



Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil
en réponse
au postulat 24.177 « Implication de l'État dans les
négociations des conventions collectives de travail (CCT) »

(Du 17 juin 2026)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

RÉSUMÉ

Le postulat 24.177, déposé par la commission Santé et accepté sans opposition par le Grand Conseil le 3 septembre 2024, invite le Conseil d'État à dresser un bilan de la position actuelle de l'État vis-à-vis de la Convention collective de travail (CCT) Santé 21 et à évaluer les conséquences d'un éventuel retour de l'État dans sa gestion décisionnelle.

Ce postulat fait suite à une pétition des organisations professionnelles et syndicales du secteur de la santé, réclamant en particulier une revalorisation salariale et de meilleures conditions en fin de carrière, notamment l'introduction d'une rente-pont. Dans ce contexte, la commission Santé a relevé l'importance du rôle financier de l'État et la situation de blocage, au moment de la rédaction du postulat, des négociations entre employeuses et employeurs et employées et employés.

La CCT Santé 21, en vigueur depuis 2004 et couvrant aujourd'hui plus de 7'000 collaboratrices et collaborateurs de 71 institutions de santé neuchâteloises, est issue d'un compromis social visant à harmoniser et améliorer les conditions de travail dans le secteur. La population neuchâteloise a fait part de son fort attachement à celle-ci lors d'une votation populaire cantonale en 2017, en privilégiant son maintien à plus de 83% des voix. Sa version actuelle échoit fin 2026 et les négociations sont en cours entre ses différentes parties pour son renouvellement.

Historiquement, l'État a pris part à cette CCT lorsqu'il était employeur direct d'une partie du personnel, mais son rôle s'est progressivement limité à reconnaître celle-ci comme texte de référence sans en assumer directement les engagements financiers. Il n'intervient désormais qu'en cas d'échec des négociations pour fixer les conditions de travail des établissements de droit public, soit le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), NOMAD et Accueil Réseau Orientation Santé Social (AROSS).

Le présent rapport rappelle cette évolution et identifie trois variantes d'implication possibles qui sont le statu quo, la fixation préalable d'un cadre financier avant l'ouverture des discussions et la participation de l'État aux négociations en tant qu'observateur. Au terme de son analyse, le Conseil d'État privilégie le statu quo.

1. TENEUR DU POSTULAT 24.177

En date du 3 septembre 2024, le Grand Conseil a accepté le postulat de la commission Santé 24.177, dont la teneur est rappelée ci-après :

24.177 ad 24.608 Postulat de la commission Santé

11 juillet 2024

Postulat commission Santé

Implication de l'État dans les négociations des conventions collectives de travail (CCT)

Le Conseil d'État est invité à présenter un rapport au Grand Conseil établissant un bilan quant à la position occupée aujourd'hui par l'État vis-à-vis de la Convention collective de travail (CCT) Santé 21 et évaluant les besoins et les conséquences d'un retour de l'État dans la gestion de cette même CCT sur un plan décisionnel.

Développement

Les négociations entre employées et employés employeuses et employeurs dans le cadre de la CCT Santé 21 sont susceptibles d'entraîner des effets financiers majeurs pour l'État de Neuchâtel. Actuellement, ces négociations sont en situation de blocage. Les employeuses et employeurs négocient les conditions de travail de leurs employées et employés, mais n'ont pas la garantie de pouvoir engager des dépenses importantes qui iraient au-delà du budget voté par le Grand Conseil annuellement. Cela entraîne des tensions difficiles à régler, lesquelles pourraient être évitées si l'État était impliqué dans les processus décisionnels financiers. Ce postulat vise à parler du financement et non pas à s'immiscer dans les négociations des conditions de travail du personnel, cet enjeu étant susceptible de concerner également la Convention collective de travail du secteur des établissements spécialisés du Canton de Neuchâtel (CCT-ES).

Premier signataire : Blaise Courvoisier, président de la commission Santé.

