

**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil
à l'appui
d'un projet de loi sur le Centre neuchâtelois
de psychiatrie (CNP)**

(Du 19 février 2007)

Madame la présidente, Messieurs,

RESUME

Le présent rapport décrit la création d'un établissement unique réunissant les institutions de soins psychiatriques subventionnées du canton de Neuchâtel. Cette démarche s'inscrit dans un processus plus global qui a débuté par la création en 2006 de l'Hôpital neuchâtelois et qui tend à optimiser l'organisation du système sanitaire cantonal. Cette réorganisation des institutions est rendue inévitable en raison notamment des changements législatifs au niveau fédéral, de l'augmentation de la technicité des soins et des exigences des patients ou encore de la difficulté de former et de recruter du personnel spécialisé. Si les institutions actuelles ont longtemps rempli avec compétence les missions qui leur étaient dévolues, la situation est aujourd'hui de plus en plus difficile et évolue rapidement, notamment en raison des importantes pressions financières qui sont exercées sur les secteurs. L'activité est rendue chaque jour plus risquée pour les fondations indépendantes et plus complexe pour les services de l'État.

Le projet de création d'un établissement de droit public pour les soins psychiatriques fait partie du programme de législature 2006-2009 du Conseil d'État. Il est construit sur les résultats d'une analyse des forces et faiblesses du réseau psychiatrique neuchâtelois. Cette étude, réalisée par un bureau de consultants, a notamment démontré un déséquilibre entre un secteur stationnaire surdimensionné et un secteur ambulatoire trop peu développé. D'autre part, une organisation centrée sur les institutions et non sur les patients a été mise en évidence. Un projet de réorganisation de la psychiatrie cantonale en filières de soins intégrés a été rédigé en collaboration avec les professionnels du domaine et a servi de base à la réflexion structurelle. L'objectif est donc de décloisonner les institutions psychiatriques pour qu'à l'avenir un patient soit suivi par une seule autorité médicale, indépendamment du type de prise en charge (ambulatoire ou stationnaire). Il s'agit donc de placer le patient au centre de la réflexion et de lui assurer un continuum des soins, tout au long de son parcours, au travers du système psychiatrique cantonal. D'autre part, le projet de réforme de la psychiatrie cantonale est axé sur un déplacement de l'activité stationnaire vers l'ambulatoire. En effet, la baisse du nombre de lits et le développement du nombre de consultations doit permettre une meilleure utilisation des ressources humaines et financières.

Suite à la volonté du Conseil d'État de créer un établissement de droit public pour les soins psychiatriques, les institutions concernées ont été appelées à se positionner. Il s'agit de la Maison de santé de Préfargier, de la Clinique La Rochelle et du Centre

psychosocial neuchâtelois. Les trois partenaires sont entrés en matière sur le projet du Conseil d'État et ont déclaré vouloir participer activement au processus. L'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux et le Service médico-psychologique pour enfants et adolescents n'ont pas été consultés, partant du principe qu'ils étaient liés à la position du gouvernement en tant que services de l'État et que les dirigeants administratifs et médicaux de ces institutions ont participé aux groupes de travail et soutiennent activement le projet.

Le rapport initial a été élaboré au sein d'un groupe de travail qui réunissait les délégués de toutes les institutions concernées, publiques ou privées, soit des présidents des fondations, des représentants des directions administratives, médicales et infirmières et de psychologues. Le rapport et la loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) sont le résultat d'un travail collectif conduit par le chef du Département de la santé et des affaires sociales. Ce rapport a été mis en consultation durant l'été 2006. Il a été tenu compte des remarques et le rapport a été adapté en conséquence.

Les structures juridique et fonctionnelle proposées pour le CNP sont proches de celles de l'Établissement hospitalier multisite, à savoir un établissement de droit public dirigé par un Conseil d'administration et disposant d'une certaine autonomie. Le Conseil d'administration est composé de cinq à sept membres désignés par le Conseil d'État. Il nomme les membres de la Direction générale et assume la gestion de l'établissement. La logique d'institutions est abandonnée au profit d'une organisation du CNP en unités de gestion. Une des premières missions du CNP sera de développer un projet clinique et de le faire avaliser par le Conseil d'État dans le cadre du contrat de prestations pluriannuel.

Les relations avec l'État sont également clarifiées, ce dernier ayant pour responsabilité de fixer les objectifs et d'octroyer les moyens, le CNP devant assurer la gestion dans le cadre d'un mandat de prestations.

Le CNP travaillera très étroitement avec les autres partenaires du réseau sanitaire, notamment avec les institutions spécialisées qui offrent des prestations à vocation plus sociale que médicale.

Enfin, la réunion des institutions psychiatriques actuelles et le transfert d'activités stationnaires vers l'ambulatoire permettront de réaliser des économies d'échelle et d'améliorer l'efficacité du système. Le secteur administratif pourra être redimensionné notamment au profit du secteur des soins. Dans tous les cas, le budget du CNP devra entrer dans le cadre du plan financier du programme de législation 2006-2009 du Conseil d'État.

En conclusion, la création du CNP apportera les avantages suivants:

Pour les patients:

- augmentation de la qualité de la prise en charge des patients, notamment par l'assurance du continuum des soins lors du passage de ces derniers au travers du réseau;*
- amélioration de la cohérence clinique au travers du développement d'un concept clinique et de sa mise en œuvre;*

Pour le personnel:

- augmentation du niveau de reconnaissance du secteur psychiatrique public pour la formation des médecins (FMH) et des psychologues grâce à l'étendue de l'offre de formation;*

- *intégration de tous à la CCT de droit public et affiliation à une caisse de pension publique;*

Pour les financeurs et les partenaires:

- *meilleure gouvernance du système de santé psychique grâce à la clarification des rôles entre l'Etat et l'institution;*
- *meilleure gestion opérationnelle des institutions psychiatriques notamment par la mise en place d'une direction générale et d'une direction médicale;*
- *accroissement de l'efficacité globale du système grâce à des économies d'échelle ainsi qu'à la réduction de l'accueil institutionnel au profit de l'ambulatoire;*
- *meilleur positionnement des institutions psychiatriques dans le réseau de santé par la redéfinition des relations avec les autres partenaires.*

1. INTRODUCTION

Le présent rapport s'attache à décrire la réforme de la psychiatrie de notre canton sous forme d'une réorganisation structurelle des institutions psychiatriques publiques ou subventionnées.

Bien que peu présents dans le texte, les patients sont bien au centre de nos réflexions. Il s'agit de mettre en place un système psychiatrique cantonal dans lequel les professionnels travaillent en réseau autour du patient.

Dans tous les cas, l'organisation cantonale proposée a pour objectif premier d'offrir à la population neuchâteloise un système psychiatrique performant en terme de qualité de la prise en charge et d'accessibilité des prestations. Les aspects économiques ne sont certes pas occultés, mais sont pris en compte dans une volonté permanente d'améliorer l'efficacité du système (c'est-à-dire de la recherche de la meilleure qualité au moindre coût) et non pas dans une logique d'économies et de rationnement des soins.

Dans les pays occidentaux, les besoins en prestations de santé sont en constante augmentation. La population est de plus en plus exigeante au niveau de l'accès et de la qualité des soins. Les progrès de la science médicale permettent de traiter aujourd'hui des pathologies qui ne pouvaient être soignées hier, l'espérance de vie s'allonge chez les hommes comme chez les femmes avec pour conséquence une augmentation du nombre de personnes nécessitant assistance et soins. Enfin, les conditions de vie sont de plus en plus exigeantes dans nos sociétés, ce qui se répercute négativement sur l'état de santé de la population.

Le domaine de la santé psychique est particulièrement concerné par cette évolution. La demande en soins psychiques augmente plus rapidement encore que celle des soins somatiques, alors que les ressources disponibles ne suivent pas dans les mêmes proportions.

L'État a la compétence et la responsabilité de l'organisation du système de santé cantonal. Pour cela, il doit fournir à sa population des instruments modernes et performants, capables de livrer les prestations de santé nécessaires. Par instruments, nous entendons des institutions sanitaires partenaires qui puissent conduire la politique définie par le gouvernement dans le cadre de la planification sanitaire cantonale.

Après la création d'un l'Établissement hospitalier multisite (EHM) dans le domaine des soins physiques, c'est donc tout naturellement que la question s'est également posée pour les institutions psychiatriques. La problématique est néanmoins légèrement différente dans la mesure où le secteur psychiatrique subventionné concerné couvre également des institutions ambulatoires. Le rapprochement de ces institutions est d'autant plus important que la bonne gestion du flux des patients à l'intérieur de ce réseau est essentielle.

Enfin, dans le contexte de l'assainissement des finances cantonales, le projet de création d'un établissement cantonal pour les soins psychiques est d'une importance stratégique primordiale. En effet, seule la mise sur pied rapide d'une institution performante et gouvernée de manière centralisée, permettra de rationaliser sans rationner les soins, c'est-à-dire de conduire les réformes structurelles nécessaires du paysage sanitaire psychique. C'est donc pour cette raison que le Conseil d'État en a fait une des priorités de son programme de législature.

1.1. Historique

Le système de santé psychique cantonal s'est construit, depuis le 18ème siècle, de manière relativement spontanée.

La Maison de Santé de Préfargier, première institution psychiatrique du canton, a été inaugurée en 1848, grâce à la générosité du fondateur Auguste-Frédéric de Meuron. Si l'institution a déployé ses activités au bénéfice de toute la population neuchâteloise, ses statuts ne lui permettaient pas de recevoir les malades "incurables" ou "chroniques" qui étaient renvoyés dans les hôpitaux. Désireuse de contribuer à la rectification de cette inégalité, la commission de surveillance de la Maison de santé de Préfargier a offert en 1887 la somme de 100.000 francs à l'État de Neuchâtel dans le but de contribuer à la création d'un asile d'incurables.

Un hospice cantonal d'incurables a donc été créé dès 1890 sur le site de Perreux et les deux institutions ont conduit conjointement la politique psychiatrique hospitalière au travers du 20ème siècle.

Suite à l'ouverture en 1933 de consultations médico-psychologiques, placées sous l'égide du Département de l'instruction publique, qui s'adressaient aux parents, médecins, enseignants et éducateurs, l'État a créé en 1941 le Service médico-pédagogique. Ce service a fusionné en 1983 avec l'équipe thérapeutique des institutions pour enfants et adolescents (ETIA) pour former l'Office médico-pédagogique, toujours rattaché au Département de l'instruction publique. Ce n'est qu'en 2005 que l'OMP est devenu le Service médico-psychologique pour enfants et adolescents, rattaché au Département de la santé.

Le Centre psychosocial neuchâtelois a été créé en 1969, suite à une décision du Grand Conseil ratifiée par une votation populaire. Cette institution de soins psychiatriques a développé son activité sur deux sites situés l'un à Neuchâtel avec une antenne au Val-de-Travers et l'autre à La Chaux-de-Fonds avec une antenne au Locle. Il s'agissait d'offrir à la population des soins psychiatriques ambulatoires pour adultes que ni les hôpitaux, ni la médecine libérale, n'étaient en mesure de fournir.

De son côté, l'Église réformée évangélique neuchâteloise a créé en 1964 une fondation pour gérer une maison d'accueil et de soins médicaux essentiellement psychiatriques. Dans ce but, elle a repris et exploité la Clinique La Rochelle, située à Vaumarcus. C'est en 1989 que la Clinique La Rochelle a été reconnue d'utilité publique et est ainsi entrée dans l'organisation sanitaire psychiatrique cantonale en tant qu'hôpital de transition.

Dès le début des années 1980, le financement des institutions psychiatriques est devenu de plus en plus difficile. Alors qu'auparavant ces dernières obtenaient leurs ressources économiques principalement au travers du paiement de leurs prestations et de dons, elles n'ont l'une après l'autre plus pu être en mesure de faire face à leurs obligations financières. L'augmentation des exigences en qualité et en quantité de prestations en est la première responsable. L'intervention des pouvoirs publics est alors devenue de plus en plus importante pour représenter aujourd'hui près de la moitié des ressources.

L'introduction de la LAMal en 1996 a profondément changé le paysage sanitaire des cantons. Le législateur fédéral a voulu introduire une gestion plus économique des hôpitaux et des autres institutions de santé, dans le cadre général d'une planification sanitaire cantonale.

La planification sanitaire cantonale neuchâteloise de 1999 a spécifié les rôles des différents acteurs. Les hôpitaux psychiatriques ont été appelés à améliorer leur collaboration, notamment en se répartissant les missions, ceci dans le but d'aboutir à une meilleure complémentarité. Il était également décidé de créer une antenne de psychiatrie gériatrique au Locle, dépendante de Perreux. Les hôpitaux de Perreux et de Préfargier étaient appelés à créer une association de gestion hospitalière, alors que la Clinique de La Rochelle recevait un rôle d'hôpital de transition.

Les hôpitaux concernés ont travaillé à la mise sur pied d'une association de gestion. Si le rapprochement s'est réalisé dans les faits, l'exécution formelle du projet a buté sur une impossibilité juridique. En effet, sans personnalité juridique propre, l'Hôpital de Perreux ne pouvait prendre part à une association.

Dans l'intérim, le projet d'Établissement hospitalier multisite (EHM) pour les soins physiques a été conçu. Combattue par un référendum, la loi sur l'EHM a été acceptée par le peuple en juin 2005, à une écrasante majorité. Regroupant sept des huit hôpitaux de soins physiques subventionnés, l'EHM est aujourd'hui réalisé. Si le projet en question ne concerne pas les institutions de soins psychiques, un certain nombre d'enseignements peuvent en être tirés.

Enfin, le programme de législature 2006-2009, présenté en novembre 2005 par le Conseil d'État, fixe, comme objectif stratégique dans le domaine de la santé, la création d'un établissement cantonal psychiatrique de droit public.

1.2. Démarche

La démarche qui a conduit à la préparation de ce document s'est déroulée en deux phases. La première, d'avril 2003 à juin 2005, a été l'analyse du fonctionnement de la psychiatrie cantonale, la création d'un projet clinique et l'esquisse d'un projet organisationnel. La deuxième phase a débuté dès la décision du Conseil d'État, en novembre 2005, de créer un établissement psychiatrique cantonal.

1^e phase

La Commission cantonale de psychiatrie chargée d'explorer les synergies entre l'Hôpital cantonal de Perreux et la maison de santé de Préfargier, avait subsidiairement également reçu mandat de conduire une étude sur l'organisation de la psychiatrie cantonale. La commission n'ayant pas pu présenter de projet concret, le Département de la santé a confié cette mission en 2003 à un bureau d'experts externes, le bureau Advimed à Genève, sous la direction du Service cantonal de la santé publique.

Le mandat s'est déroulé en deux étapes. La première fut la réalisation d'une analyse des forces et faiblesses du réseau psychiatrique neuchâtelois et la proposition de pistes de réflexion. Un rapport préliminaire nommé "Synergies et redéploiement de la psychiatrie dans le canton de Neuchâtel" a été présenté et accepté en octobre 2003 par la cheffe du Département de la santé. La nécessité de rapprocher les secteurs stationnaire et ambulatoire était démontrée et une organisation de la psychiatrie par filières de soins était proposée.

La deuxième étape, de janvier 2004 à juin 2005 fut la rédaction d'un projet clinique et l'ébauche des contours de l'organisation à mettre en place. L'ensemble des médecins responsables du réseau de psychiatrie et des représentants des principales institutions ont collaboré à la préparation du projet clinique et à la réflexion sur l'organisation de la psychiatrie. D'autres représentants des partenaires externes (psychiatres en cabinet, milieu des addictions, psychologues, etc.) ont également été intégrés au groupe de travail.

S'agissant du projet d'organisation, plusieurs variantes ont été explorées, notamment le maintien des institutions actuelles, la création d'une association de gestion, la création d'un établissement cantonal unique et l'intégration à l'EHM.

2^e phase

Au terme de la première phase, le Conseil d'État a été appelé à se prononcer sur la stratégie à suivre, s'agissant de l'organisation institutionnelle. Il a validé la stratégie de rapprochement des secteurs psychiatriques stationnaire et ambulatoire s'agissant des institutions subventionnées et a opté pour la création d'un établissement cantonal de droit public réunissant tous les partenaires. Cette décision a été communiquée en novembre 2005, lors de la présentation du programme de législature.

La deuxième phase a donc débuté à la fin de l'année 2005. Les institutions concernées ont été invitées à signifier ou non leur intérêt à rejoindre la future organisation cantonale et, le cas échéant, à désigner leurs représentants dans un groupe de travail placé sous la conduite du chef du Département de la santé et chargé de définir le projet.

Le groupe de travail a rendu sa copie en juin 2006 sous la forme d'un rapport et d'un projet de loi visant à la création d'un Centre neuchâtelois de psychiatrie. Après validation par le Conseil d'Etat, ces deux documents ont été mis en consultation durant l'été 2006 auprès d'un large éventail de partenaires composé des institutions concernées, des partis politiques, d'associations et d'institutions partenaires et enfin des assureurs-maladie.

L'analyse des réponses à la consultation a montré que le principe de la création d'un Centre neuchâtelois de psychiatrie était globalement bien accepté. Un certain nombre de remarques pertinentes a toutefois été émis, notamment envers le projet clinique et plus spécifiquement sur l'organisation par filières de soins. Le Département de la santé et des affaires sociales a repris le dossier et a modifié la loi et le rapport en tenant compte des remarques issues de la consultation.

Un projet de rapport et de loi remanié a été soumis le 25 janvier 2007 au Conseil de santé. Les membres présents ont largement soutenu le projet et ont donné un préavis positif à l'unanimité.

2. CONTEXTE

La création d'un établissement psychiatrique cantonal multisite de droit public relève à la fois d'une logique de moyens et d'une logique de besoins:

- La logique de moyens par la recherche d'économies d'échelle en regroupant les institutions et en rationalisant les structures administratives et logistiques des établissements.
- La logique de besoins, liée à l'évolution de la prise en charge psychiatrique, toujours plus ambulatoire et de proximité, ainsi qu'à l'augmentation de la demande liée aux conditions de vie et à l'évolution de la société.

Il s'agit également de créer une institution cohérente, capable de mettre les différents protagonistes en réseau et de conduire les réformes nécessaires.

2.1. Le contexte national

La réforme de l'organisation de nos institutions psychiatriques s'inscrit dans un contexte national en pleine mutation. La mise en vigueur de la LAMal en 1996 a profondément modifié le monde de la santé et des changements sont encore attendus. Plusieurs projets de révision de la loi fédérale sont actuellement en discussion au parlement et devraient modifier les conditions cadres ces prochaines années.

2.1.1. Le financement des hôpitaux

Dans la plupart des hôpitaux de Suisse, les accords tarifaires se basent sur un financement des prestations par journée ou par cas. Cette situation empêche la transparence des coûts et fait porter à des hospitalisations pour traitements légers, les coûts des cas plus lourds. Or, la LAMal prévoit déjà actuellement que les hôpitaux doivent être financés en fonction de leurs prestations, soit par pathologie.

Dans le domaine des soins somatiques, l'État a décidé de changer le mode de financement des hôpitaux et d'introduire le financement par pathologie. Tirant profit des tests du système de groupage APDRG réalisés en Suisse depuis plusieurs années, le canton de Neuchâtel a introduit ce type de financement dans les hôpitaux de soins physiques depuis le 1er janvier 2006.

Ce système n'est toutefois pas adapté aux pathologies psychiatriques. Des tentatives visant à disposer d'un modèle de financement hospitalier plus performant que celui fondé sur le nombre de journées ou d'admissions sont effectuées dans plusieurs pays et en Suisse, essentiellement au niveau des cantons. Toutefois, ces recherches n'ont pas encore permis de développer un outil décrivant fidèlement les prestations. La suppression de la garantie de déficit et un financement plus en relation avec les prestations modifient la responsabilité des dirigeants d'hôpitaux, laissant une plus grande importance à la stratégie des établissements. Ces changements inciteront les établissements à adapter leur organisation en fonction de l'évolution de l'environnement.

2.1.2. L'introduction du Tarmed

L'introduction du Tarmed pour la rémunération des actes médicaux et des actes médicaux délégués est favorable au développement de l'activité ambulatoire en psychiatrie.

