la législation à une CCT incite ou contraint l'employeur en question à rechercher de tels accords et fait partie des incitations au partenariat social auxquelles le canton de Neuchâtel a de tout temps été attaché, que l'on parle des secteurs public ou privé. À relever à cet égard que les projets de lois ne contestent pas la référence à une CCT dans les législations sur HNE, NOMAD et CNP ou dans la LFinEMS, ce dont le Conseil d'État se réjouit également.

Au vu des éléments présentés dans le présent (pré-)avis, le Conseil d'État voit davantage d'inconvénients à modifier les législations sanitaires concernés par les projets de loi dans le sens préconisé par la majorité de la commission qu'à les maintenir inchangées. Il vous recommande donc prioritairement de rejeter l'entrée en matière sur les projets de loi qui vous sont soumis.

Dans le cas où votre Autorité devait décider de suivre une autre voie et qu'elle entrerait en matière sur les modifications proposées, le Conseil d'État vous recommanderait alors d'adopter les textes de la commission sous la forme amendée qu'il vous présente ci-dessous.

Nous vous prions dès lors de bien vouloir prendre en considération le présent (pré-)avis et, le cas échéant, les amendements présentés ci-après.

Veillez agréer, Monsieur le président, Mesdames et Messieurs les députés, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 15 février 2017

Au nom du Conseil d'État :

Le président,
J.-N. KARAKASH

La chancelière,
S. DESPLAND

AMENDEMENT DU CONSEIL D'ÉTAT AU PROJET DE LOI

15 février 2017

ad 16.122
16.123
16.125

Amendement du Conseil d'Etat

Projet de lois portant modification

- de la loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie (LCNP)
 - de la loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE)
 - de la loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile)
-

Article premier La loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie (LCNP), du 29 janvier 2008, est modifiée comme suit :

Art. 9

Les rapports de travail de tout le personnel ~~soignant~~ du CNP sont régis par une convention collective de travail destinée à la branche de la santé, sous réserve des exceptions prévues par la convention collective de travail elle-même.

Art. 2 La loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE), du 1^{er} novembre 2016, est modifiée comme suit:

Art. 10, al. 1

¹Les rapports de travail de tout le personnel ~~soignant~~ de l'HNE sont régis par une convention collective de travail destinée à la branche de la santé, sous réserve des exceptions prévues par la convention collective de travail elle-même.

Art. 3 La loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile), du 6 septembre 2006, est modifiée comme suit:

Art. 9

Les rapports de travail de tout le personnel ~~soignant~~ de NOMAD sont régis par une convention collective de travail destinée à la branche de la santé, sous réserve des exceptions prévues par la convention collective de travail elle-même.

Art. 4 La présente loi est soumise au référendum facultatif.

Art. 5 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.

AMENDEMENT DU CONSEIL D'ÉTAT AU PROJET DE LOI

15 février 2017

ad 16.124

Amendement du Conseil d'État

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

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 destinée à la branche de la santé 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.

Observation de M. Gabriel Bader, président de la commission faïtière de la CCT Santé 21

Cher Monsieur de Montmollin,

Vous remerciant de l'occasion qui m'est donnée de m'exprimer, je le fais volontiers. Je regrette évidemment le quiproquo qui a conduit à devoir le faire dans ces délais. Une consultation des partenaires de la CCT eût été favorable.

J'exprime donc un avis qui n'a pas été mis en discussion, je le fais néanmoins en tant que président de la Commission faïtière.

En premier lieu, nous devons admettre que la mention de la CCT Santé 21, telle qu'elle apparaît aujourd'hui dans les lois que vous citez induit des ambiguïtés, notamment sur la marge de manœuvre des partenaires sociaux pour la dénoncer, cas échéant. On comprend que cette mention a été intégrée dans une phase de création de ces institutions et croyons qu'elle a contribué à une forme d'harmonisation des pratiques.