2. CONTEXTE

La commission Santé du Grand Conseil a été amenée à se pencher durant le 1^{er} semestre 2024 sur une pétition de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), du Syndicat des services publics (SSP) et du Syndicat Syna « Pour la reconnaissance du personnel de santé novembre 2023 », déposée le 5 décembre 2023. Celle-ci contenait en substance les revendications suivantes :

- Hausse immédiate des salaires (+3,8% dès janvier 2024) pour compenser l'inflation (IPC 2023- 2024) ;
- Mesures de fin de carrière, notamment la mise en œuvre d'une rente-pont Assurance vieillesse et survivants (AVS) ;
- Reclassement des infirmiers-ères en classe 8 tel que sollicité depuis 2019 ;
- Revalorisation salariale de l'ensemble des professions de soins (infirmières et infirmiers, techniciennes et techniciens en radiologie médicale (TRM), assistantes et assistants en soins et santé communautaire (ASSC), physiothérapeutes, etc.).

En résumé, la pétition exigeait une reconnaissance concrète et financière du personnel de santé face à la hausse du coût de la vie notamment, mais plus largement.

En date du 11 juillet 2024, après différentes auditions des milieux concernés, la commission Santé a transmis le rapport 24.608 au Grand Conseil en réponse à ladite pétition.

En substance, comme cela ressort du rapport, le Conseil d'État s'est positionné comme suit dans le cadre des délibérations.

2.1. Principe général : rôle limité de l'État

- La CCT Santé 21 prévoit que les salaires sont négociés entre employeuses et employeurs et employées et employés, sans intervention directe de l'État ;
- Le Conseil d'État souhaite maintenir ce fonctionnement : il ne veut pas se substituer aux employeuses et employeurs.

2.2. Intervention exceptionnelle de l'État (2023–2024)

- Face à l'inflation (5,4%), l'État est exceptionnellement intervenu pour soutenir les établissements signataires afin qu'ils puissent indexer les salaires.
- Un crédit voté par le Grand Conseil a permis d'octroyer une augmentation totale de 4,2% sur la période concernée, dont 1% d'indexation dès janvier 2023 (0,8% financé par l'État) + 1% supplémentaire dès juillet 2023 (intégralement financé par l'État) et 2,2% d'indexation en 2024 (intégralement financé par l'État), comme pour la fonction publique.
- Ce soutien financier constituait une « entorse » au principe de non-financement direct des salaires.

2.3. Revendications de la pétition et position du Conseil d'État

- Augmentation salariale de 3,8% en 2023–2024 : le Conseil d'État estime que le crédit accordé a déjà répondu « dans une bonne mesure » à cette demande.
- Passage des infirmières et des infirmiers en classe 8 : il s'agit d'une demande récurrente, refusée par les employeuses et employeurs. Son surcoût est estimé entre 15 et 22 millions de francs/an pour les structures subventionnées. Le Conseil d'État a répondu que la compétence appartient aux représentant-e-s des employeuses et employeurs dans le cadre des négociations de la CCT Santé 21.
- Revalorisation salariale de toute la « famille soins » : le Conseil d'État estime qu'il appartient à la partie employée de porter cette demande auprès de la partie employeur.

Vision d'ensemble : le Conseil d'État rappelle que le salaire n'est pas le seul levier pour améliorer les conditions de travail, lesquelles sont aussi tributaires de la capacité à concilier vie professionnelle/vie familiale, de la reconnaissance de la pénibilité des fonctions ou encore de l'organisation même du travail.