En effet, la psychiatrie ambulatoire est actuellement mieux rémunérée en raison de deux facteurs. Premièrement, le nouveau tarif médical valorise davantage que par le passé les actes médicaux dits "intellectuels" par rapport aux actes d'ordre "technique". Dans ce contexte, la psychiatrie fait partie des disciplines médicales qui bénéficient de cette valorisation des actes "intellectuels". D'autre part, le Tarmed permet de facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins certains actes médicaux délégués tels que des prestations effectuées par des psychologues.

2.1.3. Le rapport sur la stratégie nationale de santé psychique

Établi dans le cadre de la politique nationale, le rapport de santé de février 2004 sur la stratégie nationale, visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population suisse, rappelle que 20 à 25 pour cent de l'ensemble de la population souffre chaque année d'une maladie psychique correspondant à un diagnostic reconnu (env. 1.500.000 personnes). Une grande partie des maladies psychiques est traitée par la médecine générale. Dans 5 à 10 pour cent des cas, un traitement psychiatrique et psychothérapeutique s'avère pourtant nécessaire. On estime que 2 à 3 pour cent des adultes souffrent d'une maladie psychique chronique.

Ce document rappelle que la santé psychique est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociologiques et économiques. La réduction durable de l'incidence et de la prévalence des troubles psychiques ne peut s'effectuer uniquement par des décisions de politique de la santé, mais doit se fonder sur des politiques publiques plus globales. Celles-ci ont pour objectif d'influencer de manière positive les conditions cadres nécessaires à une intégration sociale, scolaire et professionnelle de la population.

De plus, le rapport encourage les collaborations intercantionales qui sont relativement difficiles à intégrer au niveau des planifications cantonales.

Les propositions du rapport peuvent être déclinées en 8 objectifs et 10 recommandations:

Objectifs de la stratégie

En collaboration avec leurs partenaires des secteurs de la santé, de la formation et de l'économie, la Confédération et les cantons devraient avoir pour tâche de concrétiser ces recommandations générales par un plan d'action, tenant compte des besoins différents des régions, afin que les objectifs généraux ci-après puissent être atteints dans un délai de dix ans:

- accroissement de la bonne santé psychique de la population résidant en Suisse;
- meilleure prise de conscience des aspects positifs de la santé psychique;
- meilleur accès à des traitements appropriés;
- amélioration de la coopération des personnes concernées et de leurs proches;
- diminution de la chronicité des troubles psychiques et du nombre de personnes devant être mises au bénéfice d'une rente AI;
- diminution du nombre de suicides;
- augmentation de la satisfaction des patients et diminution des cas de burnout (épuisement) chez les professionnels;

- meilleure attractivité du travail avec les malades psychiques.

Afin d'atteindre ces objectifs, le plan d'action s'articule autour de dix recommandations ayant pour but de favoriser une meilleure mise en réseau et coordination, de renforcer les potentiels existants et de combler les lacunes constatées:

- coordination et coopération nationales et internationales;
- observation du problème; surveillance continue et synthèse des données disponibles;
- coordination multisectorielle;
- prise de conscience par la population de l'importance de la santé et des maladies psychiques;
- promotion de la santé psychique dans la famille, à l'école et au travail;
- détection précoce de la maladie psychique; intervention précoce qui permet de maintenir l'intégration scolaire et professionnelle ; prévention de l'invalidité;
- promotion de l'entraide, de l'aide à soi-même, de l'aide bénévole, du soutien des proches et de la participation des personnes concernées à tous les niveaux du système de santé;
- développement de la qualité tout au long de la chaîne des offres de soins, jusqu'à la guérison et à la réadaptation des personnes atteintes de maladies psychiques;
- adaptation de la législation;
- encouragement de la relève de spécialistes dans les domaines de la médecine, des soins, de la psychologie et du travail social ; intensification de la recherche et développement.

2.2. Le contexte cantonal

Au niveau cantonal, nous pouvons considérer que notre population bénéficie d'un système de santé performant, s'agissant de la qualité de la prise en charge et de l'accès aux soins. Mais en ces temps de difficultés financières des pouvoirs publics, la logique des besoins cède le pas à celle des moyens et la performance doit également se traduire en matière d'économies de ressources.

Une des raisons du manque d'efficacité de notre organisation réside dans l'atomisation des institutions sanitaires. Pour une population de 170.000 habitants, nous comptons, jusqu'à la création de l'Hôpital neuchâtelois (HNE), huit hôpitaux publics pour les soins physiques, cinq institutions de soins psychiques, sept centres régionaux d'aide et de soins à domicile et plus de cinquante petits organismes et institutions subventionnés, actifs dans le domaine sanitaire.

La planification sanitaire de 1999 prévoyait déjà une mise en réseau des principales institutions. Cette volonté s'est concrétisée par la création de l'HNE et de NOMAD, organisation cantonale pour le maintien à domicile.

S'agissant des institutions psychiatriques, nous observons que la performance de ces dernières est élevée. En effet, les coûts d'une journée d'hospitalisation à l'Hôpital cantonal de Perreux, la Maison de santé de Préfargier ou à La Rochelle sont parmi les plus bas de Suisse, et le montant des subventions octroyées au Centre psychosocial

neuchâtelois, rapporté au nombre de consultations, est particulièrement bas. Malheureusement, au niveau des dépenses globales, le constat n'est pas si favorable. Pour expliquer cela, il faut se rappeler que les coûts dépendent des prix, mais également du volume des prestations livrées. Et les indicateurs globaux nous montrent que les dépenses totales par habitant (et plus spécifiquement les dépenses des pouvoirs publics par habitant dans ce même domaine) sont plus élevées que la moyenne nationale. Comme les coûts des prestations sont bas, cela signifie que le nombre de journées, respectivement de prestations, est vraisemblablement trop élevé par unité de population.

De plus, le statut étatique de l'Hôpital cantonal de Perreux et du Service médico-psychologique pour enfants et adolescents crée des situations complexes. Sans réelle autonomie de gestion, ces entités sont contraintes de louvoyer entre deux mondes peu compatibles: d'un côté un monde de la santé de plus en plus changeant et qui fonctionne sur un modèle proche de l'économie d'entreprise; de l'autre côté le monde de l'administration cantonale avec ses rythmes et ses contraintes propres. La volonté est d'améliorer cette situation au travers d'une autonomisation de ces services.

Le programme de législature du Conseil d'État prévoit trois axes forts de développement dans le domaine de la santé: le premier concerne la mise en place et la consolidation de l'Hôpital neuchâtelois, le second la suppression des fondations régionales de soins à domicile au profit d'une organisation cantonale (NOMAD), et enfin le troisième la réforme de la psychiatrie cantonale au sein d'un établissement cantonal de droit public.

Outre ces actions sur les structures juridiques, il ne faut pas oublier la volonté financière du gouvernement liée au programme de législature et inscrite dans le plan financier pluriannuel. Tous les secteurs doivent réduire leurs dépenses car les contributions publiques sont appelées à baisser ces quatre prochaines années.

Ces projets stratégiques de fusion et de cantonalisation des principales institutions subventionnées s'inscrivent dans le contexte national de la réorganisation du paysage sanitaire. Ils anticipent les idées largement partagées au niveau national de donner davantage d'indépendance et de liberté de gestion aux fournisseurs de prestations.

3. ORGANISATION DES SOINS EN PSYCHIATRIE; TENDANCES

3.1. Introduction

La santé psychique est le résultat d'interactions complexes entre les déterminants biologiques, psychologiques, sociaux, socio-culturels, socio-économiques.

La santé psychique est un processus qui s'étend sur toute la vie:

- au niveau de l'enfant et de l'adolescent, où une prise en charge précoce des problèmes psychiques peut avoir des effets positifs considérables sur le déroulement de la vie;
- au niveau de l'âge adulte, où les événements de la vie (divorce, perte d'emploi) peuvent fortement déstabiliser l'équilibre de l'adulte;
- au niveau du troisième âge, lorsque la longévité croissante s'accompagne de handicaps, de maladies chroniques et de solitude et demande aussi un accompagnement psychiatrique.

Pendant des décennies, et dans le monde entier, la santé psychique a été le parent pauvre de la politique de la santé. La médecine, dominée par les progrès techniques considérables des 30 dernières années, entretient un rapport ambigu avec la santé psychique qui occupe encore, dans une certaine mesure, une moindre considération.

Les statistiques montrent pourtant bien que les maladies psychiques sont largement répandues et en augmentation.

3.2. Les tendances en matière d'organisation de la prise en charge de la santé mentale

Cinq tendances majeures se dégagent dans l'évolution de la prise en charge psychiatrique:

- l'articulation de la psychiatrie avec la médecine somatique;
- l'articulation de la psychiatrie avec le social;
- le développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent;
- le développement de la psychiatrie ambulatoire;
- la dé-stigmatisation de la psychiatrie.

3.2.1. L'articulation de la psychiatrie avec la médecine somatique

La psychiatrie a retrouvé sa place dans les 10 dernières années à l'hôpital général avec le développement de la psychiatrie de liaison, de la médicalisation de la psychiatrie et de la psychiatrie de l'urgence.

La psychiatrie de liaison

L'intégration de la prise en compte des problèmes psychologiques, telles que les pathologies psychiatriques associées et les problèmes psychosociaux, des patients hospitalisés dans les hôpitaux de soins physiques s'est fortement développée, notamment dans la médecine palliative. Dans la mesure où la psychiatrie de liaison vise à une meilleure intégration du patient, elle implique de nombreux échanges et un travail en réseau, en lien avec la médecine de ville.

La médicalisation de la psychiatrie

Le développement considérable de la pharmacologie psychiatrique a profondément modifié le mode de prise en charge des maladies psychiatriques et a permis de mieux prendre en charge certaines pathologies psychiatriques aux graves répercussions somatiques, notamment l'anorexie, les patients dépendants et les infections au long cours HIV, hépatites.

La psychiatrie de l'urgence

Dans toute l'Europe, la fréquentation des urgences a considérablement augmenté. Aujourd'hui 80% des patients fréquentant les urgences ne nécessitent pas d'être hospitalisés.

La plupart des services d'urgences se sont dotés d'un accueil psychiatrique, pour faire face à un besoin croissant de prise en charge psycho-sociale.

On distingue quatre grandes catégories d'urgences psychiatriques:

- les pathologies psychiatriques lourdes en décompensation, qui doivent rapidement être prises en charge par un service de soins aigus psychiatrique;
- les états psychiatriques aigus, pour des patients ne présentant pas de pathologie psychiatrique lourde mais nécessitant, suite à un choc, une prise en charge rapide;
- les cas de dépendances (souvent liées à une comorbidité) se présentant aux urgences avec une pathologie somatique (crises d'épilepsies, pertes d'équilibre, douleurs abdominales, troubles de la conscience et/ou du comportement);
- les pathologies mixtes, à la fois somatiques et psychiatriques, comme les syndromes douloureux fonctionnels dont l'organicité n'est pas certaine et la composante psychique très probable.

3.2.2. *L'articulation de la psychiatrie avec le social*

La psychiatrie s'élargit de façon importante à la prise en compte du contexte environnemental et social dans lequel s'exprime la souffrance psychique.

L'exclusion et la précarisation, liées notamment au rétrécissement du marché de l'emploi et à la défaillance du tissu traditionnel des solidarités familiales, contribuent à l'augmentation de la sollicitation des services psychiatriques et du besoin d'actions concertées entre le secteur psychiatrique et les services sociaux.

3.2.3. *Le développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

Le partenariat entre la psychiatrie et le système éducatif et scolaire s'est imposé comme une nécessité depuis de nombreuses années, dans le but d'assurer une action préventive précoce, un appui aux familles et une action curative en direction des enfants présentant des handicaps, des troubles psychiques ou de la personnalité.

La prise en charge précoce de troubles psychiques chez l'enfant ou le dépistage de certaines situations familiales favorisant l'émergence de ces troubles, permettent d'éviter de nombreuses situations difficiles de réinsertion ou d'exclusion.

3.2.4. *Le développement de la psychiatrie ambulatoire*

Comme la médecine somatique et la chirurgie, la psychiatrie s'est considérablement développée dans le secteur ambulatoire.

La dynamique des maladies psychiques n'est pas vraiment superposable à celle des maladies somatiques. L'apparition de la maladie, le maintien de l'autonomie, l'intégration sociale ainsi que les relations avec les personnes psychiquement malades réclament une attention particulière. Le processus de prise en charge des troubles psychiques s'assimile plus à la prise en charge d'une maladie chronique. Le patient, dans la mesure du possible, doit être rapidement réintégré dans le milieu social et apprendre à vivre avec sa maladie. Le développement de la pharmacologie a contribué largement à la réintégration de patients qui ne pouvaient pas auparavant être traités en dehors du milieu hospitalier.

Ainsi, des structures dites intermédiaires psychosociales, pouvant soutenir les personnes ayant accumulé des déficits, sont nécessaires. De plus, la psychiatrie ambulatoire doit veiller à ce que les futurs psychiatres et psychologues puissent acquérir les principales

techniques psychothérapeutiques reconnues actuellement (approches psychodynamique, systémique et cognitivo-comportementale) indispensables à la pratique psychiatrique.

Enfin, pour mener à bien l'ensemble de ces tâches, il est essentiel que la psychiatrie ambulatoire soit facilement accessible aux usagers. Elle devra donc être, dans la meilleure mesure possible, implantée au cœur des centres urbains de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds, avec des antennes régionales de proximité (Val-de-Travers, région de La Béroche). Il s'agit également d'assurer la continuité des soins des patients au travers du réseau sanitaire.

3.2.5. La dé-stigmatisation de la psychiatrie

Les préjugés à l'encontre des malades psychiques restent toujours largement répandus dans la population et demeurent un obstacle à une demande de soins psychiatriques appropriés en temps opportun. Souvent les malades psychiques souffrent beaucoup trop longtemps avant de rechercher et d'obtenir une prise en charge adéquate.

Les recommandations internationales en matière de santé psychique, préconisent toutes d'encourager la conscience dans l'opinion publique de la nécessité d'intégrer les services de psychiatrie dans la communauté.

3.3. Synthèse

La santé psychique figure à l'agenda politique des pays de l'Union européenne depuis 1995. Les répercussions sur la santé et aussi les effets économiques reconnus des troubles de santé psychique ont été clairement identifiés et montrent la nécessité d'y accorder une priorité élevée.

La prévention et l'offre de soins doivent être assumées de manière multisectorielle. Il est donc indispensable d'encourager une approche de «santé publique» dans le domaine des maladies mentales.

Pour répondre à cette demande, l'offre de soins actuelle est trop fragmentée. Le manque de coopération constitue une barrière à un meilleur accès et à une meilleure qualité des prestations de soins existantes.

D'une manière générale, dans l'espace européen, les réformes proposées vont dans le sens d'une coopération/intégration de domaines toujours plus nombreux du système de santé, en particulier dans le domaine de la santé mentale.

4. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA PSYCHIATRIE NEUCHÂTELOISE

4.1. Introduction

Construit au fil des années et en fonction des besoins de la population et du développement de la psychiatrie, le réseau de psychiatrie neuchâteloise est constitué aujourd'hui par plusieurs institutions ayant des statuts juridiques et des modes de fonctionnement très différents:

- le secteur hospitalier (Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, Maison de santé de Préfargier et Clinique de La Rochelle);
- le secteur ambulatoire (Centre psychosocial neuchâtelois, Service médico-psychologique pour enfants et adolescents et prise en charge de jour dans les hôpitaux);
- les institutions pour toxico-dépendants;
- les soins à domicile;
- les foyers.

Quelques chiffres clés de l'activité 2006 des institutions concernées par le CNP:

	Perreux	Préfargier	La Rochelle	CPSN	SMP	Total
Nb de lits d'hospitalisation	134(*)	78	36	-	-	248
Nb de patients hospitalisés	900	785	234	-	-	1919
Nb de lits d'hébergement	76(*)	72	-	-	-	148
Nb de patients hébergés	91	89	-	-	-	180
Nb de patients ambulatoires	321	75	16	4350	1850	6612
Nb de postes de travail	391	277	33	62	62	825
Nb d'équiv. plein temps	345,5	234,7	20,9	45,5	35,7	682,3
Total des charges	42,3 mios	27,9 mios	2,9 mios	6,5 mios	4,7 mios	84,3 mios
Dont subventions (budget)	16,7 mios	11,6 mios	1,4 mios	2,1 mios	1,7 mios	33,5 mios

(*) dont 22 lits en activité au Locle

4.2. Le secteur stationnaire

4.2.1. L'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux

Statut juridique et organisation

L'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux n'a pas la personnalité juridique. En tant que service de l'État, il est toutefois dirigé par un comité de direction et agit comme une entité décentralisée. Il dépend du Service cantonal de la santé publique. Son statut particulier l'oblige à présenter ses comptes selon les principes d'une comptabilité publique, pour suivre le processus comptable de l'État, et selon les principes d'une comptabilité d'entreprise, au vu de son intégration dans le système de santé cantonal et national.

Les collaborateurs-trices sont engagé-e-s par l'État mais sont soumis à la CCT santé 21. Les déficits de l'institution sont portés aux comptes de l'État dans l'année courante, alors que les subventions aux autres institutions de santé l'étaient avec une année de décalage jusqu'à l'exercice comptable 2006.

Mission

Historiquement l'hospice de Perreux était destiné à recevoir et à soigner les malades incurables, alors que la Maison de santé de Préfargier avait été créée 41 ans auparavant, dans le but de ne traiter que les cas curables. Au-delà des particularités historiques de la création des deux établissements neuchâtelais, fort bien exposées dans la plaquette des 100 ans de Perreux, c'est l'image populaire de ces deux institutions qu'il convient de rappeler. Perreux a conservé l'image de la structure asilaire pour les patients incurables. C'est une image peu compatible avec le développement d'une psychiatrie moderne, de proximité, plus axée sur le suivi des patients dans leur lieu de vie, en ambulatoire ou à domicile.

La répartition des missions a été effectuée par le Département de la santé, après consultation des médecins-chefs de Perreux et de Préfargier. Pour Perreux, les attributions sont les suivantes:

- troubles mentaux organiques;
- toxico dépendances (y. c. alcool);
- schizophrénies au long cours;
- troubles de l'humeur (notamment troubles anxieux dépressifs);
- troubles anxieux avec programme spécialisé;
- troubles mentaux associés à la puerpéralité;
- prise en charge de patients au bénéfice d'une mesure médico-légale;
- psychiatrie gériatrique aiguë;
- psychiatrie gériatrique de réadaptation;
- admission de crise de psychiatrie générale avec critères de dangerosité au premier plan.

Perreux conserve une mission d'hébergement et de traitement des cas lourds, voire incurables. Les séjours plus longs sont donc concentrés essentiellement sur cette institution. Néanmoins, une certaine souplesse a subsisté dans la répartition des activités entre Préfargier et Perreux, en particulier dans le cadre de la psychiatrie adulte (troubles de l'humeur et troubles anxieux).

Activité

L'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux comprend en tout 134 lits. Il hospitalise plus de 600 patients par année en psychiatrie adulte dans les 82 lits attribués à ce secteur, avec une durée moyenne de séjour de 54 jours, et plus de 300 patients gériatriques dans 52 lits, avec une durée moyenne de séjour de 94 jours. En 2002, 150 patients ont effectué un séjour de plus de 100 jours.

L'activité d'hébergement et de réhabilitation financée par la LESPA représente environ 27'000 journées d'hébergement pour 76 lits, dont 18'000 dans une unité de réadaptation (51 lits).

Financement

Le financement est assuré par les revenus des journées d'hospitalisation et une subvention fédérale. Le solde est pris en charge par l'État à hauteur d'environ 1/3 du budget de Perreux. Contrairement aux autres institutions de santé le financement cantonal n'est pas assuré par les lois cantonales (LAIS et LESPA) puisque l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux appartient à l'État. Les principes décrits dans ces lois sont toutefois appliqués par analogie.

Position dans le réseau

L'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux bénéficie d'une antenne de psycho-gériatrie, délocalisée au Locle, sous la forme d'un hôpital de jour et d'une unité hospitalière de 22 lits en activité depuis le 1er avril 2006.

L'institution souffre doublement et de son image d'hospice pour les "incurables" et de son éloignement de la ville de Neuchâtel, qui rendent difficiles l'exploitation d'un hôpital de jour et le développement d'une psychiatrie ambulatoire.

Les plaintes concernant le manque d'information sur le devenir des patients hospitalisés est général, qu'il s'agisse des médecins de ville, des Drop-in, comme du Centre psychosocial neuchâtelois et du Service médico-psychologique pour enfants et adolescents. En effet, le suivi ambulatoire est souvent malaisé à mettre en place au vu de la difficulté à assurer la continuité de la prise en charge.