Comme le suggèrent vos propositions, nous pensons que l'obligation d'une affiliation à une convention collective constitue un avantage notoire à différents niveaux, et en particulier pour garantir un climat social aussi serein que possible dans un contexte parfois malmené entre des intérêts contradictoires.

Deux points néanmoins suscitent ma réaction :

1. Vos propositions évitent de parler d'une convention collective commune aux différentes institutions. Comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire à votre commission, nous pensons que l'affiliation à une même convention de travail pour les différentes institutions de la santé confère des avantages certains :
 - faire porter les enjeux d'une concurrence éventuellement intéressante sur des aspects de qualité des prestations plutôt que sur les conditions de travail. Dans un domaine où le financement est déterminé à l'avance, la notion de marché est relativisée et il serait risqué de la faire jouer sur les conditions de travail ;
 - contraindre les institutions à développer une stratégie de l'emploi commune, même si une convention collective peut imaginer des aménagements spécifiques à chaque institution. Ces dernières années, les efforts des employeurs pour proposer des solutions concertées ont conduit à de réels rapprochements sur des questions fondamentales dans le développement des synergies au-delà même des questions strictement liées aux conditions de travail. C'est un plus pour la société. Ce n'est pas le rôle premier de la CCT, mais nous ne saurions ignorer cet impact collatéral.
2. Le souci de prévoir une convention de branche, pour les soignants, me paraît apporter plus d'inconvénients que d'avantages, par rapport à une convention qui couvre comme aujourd'hui l'ensemble des collaborateurs d'une même institution :
 - l'impact éventuel d'une économie à réaliser sur les conditions d'emploi pour des emplois non-soignants, sans même parler de la question de fond de savoir si un concierge n'a pas droit aux mêmes considérations qu'un soignant, me paraît faible au regard des inconvénients que cette piste apporterait. En effet: a) la CCT actuelle établit des niveaux salariaux différenciés selon les fonctions. Elle permet donc de tenir compte des différenciations. b) La CCT actuelle reprend un certain nombre de conditions qui sont liées à la LPJA. L'ensemble du personnel

- y resterait soumis, rendant la marge d'économie éventuelle peu significative ;
- la différenciation soignant/non soignant ne saurait s'appliquer partout de la même façon, notamment dans les soins et l'aide à domicile. Les intervenants non-soignants seraient-ils mis à l'aune des cuisiniers et concierges alors que leur rôle et mode de fonctionnement est proche de ceux des soignants ?
 - l'affiliation de collaborateurs d'une même institution à différentes conventions affaiblit la cohérence de la politique RH au sein de l'institution, voire ouvre des failles dans le climat social. Vous imaginez l'employeur expliquer à ses collaborateurs pourquoi tel jour est férié pour les uns, et travaillé pour les autres. Les exemples peuvent se multiplier avec les sensibilités que vous pouvez imaginer quand il s'agit de décisions conjoncturelles sur les conditions salariales ;
 - les impacts sur le travail administratif (processus RH, salaires, contrats) seraient importants. A l'heure de chercher les pistes pour réduire les coûts non liés aux prestations, nous préférons aller vers des simplifications ;
 - l'investissement de temps lié à l'obligation faite aux employeurs de discuter avec plusieurs partenaires sociaux conduirait à des surcoûts importants et à une péjoration de la qualité du dialogue. Je suis convaincu que la qualité du dialogue social et les résultats obtenus lors des dernières négociations, avec des avancées significatives, n'auraient jamais été possibles si les employeurs avaient dû multiplier les négociations avec différents partenaires.

De notre point de vue, les lois devraient donc :

- contraindre les institutions de santé à s'affilier à une convention collective commune, qui pourrait se décliner en des variantes spécifiques par institution, voire par branche professionnelle ;
- contraindre les institutions à affilier l'ensemble des employés, la question des médecins étant réservée.

Je réitère quelques réserves de prudence quant à la propriété de ces réflexions. Je pense néanmoins pouvoir dire qu'elles reflètent l'état d'esprit général autour de la table de la Commission faïtière.

En vous remerciant de votre attention.

Bien à vous avec ma parfaite considération, Gabriel Bader