2.4. Mise en œuvre de l'initiative fédérale « pour des soins infirmiers forts »

Même si le postulat porte sur les soins en général, il s'agit de rappeler que celui-ci s'inscrit dans le contexte de la mise en œuvre de l'initiative fédérale visant à garantir des soins de qualité, adoptée par le peuple et les cantons le 28 novembre 2021. La loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI) proposée en réponse par le Conseil fédéral est en cours de délibération au sein des Chambres fédérales. Il ressort de ce projet de loi que les conditions de travail résultant de la CCT Santé 21 correspondent déjà pour une bonne partie à ces conditions, voire vont au-delà de celles-ci. Le Conseil national, qui a examiné ce projet en 1^{ère} lecture, a néanmoins considéré que les conditions proposées par le Conseil fédéral allaient trop loin et les a revues à la baisse. Le projet doit maintenant être examiné par le Conseil des États.

C'est dans ce contexte que la commission Santé a déposé le postulat 24.177 et a proposé, par huit voix contre deux et trois abstentions, de donner suite à la pétition par le biais dudit postulat.

Le 3 septembre 2024, le rapport 24.608 a été accepté à l'unanimité des membres présent-e-s du Grand Conseil et le postulat 24.177 n'a pas été combattu. Dans le cadre du débat, le Conseil d'État ne s'est pas opposé à ce postulat et a recommandé son acceptation. Le chef du Département de la santé, de la jeunesse et des sports (DSJS) a relevé à cette occasion que les limites de l'action de

l'État dans les négociations de la CCT Santé 21 ont été discutées longuement au sein de la commission, de même qu'avec les organes de la CCT.

3. CCT SANTÉ 21

La CCT Santé 21 a fêté les 20 ans de son entrée en vigueur en 2024. Dans ce contexte et celui du présent rapport, il apparaît opportun de procéder à un petit rappel de ce qu'est une convention collective de travail (CCT), la CCT Santé 21 elle-même et son historique.

3.1. Qu'est-ce qu'une CCT ?

Une CCT est une convention entre des employeuses et employeurs ou des associations d'employeuses et d'employeurs et des associations de travailleuses et travailleurs ayant pour objet la réglementation des conditions de travail et des rapports entre les parties à la convention. Elle est réglée dans les articles 356 à 358 du Code des obligations (CO). Elle complète et améliore les dispositions prévues par la législation fédérale relative au droit du travail (Code des obligations, loi sur le travail).

Une CCT contient traditionnellement des dispositions sur la conclusion, le contenu et la fin du contrat de travail individuel (dispositions normatives), les droits et les obligations des parties contractantes entre elles (dispositions relevant du droit des obligations) et l'application ainsi que le contrôle de l'application de la CCT. Les dispositions normatives (celles en lien avec le 13^e salaire, les indemnités de service, le versement du salaire en cas de maladie, la maternité et pendant le service militaire, les vacances, les prescriptions relatives à la durée du travail, l'extension de la protection contre le licenciement) deviennent part du contrat de travail individuel au moment où la CCT prend effet.

Les CCT sont la plupart du temps conclues avec une durée de validité, assortie d'une clause de paix sociale imposable aux deux parties contractantes.

3.2. Qu'est-ce que la CCT Santé 21 ?

La CCT Santé 21 regroupe 71 institutions de santé du canton (hôpitaux, établissements médico-sociaux (EMS), organisation de soins et d'aide à domicile (OSAD), etc.) qui sont des employeuses et employeurs aussi bien publics que privés ; elle couvre près de 7'000 collaborateurs et collaboratrices.

Elle est le fruit d'un compromis social entre syndicats (employé-e-s) et employeuses et employeurs. La dernière CCT Santé 21 (2021-2025) a été négociée et passée entre les parties contractantes suivantes :

- Partie employées et employés : Syndicat Suisse des Services Publics (SSP-VPOD), SYNA, Syndicat interprofessionnel, Association suisse des infirmières et infirmiers - section Neuchâtel/Jura (ASI) ;
- Partie employeurs : RHNe, CNP, NOMAD (CCT de droit public) / Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA) (CCT de droit privé) ;

Elle a pour but de fixer, d'harmoniser et d'améliorer le statut du personnel du domaine de la santé du Canton de Neuchâtel dans le respect des missions confiées aux institutions. La CCT a également pour but d'encourager la collaboration entre les parties, de garantir au sein des institutions des rapports de travail fondés sur le respect mutuel et de promouvoir ainsi un encadrement optimal des personnes prises en charge par lesdites institutions. Elle contribue également à l'attractivité des professions concernées au sein des établissements signataires.