4.2.2. La Maison de santé de Préfargier

Statut juridique et organisation

La Maison de santé de Préfargier est une fondation de droit privé avec un statut d'utilité publique. Elle est administrée par une Commission de surveillance et par un Comité de Direction nommé par cette dernière.

Suite à sa restructuration, devenue effective le 1er janvier 1999, elle comprend trois secteurs d'activité distincts:

- L'Hôpital psychiatrique pour adultes et adolescents avec la clinique psychiatrique et le Centre de Jour (LAIS)
- Le Home psychiatrique gériatrique (LESPA)
- Le Centre de réadaptation psychique (LESPA)

Les collaborateurs-trices sont engagé-e-s par l'institution, mais sont soumis-e-s à la CCT santé 21.

Mission

Les missions des trois secteurs d'activité sont d'assurer dans le cadre de la planification sanitaire l'ensemble des prestations de soins et de soutien aux patients hospitalisés et aux résidents et pensionnaires hébergés.

La répartition des missions du secteur LAIS précise les attributions suivantes:

- schizophrénies initiales et jeunes;
- troubles de l'humeur (bipolaires et dépressions récurrentes);
- troubles anxieux;
- troubles psychosomatiques;
- troubles de l'alimentation;
- troubles de la personnalité;
- troubles psychiques apparaissant pendant la période de l'adolescence;
- psychiatrie générale sans critère de dangerosité.

Activité

L'Hôpital psychiatrique compte 100 lits d'hospitalisation selon la planification sanitaire de 1999. Pour faire face à la baisse d'activité suite notamment à la réduction de la durée de séjour, une première unité de soins a été fermée en septembre 2005 (18 lits) et une autre l'a été le 1er octobre 2006. L'hôpital exploite actuellement 78 lits d'hospitalisation.

L'Hôpital psychiatrique de Préfargier a traité 785 patients en 2006 avec une durée moyenne de séjour de 31 jours.

L'activité d'hébergement financée par la LESPA compte 72 lits et se répartit entre un secteur de psychiatrie gériatrique et un secteur de réadaptation psychique.

Le Home psychiatrique gériatrique compte 36 lits d'hébergement et a hébergé 45 pensionnaires en 2006 avec une durée moyenne de séjour de 293 jours.

Le Centre de réadaptation psychique compte 36 lits et a hébergé 44 résidents en 2006 avec une durée moyenne de séjour de 304 jours.

Financement

Le financement est assuré par les revenus des journées d'hospitalisation et une subvention fédérale.

Les déficits de l'institution sont pris en charge par l'État dans le cadre de subventions négociées en début d'année.

Position dans le réseau

La Maison de santé de Préfargier bénéficie auprès de la population d'une image différente de celle de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, peut-être moins stigmatisée comme structure asilaire. L'établissement souffre aussi de son éloignement de la ville de Neuchâtel qui rend difficiles l'exploitation d'un hôpital de jour ainsi que le développement d'une médecine ambulatoire. La position de la Maison de santé de Préfargier est néanmoins plus favorable au développement de l'ambulatoire. Elle est en effet bien desservie par les transports publics.

Comme l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, la Maison de santé de Préfargier est considérée comme un lieu relativement fermé sur le réseau. Les médecins qui y hospitalisent des patients ont peu d'informations sur le devenir de ceux-ci.

De nombreux efforts ont été réalisés dans le but de faciliter l'intégration dans le réseau de soins psychiatriques du canton, mais la structure morcelée des responsabilités médicales ne permet pas toujours d'atteindre les résultats attendus.

La Maison de santé de Préfargier a créé un service de psychiatrie pour adolescents et développé des contacts avec le Service médico-psychologique pour enfants et adolescents, afin d'organiser conjointement le suivi ante et post hospitalier de cette population.

4.2.3. La Clinique La Rochelle

Statut juridique et organisation

La Clinique de La Rochelle est une fondation ecclésiastique, mais considérée comme fondation de droit privé, selon un rapport de l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel.

Mission

La Rochelle se définit comme un hôpital de transition. Avec 36 lits de type B (ou lits de moyen séjour), sa mission est de développer une activité de post-cure hospitalière pour des patients ne pouvant pas rester à domicile, mais ne nécessitant plus d'infrastructure hospitalière aiguë.

Activité

La clinique a 36 lits occupés avec un taux d'occupation de 95%. Elle traite 230 à 260 patients par année avec une durée moyenne de séjour de 53.5 jours.

Financement

Le financement est assuré par les revenus des journées d'hospitalisation.

Les déficits de l'institution sont pris en charge par l'État dans le cadre de subventions négociées en début d'année.

Position dans le réseau

La clinique La Rochelle a une mission de réhabilitation, mais, en réalité, elle hospitalise très peu de patients provenant des structures stationnaires de Perreux ou de Préfargier (moins de 5%).

La clinique trouve plutôt son bassin de recrutement dans la psychiatrie privée, qui y voit les avantages d'une structure hospitalière légère et plus ouverte que celle des deux hôpitaux psychiatriques du canton.

Son recrutement est aussi bâti sur un collectif de patients qui, avec l'accord de leur médecin traitant, choisissent de ne pas aller à l'hôpital psychiatrique. En regard des statistiques médicales, la clinique traite des patients ayant des affections très diverses. Elle se comporte, dans les faits, comme un hôpital psychiatrique, sans en avoir ni le statut, ni les ressources. En effets, les effectifs de personnel de La Rochelle, calculés sur une dotation de lits de type B, ne permettent pas une prise en charge de patients

psychiatriques difficiles. La direction est attentive à ne pas accepter des patients trop lourds, nécessitant des soins d'hôpital aigu ou montrant des signes d'agitation trop importants.

4.2.4. Répartition des missions entre les hôpitaux

Les statistiques montrent une certaine superposition des missions des trois institutions psychiatriques du canton.

Le traitement des patients présentant des troubles psychiatriques organiques, souffrant d'alcoolisme ou d'autres pathologies liées à la dépendance, apparaît assez clairement comme une mission de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux. Les troubles mentaux organiques représentent 52% des pathologies de cas de plus de 65 ans à Perreux. 62% des séjours de patients alcooliques et 85% des abus de substances des trois sites sont à Perreux.

En revanche, les autres affections ne démontrent pas de répartition aussi claire. Les troubles délirants, les troubles bipolaires et les épisodes dépressifs semblent être traités dans les trois institutions (voir graphique sous annexe A).

4.2.5. Distribution des durées moyennes de séjour

Le site de Perreux apparaît bien comme l'hôpital qui traite les cas les plus lourds. La durée de séjour médiane¹ y est de plus de 30 jours, alors qu'elle se situe autour des 25 jours à Préfargier. Les séjours de plusieurs années sont localisés exclusivement à Perreux. Néanmoins, les deux sites présentent, pour les courtes hospitalisations de la psychiatrie adulte, des profils de séjours très semblables.

La Clinique La Rochelle a des durées de séjour plus longues, avec une médiane proche des 40 jours.

La psychiatrie gériatrique à Perreux se distingue par des séjours plus longs avec une médiane proche des 60 jours. Préfargier a les durées de séjour les plus courtes.

4.3. Le secteur ambulatoire

4.3.1. Le Centre psychosocial neuchâtelois (CPSN)

Statut juridique et organisation

Le Centre psychosocial neuchâtelois est une fondation de droit privé créée, notamment par les établissements hospitaliers du canton, dans le but de constituer un réseau de psychiatrie ambulatoire. Le Département de la santé et des affaires sociales est l'autorité de surveillance.

¹ La durée de séjour médiane est celle qui sépare l'ensemble des patients d'un établissement en deux parties égales.

Mission

Selon ses statuts, le CPSN a pour mission le traitement ambulatoire des malades mentaux dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation. Par ailleurs, le CPSN exerce une importante activité de formation post-graduée pour les futurs psychiatres-psychothérapeutes et psychologues-psychothérapeutes.

Le CPSN a réparti son activité principalement sur deux sites: Neuchâtel et la Chaux-de-Fonds.

Activité

L'activité du CPSN a considérablement augmenté dans les 10 dernières années. Le nombre de patients suivis a augmenté de 65%. Cette augmentation s'explique par l'accroissement des besoins et a été possible grâce au développement de la psychiatrie ambulatoire et à la "désinstitutionnalisation" de la prise en soins psychiatrique. Face à l'accroissement du nombre de patients, le nombre de consultations n'a augmenté que de 30%. Cela signifie que le nombre de consultations par patient a diminué. Les médecins du CPSN sont contraints d'espacer les consultations (voir graphique sous annexe A).

Financement

Le CPSN est reconnu comme une institution d'utilité publique, à ce titre, il bénéficie de subventions étatiques. Ses prestations sont prises en charge essentiellement par l'assurance-maladie.

Position dans le réseau

Le CPSN a été constitué comme un service médical. Il bénéficie d'une totale autonomie dans ses options et ses choix thérapeutiques. Le transfert de patients entre le CPSN et les hôpitaux psychiatriques est accompagné, le plus souvent, d'un changement du programme thérapeutique et de la prise en charge des patients.

Le transfert d'un patient vers le CPSN correspond à un nouvel épisode de soins.

Le manque de suivi du patient et la rupture dans la prise en soins entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier constitue l'un des dysfonctionnements les plus marquants du réseau de psychiatrie du canton de Neuchâtel.

De plus, le transfert des patients d'une structure à l'autre entraîne une perte d'information et de connaissance du patient qui s'accompagne parfois d'un changement dans la stratégie de traitement, cognitive-comportementale ou systémique dans les hôpitaux, essentiellement psychanalytique au CPSN. La présence des différentes écoles de pensée, qui pourraient constituer une force de la psychiatrie neuchâteloise, pose, avec l'organisation actuelle, un problème pour assurer le continuum des soins.

4.3.2. Urgences et prise en charge des situations de crise

Les hôpitaux psychiatriques ne sont pas des lieux adéquats pour accueillir des patients ambulatoires nécessitant une prise en charge et une orientation rapide. Le canton manque d'une structure de prise en charge des situations de crise.

De nombreux cantons ont déjà mis en place des liens étroits entre la psychiatrie et les structures d'accueil ambulatoire dans le réseau: urgences ou polycliniques ambulatoires. Genève et Vaud ont mis en place des structures d'accueil aux urgences et dans les polycliniques ambulatoires des hôpitaux somatiques. Un projet est en cours de développement entre le CPSN et l'Hôpital neuchâtelois.

Dans une structure d'urgence intégrée à l'hôpital somatique, trois types d'activités peuvent être envisagés:

- Un soutien au service des urgences de l'hôpital pour la prise en charge des patients aigus, présentant aussi des troubles psychiatriques.
- Une prise en charge des patients sans rendez-vous, qui ont besoin de faire un bilan avec une ou deux visites à un psychiatre, avant d'être orientés vers la bonne structure de prise en soins.
- La mise en place d'une psychiatrie de liaison.

4.3.3. Le Service médico-psychologique pour enfants et adolescents (SMP)

Statut juridique et organisation

Le service médico-psychologique pour enfants et adolescents est rattaché depuis peu au DSAS.

Le personnel a le statut de fonctionnaire et n'est pas soumis à la CCT santé 21. Le service est géré selon les principes de la comptabilité publique. De ce fait, les comparaisons avec les autres institutions de santé sont difficiles. De plus, à la différence de Perreux, le SMP n'est pas dirigé par un comité de direction et dépend directement du chef du DSAS.

Mission

Prises en charge psychiatriques et psychothérapeutiques d'enfants et d'adolescents de 0 à 18 ans, par des consultations ambulatoires, en institutions spécialisées et auprès des services de pédiatrie des hôpitaux, expertises psychiatriques pour les tribunaux, supervision clinique de collectivités, d'institutions ou de services s'occupant de mineurs, formation pour pédopsychiatres et psychologues-psychothérapeutes.

Position dans le réseau

Avant le rattachement au DSAS, le service dépendait du Département de l'instruction publique. Cette situation pouvait présenter l'avantage d'une meilleure intégration dans les écoles et une meilleure coordination avec les équipes d'enseignants, dans une perspective de prévention. Elle éloignait néanmoins le service du réseau de psychiatrie. Le SMP a une importante activité ambulatoire et une activité de liaison avec les services de pédiatrie des hôpitaux et les institutions spécialisées (voir graphique sous annexe A).

Pour l'hospitalisation, le SMP collabore avec la Maison de santé de Préfargier pour la psychiatrie de l'adolescent. Cette collaboration est difficile. En effet, lorsque les patients sont hospitalisés, les médecins du SMP ne sont plus responsables du traitement de ces derniers et le continuum de soins est mal assuré. Les médecins du SMP devraient pouvoir se voir attribuer la responsabilité médicale de lits d'hospitalisation dans l'un des établissements hospitaliers du canton.

4.3.4. La Médecine privée

Nombre de médecins en activité

Selon les données de santésuisse, 40 autorisations d'exercer à charge de l'assurance obligatoire des soins (ou numéros RCC-registre des codes créanciers) sont actuellement attribuées pour la spécialité de psychiatrie dans le canton de Neuchâtel. Rapporté à la population, cela représente 30 psychiatres pour 100'000 habitants, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne suisse (31) et à la moyenne des cantons voisins.

Étant donné que le nombre d'autorisations d'exercer à charge de l'assurance obligatoire des soins octroyées ne donne pas une image exacte de l'activité des médecins, une enquête a été menée auprès des cabinets quant au nombre de médecins et à leur taux d'activité, pour tenir compte des temps partiels. En début 2006, il y avait dans notre canton 39 psychiatres-psychothérapeutes en cabinet pour un équivalent de 28.25 postes et 9 pédopsychiatres pour un équivalent de 4.35 postes. Ces chiffres ne peuvent malheureusement pas être interprétés, n'étant pas disponibles au niveau suisse.

Évolution de l'activité ambulatoire privée

Le nombre de consultations psychiatriques a augmenté plus rapidement dans le canton de Neuchâtel que dans le reste de la Suisse. De 1997 à 2002, celles-ci ont passé de 5% à 5.6% du nombre total de consultations ambulatoires (toutes spécialités confondues). Dans le canton de Neuchâtel, la part des consultations de psychiatrie est passée, sur la même période, de 2.7% à 5.3%. Le canton de Neuchâtel a donc augmenté la fourniture de soins psychiatriques et s'est rapproché de la moyenne suisse.

Position dans le réseau

Dans le canton de Neuchâtel, de nombreux cas de psychiatrie sont pris en charge par des médecins de premier recours.

Les psychiatres, comme les médecins de premiers recours, se plaignent du manque de coordination du réseau, en particulier lors des hospitalisations et des transferts entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire.

5. LES LIMITES DU SYSTÈME

Le projet du CNP est construit sur le constat qu'en dépit d'une densité de compétences remarquables dans le canton, le réseau des services et partenaires dévolus aux soins et à l'aide des personnes présentant des affections ou troubles psychiatriques, fonctionne avec un certain nombre de limitations.

- L'organisation actuelle des services de psychiatrie neuchâteloise est structurée en services d'hospitalisations et service de soins ambulatoires qui ont chacun une autonomie de gestion et de choix thérapeutiques.
- En raison de cette organisation et de la spécialisation actuelle de l'offre de prestations, le continuum de soins entre hospitalier et ambulatoire est mal assuré. Une hospitalisation ou une sortie d'hôpital s'accompagne systématiquement d'un changement dans la prise en soins, même lorsqu'il ne s'agit pas d'une option thérapeutique. Dans cette organisation morcelée, il est difficile de mettre en place une prise en charge intégrée des patients.

- La mission des hôpitaux psychiatriques est mal définie. L'analyse des statistiques médicales montre une superposition des missions.
- Le canton est sur-doté en lits d'hospitalisation (les durées moyennes de séjour et les taux d'hospitalisation sont trop élevés), avec 181 lits pour 100.000 habitants, alors que la moyenne suisse est de 113 lits, le canton avait en 2003 une centaine de lits en trop par rapport à la moyenne nationale². La fermeture ces derniers mois de lits à La Maison de santé de Préfargier ainsi qu'à l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux a certes déjà contribué à réduire cette surcapacité.
- Le canton sort d'une période de sous-dotation en personnel médical de psychiatrie, dans le domaine ambulatoire notamment.
- Il manque des structures d'accueil pour les situations de crise ainsi qu'une présence psychiatrique aux urgences des hôpitaux somatiques. Or, celles-ci permettraient d'éviter certaines hospitalisations par une gestion sur place des situations de crises.
- Le canton manque également de structures d'hébergement pour les personnes souffrant de lourdes pathologies psychiatriques chroniques (structures intermédiaires).
- Avec une offre de psychiatrie morcelée, les établissements peuvent difficilement faire face à l'augmentation des exigences pour la formation des médecins et risquent de perdre leur reconnaissance pour la formation de type FMH A, respectivement FMH B. Le canton a des difficultés pour recruter des psychiatres et des pédopsychiatres.

6. LES OBJECTIFS

6.1. Mission

Le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) a pour tâche de conduire, sur mandat de l'État et en collaboration avec les institutions partenaires, la politique sanitaire publique s'agissant de la prise en charge des patients souffrant de problèmes psychiques.

Pour cela le CNP met notamment en œuvre les moyens prévus par la planification sanitaire de 1999, à savoir:

- des structures stationnaires de type hospitalier:
 - des lits hospitaliers aigus destinés à des séjours brefs (lits A);
 - des lits hospitaliers de transition destinés à des séjours de moyenne durée (lits B);
- des structures résidentielles:
 - des lits de longs séjours (lits LESPA et unités de réadaptation);
- des structures ambulatoires et semi-hospitalières:
 - des centres de jour et de nuit;
 - des locaux de consultation "en ville";
 - des locaux de consultation au sein des sites hospitaliers;
- des ateliers.

² Il est important de rappeler que la diminution du nombre de lits ne pourra se faire qu'avec un développement important des structures ambulatoires de proximité. La création de telles structures entraînera un transfert de charges d'exploitation de l'hospitalier vers l'ambulatoire.

Le CNP s'appuie également sur des institutions situées hors canton pour répondre aux besoins de la population neuchâteloise. Des accords de partenariat ou de collaboration doivent être négociés avec les partenaires.

Les moyens et les options sont choisis en privilégiant l'efficacité (c'est-à-dire le meilleur équilibre entre la qualité et le coût des prestations). L'efficacité devant être évaluée en se plaçant du point de vue des patients et des organismes financeurs, notamment de l'État, et non en fonction des intérêts à court terme du CNP ou de ses partenaires.

Par principe, le CNP ne développe pas de prestations actuellement offertes par des institutions partenaires (notamment dans le domaine des addictions, des handicaps, des foyers, des adultes et des enfants en difficulté). Par contre, il peut offrir à ces mêmes institutions un soutien de types psychiatrique et psychothérapeutique.

6.2. L'organisation clinique

La stratégie du Centre neuchâtelois de psychiatrie doit s'inscrire dans le cadre d'un projet clinique. Une première étude a montré que le système de santé psychique neuchâtelois possédait de nombreuses forces mais également des faiblesses. Ont été notamment relevés le surdimensionnement du secteur stationnaire vis-à-vis de l'ambulatoire ainsi que le cloisonnement entre ces deux mêmes secteurs conduisant trop fréquemment à une rupture du continuum des soins pour les patients passant de l'un à l'autre.

C'est donc avec l'objectif de poser les premières bases d'une nouvelle organisation clinique qui permettrait d'améliorer le système psychiatrique cantonal, que le Département de la santé a proposé les réformes organisationnelles suivantes:

- s'orienter vers une organisation regroupant pour un même programme la prise en soins ambulatoire, hospitalière, dans les structures intermédiaires, à domicile ou dans le milieu, en relation avec les structures communautaires;
- mettre en place une direction médicale commune, afin de coordonner le continuum de soins et la formation du personnel soignant et concevoir un projet médical cantonal de la psychiatrie;
- maintenir une offre diversifiée des approches psycho-thérapeutiques (psychanalytique, psychothérapeutique, systémique et cognitive-comportementale) sans qu'elle constitue un obstacle à la continuité des soins;
- fermer un certain nombre de lits de psychiatrie en transférant les ressources sur l'ambulatoire et l'activité de jour et les structures intermédiaires (notamment des lits de transition);
- développer une activité ambulatoire dans la mesure du possible facilement accessible aux usagers, notamment en maintenant les unités dans les villes et des antennes dans les régions;
- mettre en place un système d'échange d'informations suffisamment transparent pour permettre un bon pilotage du réseau.

Pour atteindre cet objectif, le service de la santé publique a demandé à un groupe de travail, conduit par le bureau de consultants genevois Advimed et composé des médecins-cadres des institutions psychiatriques neuchâteloises actuelles et d'autres partenaires externes spécialistes du domaine, de présenter un projet clinique. Le groupe de travail a proposé une organisation en huit filières de soins, générales ou spécialisées, visant à offrir à des groupes spécifiques de patients, un continuum de soins ambulatoires,

hospitaliers, voire intermédiaires. Un projet clinique³, préluce à une redistribution des missions et des moyens des institutions de soins actuelles, a été élaboré pour chaque filière.

Le projet clinique tel qu'il a été élaboré a sans doute le mérite de présenter un catalogue relativement exhaustif des problématiques qu'une pratique psychiatrique actuelle doit traiter et auxquelles elle doit apporter des réponses. Il représente une option possible pour le CNP qui pourra s'en inspirer pour son organisation clinique.

Lors de la consultation, de nombreux partenaires ont exprimé leur scepticisme sur la pertinence d'une organisation par filières qui s'inspire des modèles réalisés notamment au Canada et dans le canton de Vaud. Il a notamment été fait remarquer que nos voisins s'en écartent progressivement et qu'un modèle valable pour des populations importantes (provinces du Canada) n'est peut-être pas pertinent lorsqu'on veut l'appliquer à une population plus restreinte, comme celle du canton de Neuchâtel. Le nombre de filières est jugé trop élevé, le risque d'étanchéité de l'une à l'autre et le piège d'une certaine sur-spécialisation sont souvent mentionnés.

Des lignes directrices générales devront cependant être proposées, et qui tiennent compte des nombreuses critiques suscitées. Ce sera la première tâche des autorités du CNP, respectivement son Conseil d'administration et sa Direction générale, de développer un projet clinique qui s'inscrit dans les orientations politiques décidées par le Conseil d'Etat. Ce projet clinique du CNP devra être avalisé par le Conseil d'Etat dans le cadre du contrat de prestations pluriannuel (voir à ce sujet le chapitre 8.3).

Dans ce sens, deux filières au moins sont largement soutenues et seront vraisemblablement mises en œuvre par le CNP. Il s'agit de la psychiatrie gériatrique et de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. La psychiatrie des adultes doit être repensée en revisitant de manière critique la logique des filières et enfin, la psychiatrie de l'addiction doit faire l'objet d'une attention particulière.

Psychiatrie gériatrique

La psychiatrie gériatrique s'occupe de la prévention, du diagnostic et du traitement des troubles psychiatriques et des troubles du comportement des personnes âgées de plus de 65 ans. Elle soutient l'autonomie et préserve la qualité de vie de cette population et assume l'enseignement, la formation et la recherche dans les domaines concernés. Elle est le protagoniste de la création d'un réseau gérontologique.

Cette filière, dépendant déjà actuellement pour l'essentiel d'une seule institution, le Centre de psychiatrie gériatrique de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux avec une unité hospitalière au Locle est déjà opérationnelle. Un transfert de ressources hospitalières vers des structures intermédiaires (hôpital de jour) et ambulatoires (consultation mémoire) a déjà pu avoir lieu, Il en va de même de l'articulation de la structure thérapeutique avec les structures d'hébergement, hors filière, mais partenaires de celle-ci. L'adjonction des consultations ambulatoires et de la psychogériatrie de liaison dans les hôpitaux somatiques actuellement réalisées par le Centre psychosocial neuchâtelois viendra compléter l'offre de prestations.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

³ Le projet clinique du Centre neuchâtelois de psychiatrie (version définitive: août 2005) est disponible sur le site internet de l'Etat de Neuchâtel.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a la mission d'assurer l'évaluation et les soins psychiatriques et psychothérapeutiques des enfants et des adolescents, de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans, de soutenir leurs parents et de coopérer avec les systèmes scolaire, médical, pédagogique, éducatif et tutélaire.

La mission de cette filière se déploie selon les trois axes principaux: la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie de liaison (avec les institutions hospitalières, de développement mental et pédagothérapeutiques), la formation des pédopsychiatres-psychothérapeutes, des psychologues et des psychologues-psychothérapeutes.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent constituant une spécialisation FMH particulière, une grande attention doit être vouée à son intégration dans le CNP et à la coordination avec les autres unités cliniques.

Psychiatrie des adultes

Le domaine de la psychiatrie des adultes recouvre cinq des huit filières proposées par le groupe de travail (psychiatrie générale des adultes; programmes spécialisés; schizophrénie et troubles sévères persistants; psychiatrie pénitentiaire et médico-légale; psychiatrie du développement mental). Cette séparation par filières étant à revoir, le CNP devra toutefois organiser la psychiatrie des adultes de manière à:

- offrir de manière décentralisée, notamment dans le haut et le bas du canton, des structures d'accueil et d'urgences psychiatriques, ainsi que des infrastructures de consultations ambulatoires de psychiatrie générale adaptées aux besoins;
- assurer pour le canton un service de lits psychiatriques pour l'urgence, idéalement intégré dans un hôpital de soins somatiques ou, à défaut et probablement dans un premier temps, en milieu psychiatrique;
- mettre en place un service de psychiatrie de liaison dans les hôpitaux somatiques du canton,
- mettre en place des mandats de collaboration avec supervision/intervision avec les institutions spécialisées et les services d'aide et de soins à domicile;
- offrir des consultations plus spécialisées pour certains patients chroniques (où un continuum entre soins hospitaliers et ambulatoires est particulièrement important), pour les patients souffrant de psychose débutante ou de troubles alimentaires, pour la psychiatrie pénitentiaire et les troubles du développement mental;
- développer des unités hospitalières de psychiatrie générale et des unités hospitalières plus spécifiques par pathologies selon les besoins, prolongées ou non de consultations ambulatoires spécialisées;

Psychiatrie des addictions

La psychiatrie des addictions a pour mission le traitement et les soins psychiatriques des personnes présentant une dépendance pathologique et/ou une consommation abusive de toutes substances psychotropes (drogue, alcool, médicaments), à l'exception de l'anorexie/boulimie et du tabac, et des personnes présentant une addiction au jeu.

La logique de filière n'est pas entièrement pertinente dans cette discipline. En effet, les personnes présentant des problèmes d'addiction sont dans leur grande majorité du ressort de la médecine de l'addiction ambulatoire qui fournit des prestations

pluridisciplinaires, médico-psycho-sociales. Elles sont prises en charge principalement par des structures spécialisées regroupées de la Fondation Neuchâteloise pour la prévention et le traitement des addictions et par la médecine privée. L'Hôpital neuchâtelois sur le site de la Béroche et la clinique de la Rochelle remplissent des missions intermédiaires spécifiques. Les personnes qui doivent être soignées dans le secteur psychiatrique sont celles qui souffrent d'une pathologie psychiatrique associée ("double diagnostic") nécessitant une hospitalisation. Ces patients sont actuellement hospitalisés dans des unités spécialisées localisées à l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux et parfois suivis au CPSN.

Un travail de coordination et d'amélioration des complémentarités sera bienvenu. Des études associant tous les partenaires devront être entreprises pour voir comment optimiser, dans une perspective d'efficience, la complémentarité de l'ensemble de ces structures. C'est pourquoi il n'est pas raisonnable aujourd'hui de décider plus précisément les objectifs et les délimitations à finaliser pour la psychiatrie de l'addiction.

Il s'agit de mettre à disposition des institutions spécialisées dans le traitement de l'addiction, de la médecine de ville et des autres partenaires un nombre de lits permettant d'effectuer des cures de sevrage dans de bonnes conditions et/ou d'assurer si nécessaire le traitement hospitalier des pathologies psychiatriques associées (telles que la schizophrénie, les troubles de l'humeur, etc.). Le CNP doit maintenir et développer un centre de compétence en psychiatrie de l'addiction qu'il mettra, de manière transverse, à disposition des unités du CNP et des partenaires externes.

La grande majorité des patients souffrant d'addiction continuera de bénéficier des prises en charge ambulatoires et résidentielles proposées par les structures partenaires spécialisées et par la médecine de ville. Dans la volonté d'assurer le continuum des soins, le CNP devra porter une attention particulière à la collaboration avec ces partenaires, partant du principe que l'accompagnement résidentiel et ambulatoire est principalement réalisé à l'externe.

6.3. Le projet organisationnel: un interlocuteur unique de l'État

Au départ, le CNP sera constitué par les principales institutions psychiatriques du canton; d'autres pourront éventuellement rejoindre le CNP au fil des années et de l'évolution des besoins. Il ne s'agit toutefois pas de tout mettre dans le CNP. La psychiatrie, plus encore que les soins somatiques, a partout des ramifications, en particulier dans le secteur social.

Il est essentiel de rappeler que la volonté de créer le CNP relève avant tout de la nécessité de travailler en réseau et de développer l'ambulatoire afin d'assurer le continuum de soins.

La création d'une entité juridique comme le CNP, réunissant en particulier les responsabilités médicales dans une même institution, est la clé du succès de cette volonté.

La création du CNP permettra aussi un changement dans l'organisation logistique et administrative. Cette intégration pourra se faire de façon progressive, dans le but de soutenir la nouvelle organisation clinique tout en rationalisant, regroupant des services de soutien et de logistique et en réalisant des économies d'échelle.

Le projet est nécessaire dans une logique de besoins; il permettra aussi de répondre à une logique de moyens.

Pour réaliser la mise en place d'une meilleure organisation clinique, une réforme de l'organisation du réseau des prestataires est indispensable. Cette nouvelle organisation doit permettre:

- une concentration de moyens et des économies d'échelle en matière de gestion et de support logistique;
- d'avoir un interlocuteur unique entre le réseau de psychiatrie et l'État pour la préparation et la mise en œuvre du projet de soins;
- un collègue médical unique garantissant:
 - le bon fonctionnement du réseau psychiatrique et le respect du projet de soins;
 - une formation reconnue FMH A pour l'ensemble du réseau de la psychiatrie du canton.

Le projet, initié dans le rapport sur la planification sanitaire de 1999, de regrouper les institutions actuelles au sein d'une association de gestion a été abandonné pour des raisons autant opérationnelles que juridiques. D'une part, ce type d'organisation ne permet pas de mettre véritablement en réseau les différents secteurs en laissant trop d'indépendance aux institutions membres de l'association. D'autre part, dépourvus de personnalité juridique, l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux et le Service médico-psychologique pour enfants et adolescents ne peuvent prendre part à une association. Il faudrait donc préalablement créer un établissement ayant la personnalité juridique et comprenant ces deux institutions pour qu'il puisse ensuite adhérer à une association de gestion avec ses partenaires.

L'option de regrouper toutes les institutions au sein de l'administration cantonale n'a pas été retenue. Les difficultés fonctionnelles que vivent actuellement l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux et le SMP, dus à leur statut hybride de service de l'Etat et d'institution de santé, nous montrent que cette voie doit justement être évitée. En effet, les principes de fonctionnement d'une administration publique ne sont pas adaptés à des institutions qui doivent, en raison de l'application des lois fédérales, inscrire leur activité dans une logique de marché, s'agissant notamment du financement de leurs prestations (forfaits journaliers pour les séjours hospitaliers, forfaits de soins pour les journées d'hébergement, tarif à l'acte pour les prestations ambulatoires). Le passage obligatoire de certaines opérations (par exemple l'engagement de personnel ou l'entretien du patrimoine) par le Conseil d'Etat, respectivement par le Grand Conseil rend la tâche des dirigeants de ces institutions extrêmement difficile. Une certaine autonomie de gestion est donc indispensable, mais bien entendu sous la surveillance de l'Etat.

6.4 Institutions psychiatriques et Hôpital neuchâtelois

En Suisse, plusieurs hôpitaux couvrent, au sein de la même institution, aussi bien le volet somatique que psychiatrique. L'opportunité d'une intégration pure et simple des institutions psychiatriques dans l'Hôpital neuchâtelois s'est donc posée et a été étudiée lors du développement du projet de création de l'EHM.

Un groupe de travail a analysé et soupesé les arguments en faveur et en défaveur d'une telle solution. Les avantages et les inconvénients d'une intégration ou non des institutions psychiatriques dans l'Hôpital neuchâtelois peuvent être résumés comme suit:

Arguments en faveur d'une intégration des institutions psychiatriques:

- L'intégration est un facteur favorisant l'approche globale des pathologies médicales, les médecins se côtoyant et collaborant davantage.
- Les hôpitaux somatiques seraient plus à même de prendre en charge des patients souffrant d'affections psychiques, dont la fréquence est en augmentation eu égard au vieillissement de la population (pathologies psychogériatriques).
- Les expériences faites dans les hôpitaux psychiatriques pourraient profiter à l'ensemble du système, par exemple la démarche qualité de la Maison de santé de Préfargier.
- Il serait plus facile de recruter des médecins-assistants si l'Hôpital neuchâtelois était en mesure de leur offrir une partie de la formation en institution psychiatrique.
- Les interfaces entre les deux types de prise en charge seraient plus faciles à mettre sur pied (lits psychiatriques dans les hôpitaux physiques, psychiatrie de liaison, antenne de Perreux au Locle). Il y a une nécessité d'un fort appui psychiatrique dans les hôpitaux physiques.
- La taille plus grande permettrait des économies d'échelle et donnerait la masse critique pour mener des projets spécifiques (qualité, recherche, etc.).

Arguments en défaveur d'une intégration des institutions psychiatriques:

- Le secteur psychiatrique n'est pas constitué que d'hôpitaux. Les interfaces avec le Centre psychosocial neuchâtelois, avec le Service médico-psychologique pour enfants et adolescents et avec d'autres organismes oeuvrant dans le domaine, sont nombreuses. D'autre part, les hôpitaux psychiatriques ont, en leur sein même, des unités non hospitalières (secteur LESPAS avec un home et secteur AI). Une intégration de toutes ces structures dans l'Hôpital neuchâtelois complexifierait sa gestion.
- En augmentant la taille de l'Hôpital neuchâtelois et en multipliant ses missions, on prend le risque de rendre le système difficilement manœuvrable au point de vue opérationnel.
- Les tarifs des journées d'hospitalisation sont bas aussi les assureurs-maladie n'ont pas pénalisés les hôpitaux psychiatriques lors des dernières négociations tarifaires. Si ces institutions venaient à être réunies avec les hôpitaux somatiques dans un établissement unique, cet avantage risque d'être remis en question.

Au vu des discussions, les améliorations des prestations et l'intensification de la collaboration (qualité, médecine globale, meilleure collaboration entre les professionnels, etc.) sont unanimement souhaitées par les partenaires. L'intégration des structures psychiatriques dans l'Hôpital neuchâtelois pourrait les favoriser mais n'est pas une condition absolue et le succès n'est pas garanti. Au contraire, on risque de générer une entité trop grande et trop disparate. Étant donné les défis majeurs auxquels devra déjà faire face la direction de l'établissement, cela n'est pas souhaité dans un premier temps.

D'autre part, il faut également tenir compte de la volonté de réorganiser la psychiatrie en garantissant le continuum de soins et en valorisant mieux le secteur ambulatoire. Cette refonte de notre système de soins psychiatriques implique également des partenaires non hospitaliers comme le Centre psychosocial neuchâtelois, le Service médico-psychologique pour enfants et adolescents, les institutions pour toxicomanes, les médecins installés et les autres professionnels du domaine. Ajouter à ce projet complexe

une intégration de certaines institutions psychiatriques dans l'Hôpital neuchâtelois ne paraît pas opportun. On prendrait le risque, en complexifiant la problématique, de créer des difficultés supplémentaires dans l'articulation du réseau.

Les comparaisons avec d'autres cantons montrent que certains d'entre eux ont choisi de réunir le secteur psychiatrique et le secteur somatique (Fribourg, Jura, Valais), alors que d'autres ont conservé des secteurs séparés (Tessin par exemple). Dans les autres cantons voisins (Genève, Vaud, Berne), l'organisation sanitaire est trop différente en raison de leur taille et de leur statut pour nous inspirer. Dans tous les cas, les choix découlent davantage d'une logique historique ou géographique que d'une nécessité concrète. Nous n'avons pas trouvé d'éléments objectifs qui plaideraient pour l'une ou l'autre des solutions et qui auraient orienté différemment notre réflexion.

Le groupe de travail concluait que les institutions psychiatriques ne devaient pas être intégrées dans l'Hôpital neuchâtelois, du moins dans l'immédiat. Les interfaces entre ce dernier et les institutions psychiatriques (psychiatrie de liaison, antenne de Perreux au Locle, lits psychiatriques à l'hôpital somatique) devaient être réglées par des contrats et des conventions. L'opportunité d'une intégration dans l'Hôpital neuchâtelois pourra par ailleurs être réévaluée lorsque le secteur psychiatrique aura effectué sa mutation.

Aujourd'hui, nous n'avons pas davantage d'arguments qui plaident pour une solution ou une autre. Plusieurs organismes, et notamment l'HNE, qui se sont exprimés lors de la consultation, ont relevé que l'option d'un établissement unique devait être conservée à terme, mais qu'il est actuellement prématuré de l'envisager car cela risque de mettre en péril les deux projets. La conclusion du groupe de travail initial, confirmée par le Grand Conseil lors du débat sur l'EHM, reste donc valable. Cela n'exclut toutefois pas que la fusion des deux établissements de droit public soit remise à l'ordre du jour lorsque l'un et l'autre auront trouvé une stabilité, c'est-à-dire dans quelques années.

6.5. Institutions partenaires non intégrées dans le CNP

De nombreux services, structures ou institutions s'occupent de personnes pouvant, à un moment ou un autre de leur existence, avoir besoin de soins psychiatriques et sont actifs notamment dans le secteur ambulatoire et résidentiel.

Comme nous l'avons vu plus haut, en psychiatrie plus que dans toute autre spécialité médicale, le succès d'une prise en charge dépend très largement d'un bon continuum des soins entre l'hospitalier, l'ambulatoire et le résidentiel et nécessite une congruence d'actions de tous les intervenants.

Le rapprochement entre les structures peut prendre la forme d'une intégration pure et simple au CNP, mais peut également se traduire par des contacts et des liens sous forme de conventions ou de contrats de collaboration. Les avantages et les inconvénients de chaque solution doivent être soupesés en tenant compte, dans la réflexion, de la volonté affirmée de ne pas tout "psychiatriser".

Après analyse, l'opportunité d'une intégration des institutions citées ci-après dans l'établissement psychiatrique cantonal n'a pas été retenue, pour les principales raisons suivantes:

6.5.1. Secteur ambulatoire et institutionnel des addictions

Les contacts entre le CNP et les institutions sociales actives dans le domaine de l'addiction sont nombreux lorsque la co-morbidité psychiatrique d'un patient l'impose, et doivent à ce titre être très étroits. Néanmoins, une intégration pure et simple de ces

institutions dans le CNP serait jugée stigmatisante par la patientèle. D'autre part, la composante psychiatrique chez les patients présentant des comportements addictifs n'est pas prépondérante, ces derniers étant principalement du ressort du domaine social.

La limite entre le secteur psychiatrique et le secteur social doit être très finement définie. Le CNP ne doit pas offrir des prestations présentes chez ses partenaires, mais doit développer et mettre à disposition une cellule de compétence en psychiatrie de l'addiction et plus spécifiquement active lors des hospitalisations. Il est à noter que dans le domaine médical, la très grande majorité des patients présentant des problèmes d'addiction sont traités par les médecins généralistes et non les psychiatres.

Le secteur institutionnel des addictions est également en pleine réforme structurelle. Il comprend les institutions suivantes:

La fondation neuchâteloise pour la prévention et le traitement des addictions (FNTPA)

– CENEA

Le Centre neuchâtelois d'alcoologie fait partie de la Fondation neuchâteloise pour la prévention et le traitement des addictions et a pour mission la prise en charge médico-sociale des patients souffrant de problèmes liés à l'abus d'alcool.

Bien que les pathologies psychiatriques associées soient fréquentes dans ce type de problématique, la prise en charge médico-sociale est prépondérante et garde toute son utilité.

– DROP-IN, CPTT, CAPTT

Ces trois institutions s'occupent, à Neuchâtel, à La Chaux-de-Fonds et à Fleurier, du suivi médico-social des personnes dépendantes des drogues.