À relever que les législations adoptées par l'État régissant les établissements de droit public du domaine des soins (EDP) que sont le RHNe, le CNP, NOMAD et plus récemment AROSS prescrivent que les rapports de travail de ces établissements, sous réserve des exceptions prévues par la CCT Santé 21 elle-même, sont régis par la CCT Santé 21. D'autres institutions de soins

établissement médico-sociaux ((EMS), organisations de soins et d'aide à domicile) peuvent quant à elles prétendre à une majoration de leurs tarifs si elles appliquent la CCT Santé 21.

3.3. Quel est l'historique de la CCT Santé 21 ?

Au début des années 2000, le Canton de Neuchâtel fait face à une pénurie de personnel soignant et à un climat social tendu. Une motion interpartis, déposée en 2000, demande la valorisation des conditions de travail et des rémunérations. En 2001, le Conseil d'État lance l'élaboration d'une CCT unique couvrant tout le personnel de la santé subventionné.

Adoptée en 2003 et entrée en vigueur en 2004, la CCT Santé 21 instaure la semaine de 40 heures, l'harmonisation salariale, des dispositifs anti-harcèlement, des congés élargis et des instances de participation du personnel. L'introduction du nouveau système salarial en 2007 entraîne tensions et recours sur la question de l'ancienneté, conduisant à des ajustements progressifs.

Depuis, la CCT a été renouvelée régulièrement pour concilier attractivité des métiers de la santé et contraintes financières. La dernière version de la CCT Santé 21 (2022–2025) a introduit une indexation salariale à l'indice des prix (IPC), le renforcement du contrôle du temps de travail et une nouvelle gouvernance. Elle a été prolongée jusqu'à fin 2026, le temps de permettre aux parties de négocier sa reconduction.

Pour un rappel plus complet de l'historique de la CCT Santé 21, il est renvoyé à l'annexe 1 du présent rapport.

4. ÉVOLUTION DE L'IMPLICATION DE L'ÉTAT DANS LA CCT SANTE 21 – PRINCIPAUX JALONS

L'implication de l'État en lien avec la CCT Santé 21 a été amenée à évoluer au cours du temps. Les principaux jalons marquant l'évolution de son implication sont les suivants :

2001 – fin 2004

L'État a été partie aux négociations entreprises en 2001 en vue de l'adoption de la CCT Santé 21¹. Il avait alors un intérêt direct : comme déjà relevé plus haut, l'État était à l'époque lui-même employeur d'une partie du personnel concerné par cette CCT, en l'occurrence celui de l'hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, mais aussi celui du service médico-pédagogique pour enfants et adolescent-e-s (SMPEA).

Dès les premiers travaux sur la CCT Santé 21, et pour marquer sa volonté de trouver des solutions à la situation insatisfaisante du personnel des institutions du canton, le Conseil d'État avait proposé des mesures intermédiaires d'amélioration salariale (en 2001, une prime unique pour le personnel soignant ; en 2002, des augmentations de 2%, 3,5% et 6,5% en fonction des professions) et s'était engagé à poursuivre ces revalorisations par des augmentations de 1% des salaires chaque année en 2003 et 2004. Pour ce faire, le Conseil d'État avait octroyé une enveloppe financière annuelle maximale de 10 millions de francs pour l'ensemble des institutions de soins subventionnées, considérant qu'un important pas avait déjà été franchi avec l'introduction de revalorisations salariales pour un montant d'environ 20 millions de francs pour permettre la mise en œuvre des mesures dont il est fait état ci-dessus. Les partenaires sociaux avaient décidé de consacrer les deux tiers de ces 10 millions de francs à l'amélioration des conditions de travail et un tiers à la grille salariale.