Les fondations proposant un accueil institutionnel.

Les foyers actifs dans le domaine des addictions sont le Devens, la Fondation Goéland et la Fondation Ressource.

6.5.2. Soins psychiatriques à domicile

Une bonne collaboration entre le CNP et les services d'aide et de soins à domicile est capitale pour la prise en charge des patients psychiatriques dans leur milieu. Dans cette optique, la récente création de NOMAD va certainement simplifier les relations en permettant d'affiner et de généraliser la collaboration entre les deux secteurs.

NOMAD

Les centres de santé sont depuis de nombreuses années très actifs dans le suivi à domicile des patients. L'excellente collaboration notamment entre le Centre psychosocial de La Chaux-de-Fonds et le Centre de santé des Montagnes est un bon exemple des avantages d'un rapprochement des deux secteurs.

A l'avenir, la collaboration entre le CNP et NOMAD devra être intensifiée encore dans l'objectif d'assurer le continuum des soins entre le secteur stationnaire et l'ambulatoire.

PSYDOM et SIIP

Il s'agit de deux services infirmiers indépendants – c'est-à-dire non rattachés aux services de soins à domicile – permettant actuellement d'offrir aux patients un suivi infirmier à domicile à une centaine de patients psychiatriques dans le canton.

Une intégration au CNP n'apporterait pas d'avantage particulier et n'est pas souhaitée par ces associations qui exercent essentiellement par délégation et sur prescription médicale.

6.5.3. ANAAP et Pro Infirmis

L'Association neuchâteloise d'accueil et d'action psychiatrique est une institution dont la vocation première est la défense des droits des patients psychiatriques.

L'ANAAP offre un lieu d'accueil aux patients psychiatriques et, à ce titre, a tissé des liens avec le CNP mais elle ne saurait y être intégrée sans perdre son identité.

L'organisation Pro Infirmis offre des prestations de consultations sociale et spécialisées aux personnes handicapées physiques, mentales ou psychiques, sourdes et malentendantes ainsi qu'à leurs répondants dans le but étant de favoriser au maximum l'indépendance et l'autonomie de ces personnes. Pro Infirmis devra également travailler en étroit partenariat avec le CNP.

6.5.4. Les Foyers

Le canton compte plusieurs institutions permettant une prise en charge institutionnelle et des ateliers protégés. Citons notamment la Fondation pour adultes en difficulté sociale, les Perce-Neige, la Fondation l'Enfant c'est la vie, la Fondation Alfaset, la Fondation Foyers Handicap.

Il n'y a pas lieu d'intégrer ces institutions dans le CNP, dans la mesure où ces structures offrent principalement un lieu de vie.

7. ORGANISATION DU CNP

LE CNP bénéficie d'une autonomie de décision et de gestion lui permettant de réaliser les mandats qui lui sont confiés. Dans ce sens, il lui appartient d'organiser lui-même ses structures opérationnelles sur la base du présent rapport et de la loi.

Le Conseil d'administration doit avoir une importante marge de manœuvre décisionnelle pour mettre en œuvre sa stratégie. Seules les grandes lignes de l'organisation du CNP sont inscrites dans la loi. Le présent rapport expose la structure que pourrait revêtir l'organisation et l'annexe B présente un organigramme fonctionnel.

Les compétences stratégiques sont centralisées, alors que les compétences opérationnelles sont décentralisées dans les Unités de gestion.

Les compétences fonctionnelles sont centralisées au fur et mesure de la mise en place du CNP. Les priorités sont déterminées par le Conseil d'administration.

Les sites peuvent temporairement conserver une structure de direction, le temps nécessaire pour centraliser les fonctions de support. Les directeurs peuvent alors se voir attribuer des compétences transversales dans le projet de mise en œuvre du CNP.

Nous présentons ici, dans les grandes lignes, le rôle des principales instances de direction et d'organisation:

- La surveillance est placée sous la responsabilité politique (Grand Conseil, Conseil d'Etat, Conseil de santé et Commission cantonale de psychiatrie).
- La gouvernance et la gestion sont de la compétence des instances suivantes:
 - le Conseil d'administration
 - la Direction générale
 - les Unités de gestion
 - les Fonctions de soutien et les commissions permanentes
 - les sites

7.1. La surveillance

L'État est le garant pour la population neuchâteloise de l'accès aux soins, de la qualité des soins et du financement de la prise en charge des maladies mentales dans le canton de Neuchâtel. Il fixe ses objectifs en la matière par le biais de mandats de prestations conclus avec le CNP.

L'État est appelé à définir précisément quelle politique de santé mentale il entend mettre en œuvre dans le canton et quels moyens il entend y consacrer.

7.1.1. Le Grand Conseil

Le Grand Conseil vote le budget et accepte les comptes de l'État dans lesquels sont reportés les montants dévolus aux activités du CNP. Le Grand Conseil est informé des questions concernant la santé mentale au niveau cantonal ainsi que de la réalisation des objectifs déterminés dans le cadre des mandats de prestations. Cette information se matérialisera dans le rapport quadriennal sur la planification sanitaire présenté par le Conseil d'État.

Les députés reçoivent chaque année le rapport annuel du CNP.

7.1.2. Le Conseil d'État

Le Conseil d'État est politiquement responsable des actions décidées par le CNP et des conséquences de ces actions sur la population et sur les régions.

Il nomme les membres du Conseil d'administration et fixe le montant de leur rémunération. Il définit les champs d'activités couverts par le CNP.

Il spécifie les mandats de prestations ainsi que le mode de financement. Après négociation avec le CNP, il fixe et assure le montant annuel de sa contribution.

Pour prendre ses décisions, le Conseil d'État s'appuie sur le projet clinique proposé par le Conseil d'administration du CNP, les recommandations du service cantonal de la santé publique et les préavis du Conseil de santé, respectivement de la Commission cantonale de psychiatrie.

Le Conseil d'État exerce la haute surveillance sur le CNP. Dans le cadre de son rapport de gestion annuel, le Département de la santé et des affaires sociales établit un bilan de l'activité du CNP et des résultats obtenus. Ce rapport, préparé par le service cantonal de la santé publique, devra présenter les résultats et les écarts par rapport aux objectifs fixés.

Avec la création du CNP, le service cantonal de la santé publique est déchargé d'une grande partie de ses tâches de consolidation du budget des institutions psychiatriques.

Le service cantonal de la santé publique a pour mission d'analyser le projet clinique et le budget, préparés par le CNP, de faire des propositions au Conseil d'État en matière de politique de santé mentale, et de préparer la négociation des mandats de prestations ainsi que du cadre budgétaire du CNP à l'intention du Conseil d'État.

7.1.3. Le Conseil de santé

Le Conseil de santé constitue l'organe consultatif du Conseil d'État en matière de politique et de planification du système de santé. Il préavise les projets de rapports, de lois et de règlements. Il propose au Conseil d'État des actions et des réalisations pour améliorer la prise en charge sanitaire de la population. Par ailleurs, il chapeaute les commissions permanentes, leur assigne des mandats et supervise leur travail.

Les domaines de compétence du Conseil de santé visent l'ensemble du système sanitaire cantonal, y compris les activités du CNP.

7.1.4. La Commission cantonale de psychiatrie

Depuis la loi sur l'Établissement hospitalier multisite (EHM), un Conseil des hôpitaux a été créé, indépendamment du Conseil de santé, pour traiter de toutes les questions ayant trait à la politique hospitalière. Un tel conseil n'est pas créé dans le cadre du CNP. En revanche, la Commission cantonale de psychiatrie continuera d'exercer ses fonctions de vigilance et de coordination entre les instances de psychiatrie et les autres secteurs en relation avec les problèmes liés aux maladies mentales.

A noter par ailleurs que la Commission cantonale de contrôle psychiatrique qui est instituée par la loi de santé n'est pas modifiée par le projet. Sa mission de veiller au respect du droit des patients hospitalisés en milieu psychiatrique garde toute sa légitimité.

7.2. Organisation du CNP

L'organisation du CNP est très proche de celle de l'Hôpital neuchâtelois dans sa phase ultime, c'est-à-dire une institution conduite par une direction générale et composée d'entités médico-économiques désignées sous le terme d'Unités de gestion (voir chapitre 7.2.3).

La mise en œuvre de ces unités de gestion sera moins longue et moins complexe dans le CNP que dans l'hôpital cantonal de soins physiques du fait de l'existence préalable d'une réflexion sur un projet clinique et en raison du nombre moins élevé de médecins chefs en psychiatrie qui seront appelés à collaborer.

Les chapitres ci-après, qui décrivent l'organisation du CNP, sont tirés du rapport sur l'EHM et ont été adaptés à la réalité de la psychiatrie. Les organes cités dans la loi doivent être constitués (Conseil d'administration et Direction générale). Les autres

éléments et fonctions de l'organigramme sont décrits de manière exemplative et pourront être adaptés par le CNP en fonction des besoins et des réalités.

7.2.1. Le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration applique les orientations politiques définies par le Conseil d'État. Il mandate la direction de l'établissement pour mettre ces stratégies en application et les rendre opérationnelles.

Afin d'assurer des processus de gestion et de décision efficaces, le Conseil d'administration du CNP est composé de 5 à 7 membres nommés par le Conseil d'État. C'est aussi lui qui nomme le ou la président-e ainsi que le ou la vice-président-e. Lors du choix des membres du Conseil d'administration, il s'agit de privilégier les compétences des personnalités avant toutes autres considérations, notamment politiques. Le Conseil d'État doit donc veiller à nommer des personnes ayant un savoir et un parcours professionnel utiles au domaine psychiatrique, à savoir des compétences dans les domaines médical, social, managérial, etc. Les membres du Conseil d'administration doivent fonctionner de manière à pouvoir remplir les objectifs fixés par le Conseil d'État en subissant le minimum d'influences extérieures.

Un âge limite de 70 ans est fixé pour les membres du Conseil d'administration, par analogie à la loi sur l'EHM acceptée en juin 2005 par la population neuchâteloise.

Le Conseil d'administration répond du bon fonctionnement de l'établissement. Il décide de la stratégie et de la politique du CNP dans le cadre fixé par le Conseil d'État, il négocie avec l'État les mandats de prestations, contracte les emprunts, assure la santé financière de l'établissement et publie le rapport annuel de gestion. Il définit la politique du personnel selon les normes en vigueur.

7.2.2. La Direction générale

La Direction générale est en principe constituée d'un-e directeur-directrice général-e, d'un-e directeur-directrice médical-e, d'un-e directeur-directrice des soins infirmiers, d'un-e directeur-directrice des finances et d'un-e directeur-directrice des ressources humaines.

Les membres de la Direction générale sont nommés par le Conseil d'administration qui a la compétence d'en déterminer la composition. Pour rendre ses décisions, la Direction générale s'appuie sur des organes consultatifs, existants ou à créer, formés de personnes compétentes qui s'articulent autour des directions des unités de gestion, dans une phase transitoire en collaboration avec les responsables de sites.

Le-la directeur-trice général-e a autorité sur les autres membres de la Direction générale.

La Direction générale se charge de la gestion du CNP, de l'implémentation des stratégies décidées par le Conseil d'administration ainsi que de la cohérence des structures et des synergies au sein de l'entité. La Direction générale est responsable vis-à-vis du Conseil d'administration.

La Direction générale est composée d'unités fonctionnelles décrites ci-après en termes généraux. Le Conseil d'administration conserve toute latitude pour en expliciter et modifier les différentes attributions et responsabilités ainsi que pour subordonner un service à l'une ou l'autre unité fonctionnelle. Les activités des unités fonctionnelles doivent être conduites dans le respect des principes d'économicité, d'efficacité et d'adéquation ainsi que du budget octroyé.

Lors de la concrétisation de l'organisation du CNP, le Conseil d'administration doit s'assurer que les autres professionnels de la santé (psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, assistants sociaux, etc.) sont bien intégrés dans la structure, avec un rattachement hiérarchiquement clair en principe à l'une ou à l'autre des deux directions, médicale ou des soins infirmiers.

Direction médicale

La Direction médicale s'occupe notamment de remplir les missions suivantes:

- définir, en collaboration avec les médecins chefs, l'activité médicale dans le respect de la répartition des missions en tenant compte de l'organisation des soins intégrés, des connaissances psychiatriques actuelles ainsi que des recommandations de la littérature psychiatrique et psychologique;
- définir et coordonner, conjointement à la Direction des soins infirmiers, les soins aux patients;
- détenir l'autorité psychiatrique et psychothérapeutique et en assurer la responsabilité;
- garantir la qualité et le bon déroulement de la formation pré- et post-graduée et de la formation continue aux différentes fonctions psychiatriques et psychothérapeutiques, en collaboration avec les instances compétentes;
- promouvoir et veiller au respect des directives d'éthique médicale et de déontologie en vigueur;
- définir une stratégie d'information dispensée aux patients;
- garantir la qualité et le suivi des thérapies et des soins aux patients, en particulier par le développement des démarches qualité et sécurité ainsi que par une collaboration avec les praticiens externes (médecins des centres universitaires et praticiens installés dans le canton);
- respecter et faire respecter les dispositions légales en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes.

Pour rendre ses décisions, la direction médicale prend conseil auprès des chefs des Unités de gestion et travaille en étroite collaboration avec la Direction des soins infirmiers. De plus, étant donné le rôle essentiel joué par les psychologues-psychothérapeutes notamment dans le secteur ambulatoire, la Direction médicale s'adjoint les compétences et le soutien d'un représentant de ces derniers, de manière à garantir la qualité et le bon déroulement de la formation pré- et post-graduée et de la formation continue. Le représentant des psychologues-psychothérapeutes doit également veiller à la qualité d'exécution des prestations spécifiquement psychologiques en organisant une supervision, ainsi qu'aux aspects déontologiques.

Direction des soins infirmiers

La Direction des soins infirmiers est notamment chargée de remplir les missions suivantes:

- définir, conjointement à la Direction médicale, la politique des soins au sein du CNP;

- définir les standards de bonne pratique selon les normes en vigueur et les connaissances du moment, les appliquer et les évaluer;
- assurer la coordination inter-institutionnelle et inter-disciplinaire, garantir et respecter les dotations définies;
- favoriser le développement de la coordination de la prise en charge des patients au sein du réseau socio-sanitaire cantonal (services d'aide et de soins à domicile, homes);
- respecter et faire respecter les dispositions légales en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes.

Direction financière

La Direction financière définit et recherche, dans le respect des limites financières que le CNP a négociées avec l'État pour le financement de l'institution, les moyens et les ressources nécessaires pour remplir les objectifs de l'entreprise et rechercher en même temps le meilleur rapport en termes de coûts et bénéfices. Elle doit notamment:

- veiller à la bonne marche financière de l'institution et rendre attentifs la Direction générale et les chefs des unités de gestion en cas de problème;
- assurer la bonne tenue de la comptabilité, des comptes annuels et des documents usuels, conformément aux dispositions légales en vigueur reconnues par la profession;
- préparer et présenter à la Direction générale les budgets et les résultats annuels;
- respecter et faire respecter la législation en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes.

Direction des ressources humaines

De manière générale, la Direction des ressources humaines doit contribuer à la réalisation de la mission du CNP à travers une gestion qui assure la compétence et la motivation du personnel. Elle doit notamment:

- définir la politique des ressources humaines et veiller à son application;
- offrir des prestations de service performantes dans les domaines clés des ressources humaines (recrutement et intégration des nouveaux collaborateurs, suivi et appréciation du personnel, formation);
- veiller à la bonne évolution des conditions de travail au sein du CNP;
- diriger et coordonner le service du personnel et le service de formation;
- gérer la communication interne;
- respecter et faire respecter les dispositions légales en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes relatives à la gestion du personnel.

Exploitation – logistique

L'exploitation-logistique doit assurer aux utilisateurs, collaborateurs et patients, les infrastructures et l'environnement qui participent favorablement à l'efficacité des fonctions hospitalières et à la qualité des soins. Elle doit notamment:

- définir et mettre en œuvre les stratégies en matière: d'infrastructure et d'équipements, de prestations hôtelières, d'approvisionnement;
- diriger, coordonner, contrôler et évaluer les prestations nécessaires au fonctionnement de l'établissement dans le domaine de l'intendance et de la logistique;
- respecter et faire respecter les dispositions légales ainsi que les décisions, directives et procédures internes.

Il n'est pas prévu de créer un poste de directeur-trice de l'exploitation-logistique. La personne responsable de l'exploitation-logistique peut toutefois être appelée à participer aux séances directionnelles lorsque les sujets traités touchent ce domaine.

7.2.3. Unités de gestion

Les Unités de gestion sont des entités médico-économiques, c'est-à-dire des secteurs d'activités ayant une cohérence au plan clinique et une responsabilité économique.

Dans le cas du CNP, le Conseil d'administration pourrait par exemple créer une unité psychogériatrique, une unité enfants-adolescents, une unité pour adultes, etc. Les Unités de gestion ne doivent toutefois pas être trop nombreuses de manière à ne pas multiplier les postes à responsabilité au-delà du nécessaire. A l'inverse, une unité trop grande pourrait être divisée en deux pour que le système soit plus aisément piloté. C'est probablement le cas de l'unité pour adultes.

Une Unité de gestion est dirigée par un-e médecin chef-fe ou un-e psychologue chef-fe. Étant donné les responsabilités liées à la fonction, le-la responsable devrait s'adjoindre des personnes ayant des compétences dans les matières spécifiques hors de son champ de connaissances, notamment dans le domaine économique et la gestion (ainsi que des connaissances médicales pour un-une psychologue chef-fe). Les limites des domaines de compétences entre les administrations des sites et les directions des Unités de gestion doivent être finement définies afin d'éviter des doublons et des dysfonctionnements.

S'agissant des responsabilités relatives à l'Unité de gestion, le-la chef-fe a la mission de concevoir, planifier et contrôler les prestations thérapeutiques et administratives des collaborateurs et collaboratrices de l'unité et est responsable de mettre en place et de maintenir un réseau de collaborations avec toutes les instances pour la réalisation du travail de consultation et thérapeutique.

Les fonctions du chef d'une Unité de gestion sont donc:

- répondre de la bonne marche de l'unité dans le respect du budget;
- diriger une équipe de cadres et de collaborateurs-trices spécialisés;
- collaborer étroitement avec la direction générale et ses différent-e-s collaborateurs-trices;
- concevoir, contrôler, promouvoir les prestations thérapeutiques;

- en accord avec la Direction générale, engager le personnel multidisciplinaire;
- définir et suivre les plans de formation du personnel médical et du personnel psychologique (formation continue et formation post-graduée), en appliquant la politique définie par la Direction médicale;
- développer et maintenir un réseau de qualité avec les partenaires extérieurs et avec les autres unités;
- assurer les démarches administratives et financières relatives à l'unité et promouvoir une recherche appliquée.

Les responsables des Unités de gestion ont la compétence d'engager des dépenses dans les limites définies par la Direction générale et doivent en référer à la Direction financière pour toutes dépenses dépassant ces limites.

Secteurs LESPA

Les hôpitaux psychiatriques actuels comprennent des divisions non hospitalières que nous désignons sous l'appellation "secteur LESPA". Il s'agit de homes psychiatriques gériatriques, d'ateliers protégés et d'unités de réadaptation. Ces unités bénéficient d'un financement public particulier qui provient de la LESPA s'agissant de la part cantonale et de l'AI s'agissant des subventions de la Confédération.

Il s'agit notamment de placer ces secteurs LESPA au niveau de l'organisation du CNP. Deux options sont possibles. La première consiste à créer une unité LESPA indépendante et d'en faire une Unité de gestion. La seconde est de créer un ou plusieurs secteurs LESPA au sein des Unités de gestion. Dans ce cas, chaque secteur LESPA devra être placé sous une responsabilité non médicale indépendante qui devra répondre de son activité et de sa gestion devant le-la responsable de l'Unité de gestion.

Les avantages et les inconvénients de l'une ou l'autre solution doivent être analysés et soupesés par la Direction générale, respectivement par le Conseil d'administration.

7.2.4. Fonctions de soutien et commissions permanentes

Dans l'exercice de leur activité, la Direction générale et les unités fonctionnelles s'appuient sur plusieurs fonctions de soutien et des commissions permanentes. L'objectif est de regrouper les personnes et les compétences dans des domaines d'expertises spécifiques essentiels à l'activité du CNP.

Bien que la désignation des fonctions de soutien ainsi que leur composition soient de la compétence de la Direction générale, nous pouvons d'ores et déjà esquisser les ressources partagées suivantes qu'il s'agit de réunir dans des fonctions de soutien: le programme qualité, les affaires juridiques, l'éthique, le contrôle interne de gestion, la prévention et le contrôle de l'infection ainsi que l'hygiène hospitalière, les médicaments, la sécurité et la santé au travail ainsi que la médecine du travail.

7.2.5. Les sites

Les sites sont appelés à perdre de leur importance au profit de la Direction générale et des Unités de gestion. Des économies d'échelle peuvent être réalisées grâce à la mise en commun des forces et en supprimant les activités réalisées actuellement à double en raison de la séparation des structures.

Toutefois, les sites hospitaliers, et dans une moindre mesure les centres ambulatoires en ville, sont le siège d'une activité importante nécessitant chacun un grand nombre d'employés. Il est dès lors nécessaire de conserver dans les sites des répondants qui puissent faire le lien entre la Direction générale, les responsables des Unités de gestion et le personnel. De plus, ces répondants sont en charge du fonctionnement et de l'entretien des locaux en lien direct avec la Direction générale.

Afin de clarifier les responsabilités entre les divers niveaux, les compétences des répondants locaux et des responsables des Unités de gestion sont définies par la Direction générale, respectivement par le Conseil d'administration.

7.3. La politique du personnel

L'ensemble du personnel est sous contrat avec l'établissement. Les cadres supérieurs sont engagés par la Direction générale, alors que les collaboratrices et les collaborateurs sont engagés par les responsables des Unités de gestion en fonction de l'organisation de l'institution (voir projet d'organigramme en annexe B). Pour la grande majorité du personnel, l'activité professionnelle ne va pas changer sous la nouvelle organisation, toutefois l'uniformisation des conditions contractuelles permettra de simplifier notamment les processus de mobilité interne et de formation continue.

Les contrats de travail du personnel des institutions sont repris par le CNP conformément à l'article 333 du code des obligations (CO), applicable directement ou par analogie s'agissant des employé-e-s des établissements de droit publics non dotés de la personnalité juridique, soit l'Hôpital cantonal de Perreux et le SMP. Concrètement, cela signifie que:

- il y a transfert automatique (sans résiliation) au nouvel employeur, en l'occurrence le CNP, des rapports de travail de tout le personnel de l'institution reprise;
- ni l'ancien employeur, ni le nouveau ne peuvent profiter du transfert pour résilier les rapports de travail;
- les rapports de travail sont repris par le CNP dans leur état au jour du transfert; en d'autres termes, ce sont les mêmes contrats de travail, avec les mêmes droits et obligations, qui se poursuivent avec le CNP. La reprise automatique des rapports de travail ne signifie pas pour autant que les conditions qui les caractérisaient jusqu'au transfert soient immuables. Une modification ou une résiliation ultérieure de ces rapports est possible, moyennant l'application des délais de congé légaux ou contractuels;
- l'ancien employeur est tenu d'informer de manière précise la représentation des travailleurs, ou, à défaut, les travailleurs eux-mêmes, sur les motifs du transfert ainsi que sur toutes les conséquences juridiques, économiques et sociales que ce transfert peut ou risque d'entraîner pour les travailleurs.

En ces temps de restrictions financières, il n'est pas inutile de rappeler qu'en cas de restructuration, le personnel concerné serait couvert par le règlement en cas de licenciements collectifs de la CCT santé 21.

CCT santé 21

Le statut du personnel du CNP est régi par la CCT Santé 21 de droit public excepté les médecins-cadres qui sont soumis à des conditions spécifiques et les médecins-assistants et chefs de cliniques auxquels une CCT particulière⁴ leur est applicable.

Il est à relever que les conditions de CCT santé 21 s'appliquent à l'ensemble du personnel concerné. Le CNP doit donc régler au coup par coup certaines conditions particulières comme par exemple les exigences de formation post-graduée des psychologues-psychothérapeutes qui nécessitent davantage de jours de formation que prévu conventionnellement.

Le personnel de l'Hôpital cantonal de Perreux, de la Maison de santé de Préfargier, du CPSN et de la Clinique La Rochelle bénéficie déjà de la CCT santé 21. Les conditions de travail ne changent donc pas si ce n'est le statut qui passera du droit privé au droit public pour celles et ceux qui sont actuellement employé-es par les fondations privées.

Les employé-e-s du SMP par contre ne sont actuellement pas soumis-es aux conditions de travail en vigueur dans le domaine de la santé. L'abandon du statut du personnel de l'État signifiera certains changements, notamment le classement dans l'échelle de fonction de la CCT santé 21. Toutefois, la spécificité principale du SMP pourra être maintenue s'agissant de l'annualisation de l'horaire de travail. En effet la relation étroite de l'institution avec le système scolaire exige une adaptation particulière au niveau des vacances, adaptation qui a été acceptée de manière dérogatoire par la CCT santé 21 pour le Groupement d'information sexuelle (GIS) qui travaille également dans les écoles.

Caisse de pensions

L'ensemble du personnel du CNP, à l'exception des médecins-assistants, sera affilié à la Caisse de pension publique unique en création où, à défaut, à la Caisse de pension de l'État de Neuchâtel (CPEN). Les modalités de transferts seront définies par le Conseil d'État.

La situation ne changera donc pas pour le personnel de l'Hôpital cantonal de Perreux, du SMP et du CPSN déjà affilié à la CPEN.

Le personnel de la Maison de santé de Préfargier est, quant à lui, affilié à une caisse particulière qui offre des conditions, en primauté de prestations, très proches de celles de la CPEN. Le transfert devrait se faire sans heurts, toutefois, une solution devra être trouvée pour le devenir de la Fondation de prévoyance du personnel de la Maison de santé de Préfargier qui perdra alors tous ses cotisants.

Enfin, la Clinique La Rochelle est actuellement affiliée à la CCAP dans un système de primauté de cotisations. Le personnel sera transféré à la future caisse unique, respectivement à la CPEN, selon les mêmes principes que ceux utilisés dans le cas du transfert des hôpitaux du Val-de-Travers et de Landeyeux à l'Hôpital neuchâtelois.

⁴ L'adhésion à la Convention collective de travail pour les médecins-cadres de l'Hôpital neuchâtelois devra être évaluée alors que la Convention collective de travail pour les médecins-assistant-e-s, chef-fe-s de clinique adjoint-e-s et chef-fe-s de clinique s'appliquera dans le CNP.

8. COÛTS ET FINANCEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

8.1. Les coûts de l'établissement et projections financières

Le secteur psychiatrique public a coûté en 2006 plus de 84 millions de francs et occupe plus de 680 personnes. Son financement est assumé par le canton à hauteur de 34 millions de francs, par les assurances LAMal pour 24 millions de francs. Les autres financeurs, que sont notamment les patients eux-mêmes, les organismes fédéraux, les autres cantons, ont contribué pour 26 millions de francs.

Il est très difficile d'établir des projections financières s'agissant des coûts de fonctionnement de l'établissement. En effet, il faudrait pour cela conduire une analyse très fine de l'activité des institutions et surtout de l'organisation et du fonctionnement du CNP. Chaque secteur doit être étudié très précisément, l'organisation administrative doit être analysée et optimisée. Ce travail est nécessaire mais il demandera du temps et ne pourra être conduit que par le CNP lui-même, une fois constitué.

Néanmoins, si des projections exactes ne peuvent être réalisées, nous nous sommes attachés à apprécier l'organisation future selon trois axes. D'une part, nous avons apprécié de manière globale les coûts de fonctionnement de la nouvelle structure, notamment sur le plan administratif. D'autre part, nous avons tenté de chiffrer les avantages financiers du virage ambulatoire de l'activité psychiatrique et enfin, nous avons inscrit l'action du CNP dans le cadre du plan financier du programme de législature du Conseil d'État.

Coûts de fonctionnement de la nouvelle structure

La mise en commun des structures administratives des différentes institutions donne l'opportunité de réaliser des économies d'échelle. Ces dernières doivent se traduire dans le fonctionnement du CNP par une réduction globale du personnel administratif. Ces mesures doivent ainsi permettre de dégager davantage de ressources pour le personnel soignant ou de réaliser des économies.

Il n'est pas contestable que des fonctions nouvelles apparaissent dans l'organigramme du CNP. Ces postes, notamment au niveau directionnel, sont mis au concours, mais ils sont, dans la mesure du possible, pourvus par du personnel interne. Si toutefois des collaborateurs ou collaboratrices externes devaient être engagé-e-s, le Conseil d'administration devrait compenser ces engagements par une diminution au moins équivalente de la dotation en personnel administratif.

Transfert de l'activité du secteur stationnaire vers l'ambulatoire

Nous avons tenté de calculer l'effet du transfert de l'activité stationnaire vers l'ambulatoire, sachant que cette dernière est moins onéreuse. Cet exercice est périlleux dans la mesure où les données ont une valeur estimative et qu'une approche analytique n'était pas possible, notamment dans un processus dynamique.

Nous avons donc modélisé ce transfert "toutes choses étant égales par ailleurs" en partant des données de l'année 2003 et en mettant en cohérence les éléments financiers avec les chiffres issus du projet clinique.

Les résultats sont les suivants:

Activité (2003)	Hôpitaux	Ambulatoire et hôpital de jour	Home	Totaux
Coûts (francs)	48.300.000.-	10.400.000.-	21.600.000.-	80.300.000.-
Activité (journées ou consultations)	94.000	75.000	53.300	-

A partir de ces informations, nous avons tout d'abord calculé les coûts unitaires d'une journée d'hospitalisation, d'une consultation ambulatoire et d'une journée de home psycho-gériatrique, ceci pour chacune des institutions concernées par le projet du CNP. Puis, dans un second temps, nous avons recalculé le coût total en appliquant ces coûts unitaires aux données d'activité issues du projet clinique dans lequel une répartition de l'activité est proposée en développant l'ambulatoire.

Les résultats sont les suivants:

Hypothèse d'un transfert vers l'ambulatoire(2003)	Hôpitaux	Ambulatoire et hôpital de jour	Home	Totaux
Coûts (francs)	33.340.000.-	16.920.000.-	21.470.000.-	71.730.000.-
Activité (journées ou consultations)	65.000	122.000	53.000	-

Variations en francs:

Coûts totaux	-14.960.000.-	+6.520.000.-	-130.000.-	-8.570.000.-
Part cantonale	-8.180.000.-	+2.440.000.-	+235.000.-	-5.505.000.-
Part LAMal	-5.990.000.-	+1.840.000.-	+15.000.-	-4.135.000.-
Autres financeurs	-790.000.-	+2.240.000.-	-380.000.-	+1.070.000.-

Ces projections sont approximatives, notamment pour les raisons suivantes. D'une part, les données utilisées pour l'étude du projet clinique datent de l'année 2003 et ont évolué depuis lors (notamment par la fermeture de plus de 20 lits); leur actualisation aurait par contre demandé un investissement disproportionné en regard de la précision escomptée du résultat. D'autre part, la diminution des lits d'hospitalisation ne permet pas une réduction linéaire des coûts (notamment des coûts fixes). Enfin, le CNP devra développer et mettre en œuvre un projet clinique et une organisation qui n'est aujourd'hui pas connue.

Néanmoins, prise avec les réserves nécessaires, cette analyse donne une indication de l'ampleur du changement proposé. Une réduction de 8.5 millions de francs correspond à plus de 10% des coûts de fonctionnement de l'ensemble des institutions concernées. Si les chiffres se confirment, cette réduction ne se traduit pas par un transfert des coûts de l'État vers l'assurance-maladie, mais par une moindre augmentation de la part des autres financeurs composés des patients eux-mêmes et surtout des organismes fédéraux (OFAS, AI).

Plan financier du Conseil d'État

Nous l'avons vu, la création du CNP et le virage ambulatoire au sein des filières de soins permet une meilleure allocation des ressources et génère des économies d'échelle par la mise en commun des structures, administratives notamment. Par ailleurs, la fermeture de lits, qui engendre un flux de personnel infirmier vers l'ambulatoire, est en partie compensée par le développement du nombre de consultations nécessitant une augmentation du nombre de médecins et/ou de psychologues psychothérapeutes.

Cela étant et malgré l'évolution de la demande, le CNP doit s'inscrire dans le cadre du plan financier du programme de législature du Conseil d'État qui prévoit l'évolution suivante des contributions publiques:

Subvention cantonale <i>en millions de francs</i>	Comptes 2005	Budget 2006	Budget 2007	Budget 2008
	36,7	33,6	32,5	32,4

8.2. Création du CNP

Le CNP reprend l'actif et le passif des fondations s'agissant de leur activité liée à la psychiatrie. La question du transfert du patrimoine administratif de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux doit être discutée entre le Conseil d'administration du CNP et le Conseil d'État.

D'autre part, la création du CNP n'a pas d'incidence sur le mécanisme du frein aux dépenses voté par le peuple en juin 2005 et ne requiert donc pas une décision à la majorité qualifiée des membres du Grand Conseil. En effet, le projet de CNP n'entraîne pas d'augmentation de subvention d'une part et ne nécessite pas d'investissements de la part de l'État, ni en terme d'infrastructures, ni de capital de dotation d'autre part.

8.3. Contrat de prestations et processus budgétaire

La direction du CNP établit tous les 4 ans, en étroite collaboration avec le-la directeur-trice médical-e et les responsables des Unités de gestion, un projet clinique.

Ce projet comprend:

- un bilan du projet clinique précédent;
- un projet de soins comprenant:
 - une prévision du développement des activités existantes;
 - une prévision des nouvelles activités à intégrer dans l'offre des soins;
- les investissements nécessaires pour le développement du projet clinique;
- une prévision budgétaire pour les 4 ans à venir basée sur les développements prévus.

Ce projet clinique est discuté avec le Conseil d'État. Une fois adopté, il sert de cadre de référence pour le déroulement et le développement de l'activité du CNP durant la période prévue.

Ce cadre étant défini dans un contrat de prestations pluriannuel, le CNP négocie chaque année avec le Conseil d'État un mandat de prestations annuel dans lequel sont indiqués les objectifs et les moyens octroyés à l'établissement. Le projet clinique, les contrats de prestations pluriannuels et annuels ainsi que les rapports d'activité du CNP sont communiqués aux députés.

A noter au niveau du financement du CNP, que l'établissement est exempté de tout impôt et taxes cantonaux et communaux. Cette exemption ne touche toutefois pas les taxes causales (taxe déchets, eau, etc.).

9. CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

9.1. Facteurs clés de succès

La réussite de l'ensemble du projet requiert un certain nombre de conditions tant sur le plan de l'organisation et des processus, des ressources humaines, de l'image institutionnelle et des technologies des systèmes d'information.

Ces éléments de réflexion sont issus des ateliers avec le personnel médical et soignant qui se sont tenus à l'Hôpital cantonal de Perreux et à la Maison de santé de Préfargier pendant la préparation du projet clinique.

Organisation et processus

- Les institutions psychiatriques doivent rapidement se doter de protocoles de soins standardisés et adopter des méthodes de travail similaires sur l'ensemble du réseau de la psychiatrie, ceci bien entendu en maintenant les spécificités des prises en charge dans chaque unité.
- La documentation remise aux patients, aux familles, aux médecins de ville doit être uniformisée afin de montrer à l'ensemble des clients du réseau l'image d'une institution unique.
- Une coordination du bon fonctionnement des Unités de gestion doit être mise en place par le-la Directeur-trice médical-e.
- Une harmonisation des dossiers patients est nécessaire. Elle doit permettre de faciliter la transmission de l'information et facilitera aussi la rotation du personnel dans les différentes structures de soins. L'uniformisation du dossier est un premier pas vers le dossier informatisé qui peut se faire dans un deuxième temps.
- L'articulation des structures partenaires, qui demeurent nombreuses dans le canton, peut s'avérer un point faible du dispositif. Il est donc essentiel de mettre en place une coordination solide avec les structures partenaires, privées et publiques.

Technologies, investissements, locaux

- Le CNP doit se doter rapidement d'un système d'information unique pour toute la gestion administrative et le contrôle de gestion.
- Dans les 4 à 5 ans, la mise en place d'un système d'information clinique et d'un dossier patients informatisé est nécessaire.
- La gestion des locaux des différentes Unités de gestion doit faire l'objet d'une coordination. L'attribution des locaux doit dépendre des volumes d'activité et des spécificités de prise en charge des patients. La mise en place du réseau doit être l'occasion de revoir les attributions de locaux.

Image institutionnelle

- Une image institutionnelle doit être donnée à la nouvelle organisation: protocoles, documentation, matériel, papier entête, signalisation dans les sites, etc. C'est une condition importante de succès pour faciliter l'intégration d'institutions qui ont une

longue histoire. Cela permet aussi à la population, aux patients et au personnel de mieux intégrer le changement.

Ressources Humaines

L'harmonisation des processus de gestion des ressources humaines est aussi un facteur clé de succès du fonctionnement de la nouvelle organisation:

- les méthodes de sélection du personnel, grilles d'évaluation,
 - ainsi que la gestion des gardes et des piquets,
- doivent être harmonisées.

Qualité

- Une démarche qualité sur l'ensemble de l'établissement peut favoriser une meilleure intégration.
- L'ensemble de la gestion de la qualité et des risques doit être centralisé.

9.2. Devenir des sites dans le CNP

Les institutions concernées par le projet CNP déploient actuellement leurs activités ambulatoires et stationnaires sur plusieurs sites. Les lits hospitaliers et les lits d'hébergement sont localisés à Perreux, à Marin (Préfergier), à Vaumarcus (La Rochelle) et au Locle. L'activité ambulatoire quant à elle est réalisée dans des locaux situés en villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds, ainsi que sur les sites hospitaliers. Des antennes sont également en activité dans le Val-de-Travers s'agissant du CPSN ainsi que dans le Val-de-Travers et au Locle pour le SMP.

Cette situation peut changer rapidement. Étant donné les difficultés financières que traversent les pouvoirs publics, les montants octroyés par l'État dans le domaine sanitaire sont appelés à diminuer ces prochaines années. Afin de répondre aux objectifs financiers sans baisser la qualité des prestations, toutes les pistes doivent être étudiées. Dans son programme de législation, le Conseil d'État a d'ailleurs clairement indiqué que le nombre de sites de la psychiatrie cantonale devait être réexaminé.

Cela signifie que le CNP devra rapidement se pencher sur son organisation propre et sur la répartition géographique de ses activités. Il s'agit d'étudier les possibilités de restructuration, notamment dans l'optique de transférer des activités et des ressources du stationnaire vers l'ambulatoire. Dans ce cadre, il pourrait s'avérer plus économique de désaffecter des locaux et de concentrer les activités sur certains sites.

Une décision telle que la fermeture d'un site est importante et peut entraîner des conséquences sérieuses en matière de politique sanitaire et d'emploi, qui dépassent largement les compétences du Conseil d'administration du CNP. C'est donc au Conseil d'État que doit revenir la décision finale.

La procédure suivante est prévue: le CNP établit un plan stratégique annuel et pluri-annuel dans lesquels sont décrits les principes de développement et de fonctionnement de la psychiatrie cantonale. L'organisation clinique y est décrite, s'agissant notamment de la répartition des activités sur les sites. Si la fermeture d'un site ou de secteurs d'un site est évoquée, le CNP doit conduire une analyse approfondie et objective sur les

économies à attendre et les conséquences d'une telle solution. Ce plan est ensuite soumis au Conseil d'État qui le valide au travers du contrat de prestations.

9.2.1. Conséquences d'une fermeture de site pour les institutions

Bien que soumise à l'aval du Conseil d'État, la fermeture d'un ou de plusieurs sites n'est donc pas exclue. Les implications d'une telle décision pour la ou les institutions concernées méritent donc d'être évoquées.

En cas de désaffectation d'un site ou d'un bâtiment, le CNP, respectivement le Conseil d'État, s'attache à l'affecter à une autre mission; ceci prioritairement dans le domaine psychiatrique, puis dans le domaine sanitaire et enfin dans un autre domaine d'intérêt public.

Il est toutefois possible qu'aucune mission d'intérêt public ne puisse être réalisée sur le site et le patrimoine immobilier peut alors être valorisé à travers d'autres activités ou vendu à des tiers.