Après près de trois ans de négociations, la CCT Santé 21 a été adoptée par l'ensemble des parties, y compris l'État de Neuchâtel comme employeur, le 28 novembre 2004. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 pour l'essentiel, certaines dispositions l'ayant toutefois été ultérieurement.

¹ L'État a même assumé la direction des travaux de la commission faïtière appelée à négocier cette CCT Santé pour s'assurer de sa mise en place.

Cette CCT Santé 21 contenait une disposition qui a perduré jusqu'à la fin de l'année 2016, intitulée « Approbation par le Conseil d'État » (art. 13.7), qui prévoyait que « la présente CCT ainsi que les éventuelles modifications ultérieures sont soumises au Conseil d'État pour approbation, afin qu'il garantisse les conséquences financières ».

Le Conseil d'État a approuvé sur cette base la CCT Santé 21 initiale.

Fin 2004 – 2009

Les lois instituant l'établissement hospitalier multisite (LEHM, devenu par la suite LHNE, puis aujourd'hui LRHNe), Neuchâtel organise le maintien à Domicile (LNOMAD) et le Centre neuchâtelois de psychiatrie (LCNP) ont été adoptées respectivement le 30 novembre 2004, le 6 septembre 2006 et le 29 janvier 2008. Elles comprenaient une disposition identique qui prescrivait que les rapports de travail du personnel sont régis par une convention collective de travail de droit public (CCT Santé 21). Par la suite, une reformulation a été faite dans les dispositions pertinentes de ces lois relatives aux rapports de travail prescrivant que la CCT Santé 21 de droit public régit les rapports de travail du personnel, « (...) *sous réserve des exceptions prévues par la CCT Santé 21 elle-même* ».

C'est avec la création en 2009 du CNP, marquée par le regroupement en son sein de toutes les institutions psychiatriques privées et publiques du canton intervenant dans le champ de la santé mentale, et l'intégration de l'hôpital psychiatrique de Perreux et du service médico-pédagogique pour enfants et adolescent-e-s (SMPEA), que l'État de Neuchâtel a perdu son rôle d'employeur de personnel soumis à la CCT Santé 21.

Le Conseil d'État a approuvé le renouvellement de la CCT Santé 21 pour la période 2008-2012.

2017

En novembre 2016, la commission faîtière (COMFAIT) de CCT la Santé 21 a soumis pour approbation au Conseil d'État un protocole d'accord conclu par les partenaires sociaux en prévision du renouvellement de la CCT Santé 21 pour la période 2017-2020, en se fondant sur l'article 13.7, en vigueur jusqu'à la fin de l'année 2016, selon lequel son approbation constitue une condition formelle pour que les modifications qui doivent trouver application au 1^{er} janvier 2017 soient valables et s'appliquent au personnel concerné.

Considérant le fait que l'État n'était plus partie à la négociation de la CCT Santé 21, que la fixation du cadre financier entre lui et les établissements employeurs était indépendante du contenu de la CCT et, qu'au demeurant, ce cadre ne s'inscrivait plus depuis de nombreuses années dans le système de la couverture de déficit, le Conseil d'État a communiqué à la COMFAIT qu'il n'entendait plus, dès le 1^{er} janvier 2017, approuver formellement la nouvelle CCT Santé 21, en particulier ses effets financiers. Il lui a par contre indiqué qu'il était disposé à reconnaître la CCT Santé 21 comme le texte conventionnel de référence pour les rapports de travail du personnel des EDP, selon les dispositions concernées des législations les instituant, cette reconnaissance n'impliquant pas celle des engagements financiers en résultant. Les organes de la CCT Santé 21 ont donné favorablement suite à cette demande et modifié la CCT Santé 21 en fin de négociation dans ce sens.

Sur cette base, le Conseil d'État a reconnu la nouvelle CCT Santé 21 (2017-2020), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

2019

Le Grand Conseil a adopté la loi sur le réseau hospitalier neuchâtelois (LRHNe) le 19 février 2019, qui a remplacé et abrogé la LHNe, qui avait elle-même remplacé et abrogé la LEHM. À son article 12, relatif aux rapports de travail, la LRHNe reprenait la disposition correspondante de la LHNE, qui prescrivait que la CCT Santé 21 régit les rapports de travail du personnel du RHNe, sous réserve des exceptions prévues par la CCT Santé 21 elle-même (al. 1). Il y était cependant introduit une nouveauté, à savoir que « Si les partenaires sociaux ne sont pas parvenus à un accord, le Conseil d'État fixe les conditions de travail » (al. 2).

Il s'agissait ainsi de remédier à ce que le Conseil d'État considérait comme deux faiblesses du dispositif prévu à ce sujet par les législations régissant les EDP alors en vigueur. La première était que ces législations ne prévoyaient pas le cas de figure dans lequel les partenaires sociaux ne

parviendraient pas à s'accorder sur les termes de la CCT. La seconde était que, selon ces mêmes législations, les EDP, comme employeurs, étaient tenus de parvenir à un accord avec les représentant-e-s des intérêts de leur personnel, pour s'y conformer. Cela affaiblissait leur position dans la négociation de la CCT, la voie d'un non-accord n'étant pour eux pas une option, contrairement à ce qui était le cas pour les organisations représentant les intérêts du personnel.

La LCNP et La LNomAD ont fait l'objet d'une modification correspondante en 2019.

2021

Compte tenu des difficultés à trouver un terrain d'entente pour le renouvellement de la CCT Santé 21 au 1^{er} janvier 2022, les partenaires sociaux ont sollicité l'intervention du chef du département en charge de la santé pour les aider. Celui-ci a répondu positivement à leur sollicitation tout en relevant que son intervention ne pouvait être que ponctuelle, visant exclusivement à rendre les partenaires sociaux attentifs aux conséquences d'un échec des négociations et à les encourager à trouver un accord, ce qui a finalement été le cas.

5. ÉTAT ACTUEL DE LA SITUATION

Au regard de la législation cantonale actuelle en général, des législations régissant les EDP en particulier (LRHNe, LCNP, LNomad et plus récemment LAROSS), la seule implication de l'État expressément prévue consiste à fixer les conditions de travail du personnel des EDP uniquement si les partenaires sociaux de la CCT Santé 21 ne parviennent pas à trouver un accord pour renouveler celle-ci. La loi sur le financement des EMS (LFinEMS) prévoit, quant à elle, à son article 24, que l'application par les EMS des CCT Santé 21 donne droit à une majoration de tarifs.

Au niveau de la CCT Santé 21 en vigueur, l'implication de l'État est réglée et limitée comme suit, tel que souhaité par l'État : « La présente CCT est soumise au Conseil d'État pour reconnaissance comme texte de référence pour les conditions de travail dans le domaine de la santé dans le canton. Cette reconnaissance n'implique pas celle des engagements financiers qui en résultent ».

6. VARIANTES ENVISAGEABLES EN RÉPONSE AU POSTULAT 24.177

Le Conseil d'État identifie trois variantes possibles d'implication de l'État en lien avec la CCT Santé 21, qui sont décrites ci-après, avec les avantages et inconvénients qu'il perçoit pour chacune d'elles.

6.1. Variante 1 : Statu quo

Le Conseil d'État demeure compétent, conformément aux législations en vigueur régissant les EDP, pour fixer les conditions de travail du personnel des EDP si, et seulement si, les partenaires sociaux ne parviennent pas à un accord sur un renouvellement de la CCT Santé 21. En cas de renouvellement de celle-ci, et comme ce fut le cas pour la CCT en vigueur, il la reconnaît comme texte conventionnel de référence pour régir les rapports de travail de leur personnel, sous réserve des exceptions prévues par la CCT Santé 21 elle-même ; il ne reconnaît toutefois pas les engagements financiers de la CCT Santé 21 négociés entre les partenaires.