Dans tous les cas, il est légitime de penser que les propriétaires actuels des sites conservent une certaine influence, non pas sur la décision proprement dite, mais sur le devenir du patrimoine qu'ils ont cédé au CNP. En effet, si un objet immobilier devait ne plus être le siège d'une activité psychiatrique du CNP, l'actuel propriétaire devrait pouvoir le reprendre à des conditions similaires à celles qui ont prévalu lors du transfert initial. Ce principe peut être formalisé dans les conventions de transfert au travers par exemple d'un droit de superficie.

9.2.2. Conséquences d'une fermeture de site pour le personnel

Lors d'une restructuration d'une entreprise, le personnel est généralement très exposé et dans le domaine sanitaire, il est particulièrement touché, compte tenu du fait que les frais de personnel représentent près des deux tiers des charges salariales.

Dans le passé, les personnes touchées par les fermetures de services dans les hôpitaux du Locle, de La Béroche et de Landeyeux ont été accompagnées. La plupart ont été replacées dans le réseau ou ont été formées à d'autres tâches. Celles pour qui aucune solution n'a pu être trouvée ont été indemnisées. Le règlement en cas de licenciements collectifs est aujourd'hui partie intégrante de la CCT santé 21 et a remplacé la Convention emploi santé. S'agissant d'une éventuelle fermeture d'un site ou d'un secteur dans le domaine psychiatrique, deux options sont envisageables. La première consiste à déplacer une mission dans un autre lieu et la seconde fait suite à une suppression pure et simple d'une mission.

Dans le premier cas, les intérêts du personnel concerné doivent être protégés en priorité. En cas de déplacement d'une mission dans un autre site, les collaboratrices et les collaborateurs concernés sont alors transférés. Si une réduction d'effectif peut être réalisée par économie d'échelle, celle-ci doit alors se faire sur l'ensemble du CNP et non uniquement sur le personnel du site concerné.

Dans le cas d'un abandon de mission, les collaborateurs et collaboratrices concerné-e-s sont prioritairement placé-e-s dans le CNP. Une fois ces possibilités épuisées, le règlement en cas de licenciements collectifs doit être appliqué et le personnel placé dans la mesure du possible dans d'autres institutions signataires de la CCT.

10. MISE EN ŒUVRE ET CALENDRIER

Les expériences réalisées lors de la création de l'Hôpital neuchâtelois nous permettent aujourd'hui de mieux appréhender le processus de mise en œuvre du CNP.

La problématique paraît de prime abord moins complexe. En effet, plusieurs difficultés rencontrées par l'HNE ne se retrouvent pas dans le cas des institutions psychiatriques. Il s'agit notamment des problèmes posés par la structure juridique des hôpitaux communaux, de la séparation des activités hospitalières et non hospitalières de certaines fondations, de la reprise des suivis de chantier dans les projets de construction et de rénovation en cours et enfin de l'ampleur du dossier. Les canevas utilisés aux plans notarié et financier pourront être réutilisés.

Au niveau du calendrier, des discussions préliminaires peuvent déjà avoir lieu entre l'État et les propriétaires actuels. Néanmoins, les processus d'intégration ne pourront réellement démarrer qu'après l'entrée en vigueur de la loi.

Il s'agira alors pour le Conseil d'État de nommer rapidement les membres du Conseil d'administration qui seront ensuite chargés de négocier au nom du CNP. Ce travail devra être réalisé dans les six mois qui suivront l'entrée en vigueur de la loi, au terme desquels des conventions d'intégration devront être signées.

10.1. Calendrier

Le calendrier suivant peut donc être esquissé:

- mai-juin 2007: votation de la loi par le Grand Conseil
- été 2007: nomination des membres du Conseil d'administration
(après échéance du délai référendaire)
- 2^e semestre 2007: négociations d'intégration
 mise en place des organes de direction
- 1^e semestre 2008: intégration des institutions

Comme indiqué plus haut, le déroulement de ces étapes dépend directement du moment de la votation par le Grand Conseil, respectivement par le peuple en cas de référendum.

10.2. Devenir d'une institution hors CNP

La question du devenir d'une institution hors CNP n'est pas développée plus avant dans ce rapport car, à ce jour, toutes les institutions concernées ont opté pour une intégration à l'établissement.

Néanmoins, nous ne pouvons exclure qu'en finalité une fondation refuse le transfert de ses activités psychiatriques au CNP, notamment si les conditions sont considérées comme inacceptables ou si la loi n'était plus jugée pertinente après son passage au Grand Conseil.

Dans ce cas de figure, l'institution qui choisirait la voie indépendante perdrait dès le 1er janvier 2009 son droit à toute subvention publique et devrait alors négocier un accord de partenariat avec le CNP.

11. CONCLUSIONS

Le domaine de la santé est en mutation constante depuis de nombreuses années. Dans un secteur reconnu pour être complexe et exigeant, nos institutions doivent s'adapter à des changements nombreux et fréquents. De plus, les pouvoirs publics en général et notre canton plus particulièrement traversent des difficultés financières qui s'ajoutent à ces obstacles. Tous ces éléments nous contraignent à revoir le fonctionnement et les structures de nos institutions de santé.

Dans le secteur psychiatrique, le désenchevêtrement des tâches entre les communes et le canton est entièrement réalisé. Les communes sont depuis longtemps absentes de la gestion des institutions et le financement public est entièrement assuré par le canton depuis 2005. C'est donc avec une vision cantonale que le Conseil d'État a inscrit dans son programme de législature 2006-2009 sa volonté de créer un établissement cantonal de droit public regroupant les partenaires actifs dans le domaine des soins psychiatriques.

La question d'une intégration pure et simple des institutions psychiatriques dans l'Hôpital neuchâtelois a été étudiée précédemment lors des discussions relatives à la création de cet hôpital. La conclusion du groupe de travail réuni pour l'occasion a été de privilégier la création de deux entités distinctes. Les raisons invoquées ont été les suivantes: les métiers des soins psychiatriques et physiques sont différents d'une part, le CNP a pour vocation de privilégier les liens avec le secteur ambulatoire alors que la mission principale de l'HNE est essentiellement stationnaire d'autre part, et enfin, la gestion d'un tel établissement serait complexe. Cette conclusion n'a pas été contestée, mais la nécessité de tisser des liens étroits entre les deux établissements a été soulignée. Il est d'ailleurs prévu qu'une personne au moins siège dans les deux conseils d'administration.

La création d'un établissement psychiatrique cantonal regroupant les institutions privées et les services de l'État actifs dans le domaine présente de nombreux avantages. Citons notamment le fait que la gouvernance du système sera améliorée, que des économies d'échelle pourront être réalisées, et enfin qu'en regroupant sous un même toit tous les volets de la psychiatrie, l'établissement cantonal pourra revendiquer une meilleure reconnaissance pour la formation post-graduée des médecins, ce qui augmentera l'attractivité du canton pour ces professionnels.

La principale force de ce projet réside toutefois dans la mise en place d'une prise en charge centrée sur les besoins des patients et non plus articulée autour des institutions. Le CNP sera chargé de définir et de mettre en œuvre un projet clinique dont l'axe fort sera de mettre en réseau les secteurs hospitalier et ambulatoire. Chaque patient sera ainsi suivi par une seule autorité médicale indépendamment du type de prise en charge (stationnaire ou ambulatoire). Enfin, le redéploiement de la psychiatrie cantonale s'accompagnera d'une réduction de l'accueil institutionnel (fermeture de lits d'hospitalisation) au profit d'un développement du secteur ambulatoire.

Le succès du CNP dépendra des structures proposées mais surtout des personnes impliquées dans le projet. Au niveau de la gouvernance, le Conseil d'État devra choisir des personnes de valeur, capables de conduire l'institution et de nommer les personnes compétentes à la direction générale. L'implication des cadres (médecins et/ou psychologues) responsables des unités de gestion est également essentielle pour le bon fonctionnement de l'ensemble. Enfin, les conditions de travail doivent être rendues stimulantes de manière à permettre au personnel du CNP de s'identifier au projet. A ce titre, la CCT santé 21, qui est déjà en vigueur dans les institutions de santé, couvrira également le personnel du Service medicopsychologique pour enfants et adolescents. La question des caisses de pension est moins complexe que dans le cas de l'HNE. En effet, la plupart du personnel concerné est déjà affilié à la Caisse de pensions de l'État de

Neuchâtel (CPEN) et les autres le sont auprès de caisses privées qui assurent un taux de couverture intégral. L'affiliation de l'ensemble du personnel à la CPEN devra tout de même être réglé sous le contrôle du Conseil d'État.

Pour conclure, nous sommes convaincus que la création du CNP est la meilleure solution aux défis auxquels sont confrontées les institutions de santé. Un important travail préparatoire a été réalisé lors de la rédaction du projet clinique et du présent rapport. Néanmoins la construction effective du CNP ne fera que débuter lorsque la loi sera promulguée. Au niveau du processus d'intégration des institutions dans le CNP, la plupart des écueils sont connus et nous pouvons nous appuyer sur les expériences réalisées dans le cas de l'HNE.

Nous remercions les partenaires qui nous ont accompagnés dans la rédaction de ce rapport et nous espérons que les fondations concernées confirmeront leur préavis favorable et accompagneront leur institution dans le CNP.

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

Neuchâtel, le 19 février 2007

Au nom du Conseil d'Etat:

La présidente,
S. PERRINJAQUET

Le chancelier,
J.-M. REBER

Loi Sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie (LCNP)

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

vu les articles 5, alinéa 1, lettre e, 13 et 34, alinéa 1, lettre d, de la Constitution de la République et Canton de Neuchâtel (Cst. NE), du 24 septembre 2000;

vu la loi de santé (LS), du 6 février 1995;

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 19 février 2007,

décète:

CHAPITRE PREMIER

Dispositions générales

Raison sociale et statut

Article premier Sous la raison sociale "Centre neuchâtelois de psychiatrie" (ci-après: CNP), il est constitué un établissement de droit public cantonal, doté de la personnalité juridique.

Siège

Art. 2 Le CNP a son siège à Bevaix.

Buts

Art. 3 Le CNP a pour buts de:

- a) conduire, en collaboration avec les institutions partenaires, la politique sanitaire publique dans le domaine de la prise en charge des patients souffrant de problèmes de santé psychiques;
- b) mettre en œuvre la planification sanitaire définie par le Conseil d'État, notamment au moyen de lits aigus, de lits de moyens séjours, de structures résidentielles, de structures ambulatoires et d'ateliers;
- c) maintenir une offre diversifiée des approches thérapeutiques;
- d) favoriser une activité ambulatoire facilement accessible aux usagers, notamment en maintenant des unités dans les agglomérations urbaines et des antennes dans les régions;
- e) maîtriser l'évolution des coûts du système de santé par une affectation optimale des ressources à disposition;
- f) contribuer à la formation postgraduée des psychiatres-psychothérapeutes et des psychologues-psychothérapeutes.

Garantie de l'Etat	Art. 4 L'Etat peut garantir les engagements financiers du CNP.
Patrimoine	Art. 5 Le patrimoine du CNP est constitué des biens dont il est propriétaire et qu'il gère de manière autonome.
Exonération fiscale	Art. 6 Le CNP est exonéré de tout impôt et taxe cantonaux et communaux.
Droit des patients et des patientes	Art. 7 Dans le cadre de la planification sanitaire et des mandats de prestations à lui confier, le CNP garantit aux patient-e-s: <ul style="list-style-type: none"> a) une assistance psychiatrique, médicale et sanitaire d'égale qualité, quelle que soit la nature de leur couverture d'assurance; b) un traitement psychiatrique en adéquation avec les moyens disponibles et les connaissances scientifiques du moment; c) le respect absolu de leur dignité et de leur liberté; d) une large information leur permettant de se déterminer et de donner leur consentement éclairé.
Responsabilité	Art. 8 La responsabilité de tout le personnel du CNP, y compris celle des membres du Conseil d'administration, est régie par la loi sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents (loi sur la responsabilité), du 26 juin 1989.
Rapports de travail	Art. 9 Les rapports de travail de tout le personnel du CNP sont régis par une convention collective de travail de droit public (CCT santé 21), sous réserve des exceptions prévues par la convention collective de travail elle-même.
Formation du personnel	Art. 10 Le CNP favorise la formation du personnel, notamment par la création et la coordination de places d'apprentissage à l'intérieur de ses institutions.

CHAPITRE 2

Autorités supérieures

Autorités supérieures	Art. 11 Les autorités supérieures du CNP sont: <ul style="list-style-type: none"> a) le Grand Conseil; b) le Conseil d'Etat.
Grand Conseil	Art. 12 ¹ Le Grand Conseil adopte le budget et les comptes du CNP par le budget et les comptes de l'Etat.

²Il est informé des options stratégiques prises par le CNP ainsi que de la réalisation des objectifs par un rapport quadriennal établi par le Conseil d'Etat conformément à l'article 83, alinéa 3, LS.

³Il garantit si nécessaire les engagements du CNP.

Conseil d'Etat

Art. 13 ¹Le Conseil d'Etat:

- a) exerce la haute surveillance sur le CNP;
- b) nomme les membres du Conseil d'administration du CNP;
- c) définit les champs d'activités couverts par le CNP;
- d) détermine avec le CNP les mandats de prestations dans le cadre de la planification sanitaire;
- e) fixe avec le CNP le mode de financement de ses prestations;
- f) fixe avec le CNP son budget annuel global et, dans ce cadre, la participation de l'Etat, sous forme d'indemnités;
- g) autorise les investissements exceptionnels du CNP, en particulier ceux nécessaires à la rénovation complète d'un bâtiment ou à la construction de nouveaux bâtiments;
- h) approuve l'ouverture ou la fermeture d'un site;
- i) fixe la rémunération des membres du Conseil d'administration.

²Il désigne le département compétent pour l'exécution de ces tâches, lequel dispose du service de la santé publique comme organe opérationnel.

³Il dispose du Conseil de santé, respectivement de la commission de psychiatrie, prévus aux articles 13 et suivants LS comme organe consultatif en matière de psychiatrie.

CHAPITRE 3

Organisation

Organes

Art. 14 Les organes du CNP sont:

- a) le Conseil d'administration;
- b) la Direction générale.

Section 1: Le Conseil d'administration

Composition

Art. 15 ¹Le Conseil d'administration se compose d'au moins cinq membres, mais d'au plus sept, nommés par le Conseil d'Etat.

²Le Conseil d'Etat désigne parmi eux ou elles le ou la président-e et le ou la vice-président-e du Conseil d'administration.

³Le ou la président-e du Conseil d'administration assure le lien avec le Conseil d'Etat et le département compétent.

Récusation	Art. 16 Les membres du Conseil d'administration du CNP doivent se récuser d'office lors de discussion ou de vote dans les cas prévus à l'article 11 de la loi sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA), du 27 juin 1979.
Durée	Art. 17 ¹ Les membres du Conseil d'administration du CNP sont nommés pour quatre ans au début de chaque période de législature. ² Ils sont immédiatement rééligibles au maximum trois fois.
Limite d'âge	Art. 18 L'âge limite des membres du Conseil d'administration est fixée à 70 ans.
Rémunération Compétences 1. Généralités	Art. 19 ¹ Le Conseil d'administration est le pouvoir supérieur du CNP. ² Il en assume la surveillance et répond de sa bonne gestion. ³ Le Conseil d'administration a tous les pouvoirs que la loi ne réserve pas expressément à une autorité supérieure ou à un autre organe du CNP. ⁴ Il édicte les règlements relatifs à l'organisation et à la gestion du CNP.
2. Compétences stratégiques	Art. 20 Le Conseil d'administration, notamment: a) définit la stratégie et la politique du CNP dans le cadre fixé par le Conseil d'Etat; b) adopte la stratégie clinique du CNP; c) négocie avec le Conseil d'Etat les mandats de prestations; d) détermine la politique d'information au sein du CNP et à travers les médias; e) définit le nombre et la composition des unités de gestion du CNP; f) décide de l'ouverture ou de la fermeture d'un site, sous réserve de l'article 13, lettre h.
3. Compétences financières	Art. 21 Le Conseil d'administration, notamment: a) négocie avec le Conseil d'Etat le budget annuel du CNP; b) négocie les conventions tarifaires avec les assureurs; c) négocie les accords de partenariat ou de collaboration avec les institutions reconnues d'utilité publique intégrées dans la planification sanitaire;

- d) contracte les emprunts nécessaires;
- e) décide de l'acquisition ou de l'aliénation des biens mobiliers ou immobiliers;
- f) décide de l'acceptation de donations.

4. Compétences administratives

Art. 22 Le Conseil d'administration, notamment:

- a) règle le cahier des charges et les attributions de la Direction générale;
- b) définit la politique du personnel;
- c) détermine le mode de signature;
- d) établit le rapport de gestion annuel à l'attention du Conseil d'Etat;
- e) fixe les délégations de compétence entre les administrateurs;
- f) arrête la politique de formation du personnel.

5. Compétences de nomination et de révocation

Art. 23 Le Conseil d'administration nomme et révoque:

- a) les membres de la Direction générale;
- b) l'organe de révision.

Séances

Art. 24 Le Conseil d'administration se réunit aussi souvent que les affaires l'exigent.

Convocation

Art. 25 ¹Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du ou de la président-e ou du ou de la vice-président-e.

²Il se réunit également sur demande écrite et motivée d'au moins deux membres du Conseil d'administration ou du directeur ou de la directrice générale.

Quorum

Art. 26 Le Conseil d'administration délibère valablement en présence de la majorité simple de ses membres.

Décisions

Art. 27 ¹Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité simple des membres présents.

²En cas d'égalité de voix, celle du ou de la président-e est prépondérante.

Procès-verbaux

Art. 28 Le Conseil d'administration tient un procès-verbal de ses délibérations et de ses décisions.

Participation de tiers aux séances du Conseil d'administration

Art. 29 ¹Le Conseil d'administration peut inviter à ses séances, avec voix consultative, toutes les personnes qu'il estime nécessaire, notamment les membres de la Direction générale et les chefs d'unités de gestion.

²Il peut faire appel à des experts externes.

Section 2: La Direction générale

Composition	<p>Art. 30 La Direction générale se compose en principe:</p> <ul style="list-style-type: none">a) du directeur ou de la directrice général-e;b) du directeur ou de la directrice médical-e;c) du directeur ou de la directrice des soins infirmiers;d) du directeur ou de la directrice des finances;e) du directeur ou de la directrice des ressources humaines.
Nomination	<p>Art. 31 Le Conseil d'administration nomme les membres de la Direction générale.</p>
Compétences	<p>Art. 32 La Direction générale:</p> <ul style="list-style-type: none">a) exerce la direction opérationnelle du CNP;b) exécute les décisions du Conseil d'administration;c) instruit et préavise, à l'intention du Conseil d'administration, les dossiers qui sont de la compétence du Conseil d'administration;d) nomme et révoque les médecins-cadres, les infirmiers-chefs ou les infirmières-cheffes ainsi que les chefs d'unité de gestion;e) exerce la surveillance directe sur les activités du CNP;f) se charge de toutes les affaires qui lui sont confiées par le Conseil d'administration;g) intervient dans l'urgence.
Règlement interne	<p>Art. 33 Le fonctionnement interne, le cahier des charges et les attributions de la Direction générale font l'objet d'un règlement élaboré par le Conseil d'administration.</p>

CHAPITRE 4

Commissions permanentes

Constitution	<p>Art. 34 ¹La Direction générale peut constituer une ou plusieurs commissions permanentes ayant un rôle consultatif pour l'assister dans l'accomplissement de ses missions.</p> <p>²Le fonctionnement et les missions de ces commissions permanentes font l'objet d'un règlement élaboré par la Direction générale.</p>
--------------	---

CHAPITRE 5

Organe de révision

Nomination et durée du mandat **Art. 35** Le Conseil d'administration nomme un organe de révision externe pour une durée de deux ans et qui peut être renommé.

Qualité de l'organe de révision **Art. 36** ¹L'organe de révision doit être inscrit au registre du commerce.

²Il doit présenter des qualifications professionnelles particulières au sens du droit des sociétés.

³Il doit être indépendant du CNP et de l'Etat.

Missions **Art. 37** L'organe de révision doit:

a) vérifier si la comptabilité, les comptes annuels et les opérations de gestion sont conformes à la loi;

b) établir à l'intention du Conseil d'Etat un rapport sur les résultats de la révision;

c) recommander au Conseil d'Etat l'approbation des comptes annuels avec ou sans restriction ou leur renvoi au Conseil d'administration;

d) attester dans son rapport annuel qu'il remplit les exigences de qualification et d'indépendance;

e) établir à l'intention du Conseil d'administration un rapport dans lequel il commente l'exécution et le résultat de sa vérification.