En application de la LFinEMS (article 24 relatif aux conditions de travail), l'État continue d'octroyer une majoration de tarifs en cas d'application par les EMS de la CCT Santé 21.

Avantages

L'État respecte strictement l'autonomie des partenaires sociaux ainsi que le cadre légal fédéral régissant les CCT (Code des obligations) et adopte une position de neutralité. Les CCT manifestent la volonté des partenaires sociaux de définir ensemble des conditions de travail et de rechercher un équilibre des intérêts. La CCT Santé est une convention entre des employeuses et employeurs ou

des associations employeuses et employeurs et des associations de travailleuses et travailleurs ayant pour objet la réglementation des conditions de travail et des rapports entre les parties à la convention. La CCT est réglée dans les articles 356 à 358 du Code des obligations. L'État ne peut pas, dans ce cadre, être partie à une CCT (en l'occurrence à la CCT Santé 21), dans la mesure où il n'est pas l'employeur de personnels concernés par celle-ci.

L'État peut d'autant moins être partie à la CCT que, selon les législations cantonales régissant les EDP (LRHNe, LCNP, LNomad et LAROSS), il est appelé à fixer les conditions de travail des EDP si les partenaires sociaux ne parviennent pas à un accord au terme de négociations sérieuses. Il a donc un rôle subsidiaire.

Bien que les législations concernées ne le prévoient pas expressément, on peut imaginer, comme ce fut le cas en 2021, que le Conseil d'État soit sollicité par les partenaires sociaux pour intervenir comme facilitateur ou que si les partenaires sociaux lui font part d'un constat de désaccord, il prenne langue avec eux pour tenter de les amener à trouver un accord, sans toutefois l'imposer.

Cela dit, les partenaires sociaux portent seuls la pleine et entière responsabilité en cas de succès ou d'échec des négociations.

Inconvénients

Le fait que le Conseil d'État soit amené à fixer les conditions de travail du personnel des EDP si les partenaires sociaux ne parviennent pas à un accord, pour les raisons expliquées plus haut, peut avoir comme conséquence que les partenaires sociaux se déchargent « plus rapidement » de leur responsabilité en matière de fixation des conditions de travail sur l'État lorsque les négociations ont de la peine à avancer, en espérant que l'État arbitre favorablement en faveur de l'un ou de l'autre.

L'État ne participant pas aux négociations à la CCT Santé 21 (en tous les cas comme partie, possiblement comme observateur), il peut lui être difficile de se positionner en toute connaissance de cause, par la suite, en cas de désaccord, pour fixer des conditions de travail équilibrées. Cette variante laisse par ailleurs l'État sans influence réelle sur l'évolution des coûts et n'empêche pas que les partenaires se déchargent sur lui en cas de blocage, même s'il est attendu des conseils d'administration et des directions des EDP qu'ils assument leur responsabilité en menant des négociations dans une vision large, en prenant en compte les intérêts de l'institution, mais aussi de l'État. Celui-ci se trouve ainsi plutôt dans une position réactive.

Comme inconvénient, on peut aussi citer l'incertitude sur la couverture financière des engagements a posteriori par l'État et d'éventuels autres financeurs.

6.2. Variante 2 : Fixation par l'État d'un cadre financier aux institutions avant le lancement des négociations

Le Conseil d'État fixe un cadre financier aux institutions dès le début des négociations permettant aux employeuses et employeurs d'engager des moyens sans risque financier.

Avantages

Les conditions-cadre, notamment sur le plan financier, sont déterminées par l'État, en fonction des capacités financières de celui-ci. Elles sont connues des partenaires sociaux, qui peuvent ainsi négocier en connaissant celles-ci dès le départ et chercher un terrain d'entente quant à l'affectation globale des ressources, et non sur le montant de celles-ci. Il est ainsi possible de trouver un accord plus facilement et rapidement. Cette variante donne de la prévisibilité aux partenaires sociaux.