Missions complémentaires **Art. 38** Le Conseil d'Etat ou le Conseil d'administration peut charger l'organe de révision de vérifications complémentaires.

CHAPITRE 6

Financement du CNP

Principe **Art. 39** Les ressources financières du CNP sont composées des recettes de l'exercice annuel et des subventions de l'Etat, sous forme d'indemnités, définies chaque année dans le cadre du budget global.

Versement des subventions **Art. 40** Toutes les subventions de l'Etat, sous forme d'indemnités, aux prestations psychiatriques hospitalières et ambulatoires sont versées au CNP.

Part cantonale des hospitalisations hors canton **Art. 41** La part cantonale des hospitalisations hors canton est prise en compte dans le subventionnement global annuel du CNP.

Relations avec les partenaires **Art. 42** ¹Le CNP négocie avec ses partenaires la prise en charge des patient-e-s.

²Le coût qui en résulte est pris en charge dans le subventionnement global annuel du CNP.

Paiement des indemnités **Art. 43** Les indemnités à charge de l'Etat sont payées mensuellement au CNP.

CHAPITRE 7

Dispositions transitoires et finales

Section 1: Intégration des institutions actuelles dans le CNP

Principe **Art. 44** ¹L'intégration au CNP des hôpitaux psychiatriques et des autres institutions doit être négociée avec leurs propriétaires actuels.

²Chaque convention d'intégration doit être approuvée par le Conseil d'Etat.

Cadre des négociations **Art. 45** Les principes généraux suivants doivent prévaloir dans le cadre des négociations, à savoir:

a) le personnel des institutions est repris par le CNP sur la base de la convention collective de travail CCT Santé 21 de droit public;

b) le personnel des institutions repris doit être affilié à une Caisse de pensions publique; celle-ci est déterminée par le Conseil d'Etat qui définit et gère les modalités de transfert;

c) les biens mobiliers et immobiliers afférents au secteur des soins psychiatriques ambulatoires ou hospitaliers des institutions sont seuls loués ou vendus, en toute propriété ou en droit de superficie, au CNP;

d) les valeurs des biens vendus au CNP ne doivent pas excéder leur valeur au bilan;

e) les institutions gardent la propriété de l'ensemble de leur patrimoine extrahospitalier.

Durée des négociations et conciliation **Art. 46** ¹Les négociations doivent avoir abouti au plus tard six mois après l'entrée en vigueur de la présente loi.

²En cas de divergences, les parties aux négociations ou l'une d'entre elles seulement peuvent faire appel en tout temps au Conseil d'Etat pour tenter la conciliation ou pour procéder à un arbitrage.

³Le Conseil d'Etat détermine de cas en cas les modalités de son intervention.

Exonération fiscale **Art. 47** Les transferts immobiliers résultant de l'intégration des sites au CNP sont exonérés des lods et des émoluments du registre foncier.

Non-
aboutissement des
négociations

Art. 48 ¹Si les négociations n'aboutissent pas avec l'une ou l'autre des institutions, elles conservent leur statut et leur mode de financement actuels jusqu'au 31 décembre 2008.

²Un accord de partenariat ou de collaboration, au sens de l'article 21, lettre c, peut être négocié avec le CNP.

³Dès le 1^{er} janvier 2009, et faute d'avoir été reconnues d'utilité publique, les institutions perdent leur droit à toute subvention; en outre, les hôpitaux deviennent des cliniques au sens de l'article 97, alinéa 2, LS.

Section 2: Phase de transition en matière financière

Couverture des
déficits

Art. 49 Jusqu'à la mise en place des moyens nécessaires à l'établissement du cadre budgétaire global prévu aux articles 39 à 43, le mode de financement des institutions actuellement en vigueur subsiste (couverture des déficits).

Section 3: Modification du droit antérieur

Loi de santé

Art. 50 La loi de santé (LS), du 6 février 1995, est modifiée comme suit:

Art. 9, al. 2, let. g

g) de déterminer avec l'EHM et le CNP les mandats de prestations dans le cadre de la planification sanitaire.

Art. 83, al. 3

³Tous les quatre ans, il adresse au Grand Conseil un rapport d'information sur l'état de la planification et sur les options stratégiques prises par l'EHM et le CNP, ainsi que sur la réalisation des objectifs qui lui ont été confiés.

Art. 97, al. 1, let. c

c) Abrogée

Art. 98, let. c

c) Abrogée

Loi sur l'Hôpital
psychiatrique
cantonal de
Perreux sur
Boudry

Art. 51 La loi sur l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux sur Boudry, du 14 mars 1978, est abrogée.

Section 4: Dispositions finales

Référendum
facultatif

Art. 52 La présente loi est soumise au référendum facultatif.

Promulgation et
entrée en vigueur

Art. 53 ¹Le Conseil d'Etat fixe l'entrée en vigueur de la présente loi.

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

Neuchâtel, le

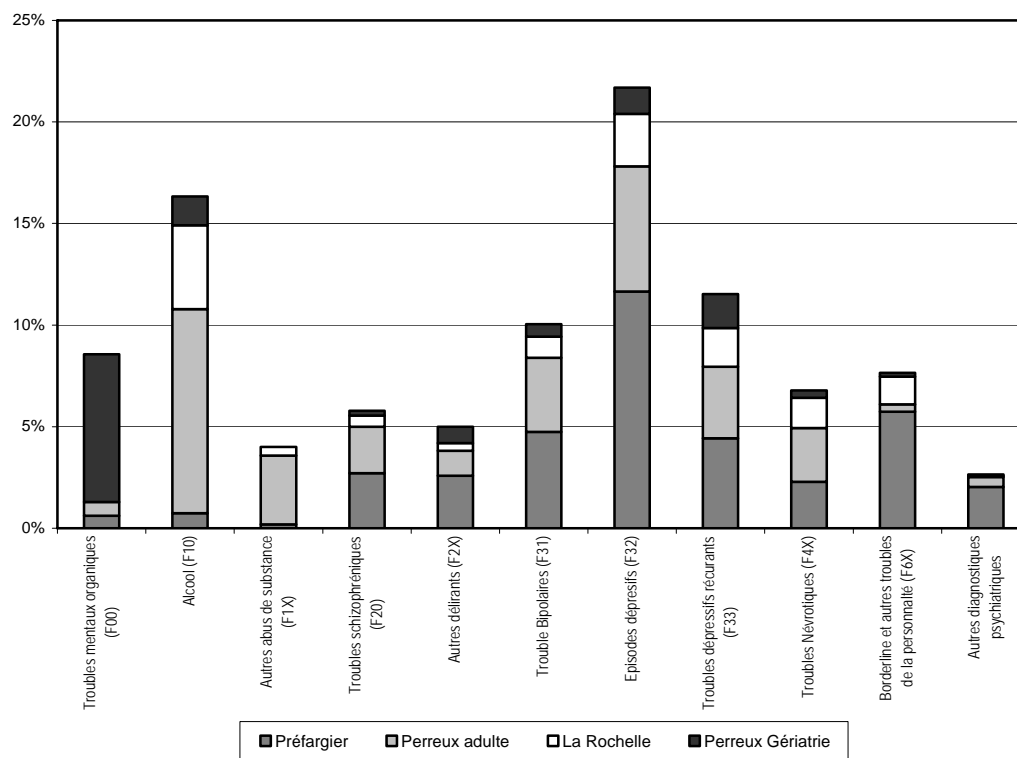
Au nom du Grand Conseil:

La présidente,

Les secrétaires,

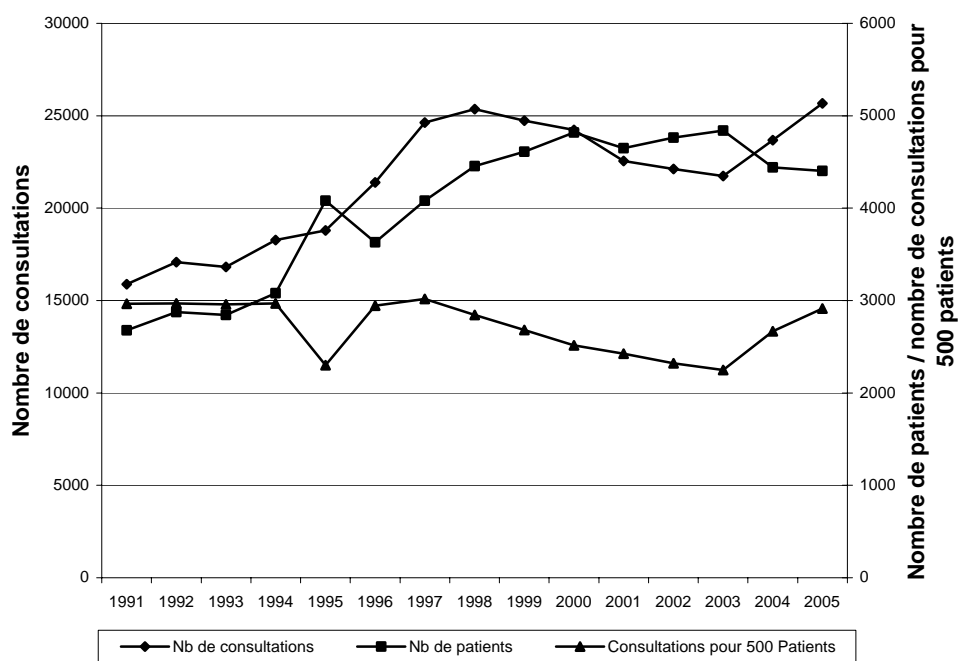
GRAPHIQUES

Répartition des patients dans les hôpitaux psychiatriques



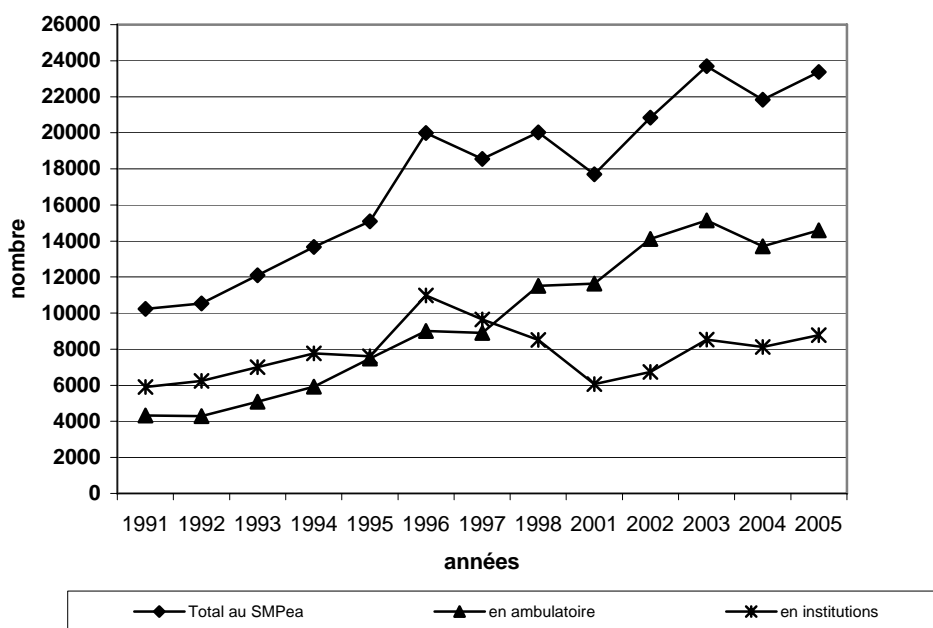
Source statistiques médicales des établissements 2002 (les informations entre parenthèse correspondent aux codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10)

Nombre de consultations et de patients pris en charge au CPSN



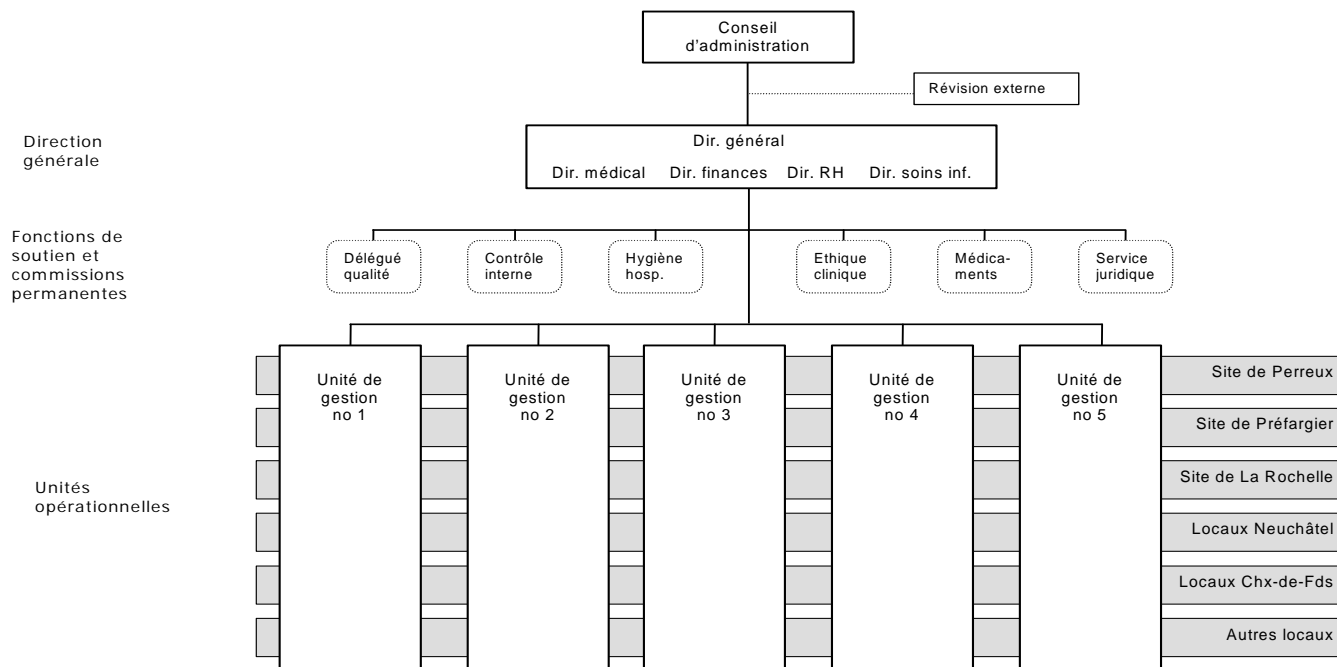
Source statistiques du CNSP de Neuchâtel

Nombre de consultations au SMP



Calcul: total des heures facturées divisées par la durée moyenne d'une consultation (45 min).

PROJET D'ORGANIGRAMME DU CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE⁵



⁵ Remarque: cet organigramme est exemplatif, le Conseil d'administration du CNP aura toute marge de manœuvre pour en fixer le contour définitif.

LISTE DES ABRÉVIATIONS:

ANAAP	L'association neuchâteloise d'accueil et d'action psychiatrique
APDRG	"All Patient Diagnosis Related Groups", système de classification par pathologie des hospitalisations dans les hôpitaux de soins physiques
CAPTT	Centre d'aide, de prévention et de traitement de la toxicomanie, Val-de-Travers
CCT Santé 21	Convention collective de travail du secteur de la santé du canton de Neuchâtel
CENEA	Centre neuchâtelois d'alcoologie
CNP	Centre neuchâtelois de psychiatrie
CPEN	Caisse de pension de l'État de Neuchâtel
CPSN	Centre psychosocial neuchâtelois
CPTT	Centre de prévention et de traitement de la toxicomanie
DROP-IN	Centre d'information de prévention et de traitement des addictions
DSAS	Département de la santé et des affaires sociales
EHM	Établissement hospitalier multisite (soins physiques); renommé par la suite Hôpital neuchâtelois (HNE)
FMH	Fédération des médecins suisses
HNE	Hôpital neuchâtelois; nouveau nom de l'EHM
HIV	Virus du Syndrome d'immunodéficience acquise (Sida)
LAIS	Loi sur l'aide aux institutions de santé
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LESPA	Loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées
LS	Loi de santé
NOMAD	Établissement de droit public en création regroupant les fondations et associations d'aide et de soins à domicile (Neuchâtel organise le maintien à domicile)
PSYDOM	Soins infirmiers de psychiatrie à domicile
SIIP	Soins infirmiers indépendants en psychiatrie
SMP	Service médico-psychologique pour enfants et adolescents
Tarmed	Tarif médical à l'acte pour les hôpitaux et les cabinets médicaux

<i>RESUME</i>	1
1. INTRODUCTION	3
1.1. Historique	4
1.2. Démarche	5
2. CONTEXTE	7
2.1. Le contexte national	7
2.1.1. Le financement des hôpitaux	7
2.1.2. L'introduction du Tarmed	7
2.1.3. Le rapport sur la stratégie nationale de santé psychique	8
2.2. Le contexte cantonal	9
3. ORGANISATION DES SOINS EN PSYCHIATRIE; TENDANCES	10
3.1. Introduction	10
3.2. Les tendances en matière d'organisation de la prise en charge de la santé mentale	11
3.2.1. L'articulation de la psychiatrie avec la médecine somatique	11
3.2.2. L'articulation de la psychiatrie avec le social	12
3.2.3. Le développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	12
3.2.4. Le développement de la psychiatrie ambulatoire	12
3.2.5. La dé-stigmatisation de la psychiatrie	13
3.3. Synthèse	13
4. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA PSYCHIATRIE NEUCHÂTELOISE	13
4.1. Introduction	13
4.2. Le secteur stationnaire	14
4.2.1. L'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux	14
4.2.2. La Maison de santé de Préfargier	16
4.2.3. La Clinique La Rochelle	18
4.2.4. Répartition des missions entre les hôpitaux	19
4.2.5. Distribution des durées moyennes de séjour	19
4.3. Le secteur ambulatoire	19
4.3.1. Le Centre psychosocial neuchâtelois (CPSN)	19
4.3.2. Urgences et prise en charge des situations de crise	20
4.3.3. Le Service médico-psychologique pour enfants et adolescents (SMP)	21
4.3.4. La Médecine privée	22
5. LES LIMITES DU SYSTÈME	22
6. LES OBJECTIFS	23
6.1. Mission	23
6.2. L'organisation clinique	24
6.3. Le projet organisationnel: un interlocuteur unique de l'État	27
6.4. Institutions psychiatriques et l'Hôpital neuchâtelois	28
6.5. Institutions partenaires non intégrées dans le CNP	30
6.5.1. Secteur ambulatoire et institutionnel des addictions	30
6.5.2. Soins psychiatriques à domicile	31
6.5.3. ANAAP	32
6.5.4. Les Foyers	32

7.	ORGANISATION DU CNP	32
7.1.	La surveillance	33
7.1.1.	Le Grand Conseil	33
7.1.2.	Le Conseil d'État	33
7.1.3.	Le Conseil de santé	34
7.1.4.	La Commission cantonale de psychiatrie	34
7.2.	Organisation du CNP	34
7.2.1.	Le Conseil d'administration	35
7.2.2.	La Direction générale	35
7.2.3.	Unités de gestion	38
7.2.4.	Fonctions de soutien et commissions permanentes	39
7.2.5.	Les sites	39
7.3.	La politique du personnel	40
8.	COÛTS ET FINANCEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	42
8.1.	Les coûts de l'établissement et projections financières	42
8.2.	Création du CNP	44
8.3.	Contrat de prestations et processus budgétaire	44
9.	CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE	45
9.1.	Facteurs clés de succès	45
9.2.	Devenir des sites dans le CNP	46
9.2.1.	Conséquences d'une fermeture de site pour les institutions	47
9.2.2.	Conséquences d'une fermeture de site pour le personnel	47
10.	MISE EN ŒUVRE ET CALENDRIER	48
10.1.	Calendrier	48
10.2.	Devenir d'une institution hors du CNP	48
11.	CONCLUSIONS	49
	Loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie (LCNP)	51
	ANNEXE A: Graphiques:	
	Répartition des patients dans les hôpitaux psychiatriques.....	61
	Nombre de consultations et de patients pris en charge au CPSN	62
	Nombre de consultations au SMP	62
	ANNEXE B: Projet d'organigramme du Centre neuchâtelois de psychiatrie	63
	ANNEXE C: Abréviations	64