Elle sécurise par ailleurs les finances publiques en permettant à l'État de maîtriser son engagement financier par une meilleure prévisibilité financière et un renforcement du pilotage budgétaire.

Inconvénients

Cette variante générerait une complexité très importante liée à l'hétérogénéité des quelques 70 institutions soumises à la CCT Santé 21 et de leur financement. Le mode de financement de ces institutions diffère en particulier sensiblement d'une à l'autre. En particulier, le CNP et le RHNe négocient des tarifs avec les assureurs-maladie et bénéficient d'une participation minimale de 55%

de l'État pour la rémunération de leurs prestations dans le domaine stationnaire ; pour leurs prestations ambulatoires, ils dépendent de tarifs négociés à l'échelon national par leur fédération avec d'autres partenaires et d'une valeur du point négocié sur le plan cantonal. Les EMS, NOMAD et AROSS sont soumis chacun à d'autres modalités de financement.

Ainsi, fixer un tel cadre dès le départ pourrait mettre en difficulté certaines institutions, notamment le RHNe et le CNP qui sont les principaux employeurs de personnel soumis à la CCT Santé 21 : si les tarifs négociés avec les assureurs-maladie ne devaient pas pouvoir couvrir les augmentations salariales consenties lors des négociations, cela pourrait conduire ces acteurs à solliciter financièrement l'État, créant un déséquilibre et des distorsions avec les autres institutions. La maîtrise par l'État de son engagement financier s'en trouverait dans ce contexte fortement diminuée.

Il faut relever que le budget de l'État ne contient pas une rubrique générale portant sur le salaire du personnel des institutions de soins affiliés ou soumises à la CCT Santé 21, mais des rubriques par institution (pour les EDP, pour certains subdivisées en des sous-rubriques, dont aucune ne fait référence à la rémunération du personnel) et/ou groupes d'institutions. Partant, la définition d'un cadre financier homogène *ex ante* serait compliquée et représenterait une charge administrative importante tant pour les partenaires de l'État que pour ce dernier.

Par ailleurs, l'application automatique du renchérissement, telle que prévue par l'État pour son personnel, ne fait pas l'unanimité au sein des institutions soumises à la CCT Santé 21 eu égard aux contraintes, notamment tarifaires dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), qui pèsent sur certaines d'entre elles.

Enfin, cette variante pose un problème institutionnel, puisque le Conseil d'État serait amené à engager des moyens sans que ceux-ci n'aient été validés par le Grand Conseil. Il s'agirait par conséquent, pour éviter ce problème, que le Grand Conseil soit saisi des intentions du Conseil d'État avant l'ouverture d'une révision, qu'il vote une enveloppe permettant ensuite aux partenaires de négocier en vue d'une entrée en vigueur à terme. Or, cela reviendrait à figer une partie du budget de l'État, rendant impossible tout arbitrage du budget cantonal global, ni par le Conseil d'État, ni par le Grand Conseil.

6.3. Variante 3 : Implication de l'État dans les négociations au titre d'observateur

L'État est partie aux négociations sur la CCT Santé 21, mais avec le rôle initial d'observateur, au même titre qu'il est partie aux négociations tarifaires menées par le RHNe et le CNP avec les assureurs-maladie. Il ne représente toutefois ni les employeuses et employeurs, ni les employées et employés.

Avantages

Cette variante préserve la responsabilité première des partenaires sociaux si le mandat est clair. Le fait que l'État soit présent comme observateur, sans être partie prenante, peut contribuer au fait que les discussions se mènent dans un climat plus serein ; cela lui permet en outre d'être mieux renseigné sur la situation s'il doit intervenir comme « médiateur », « facilitateur » ou si les partenaires sociaux ne parviennent pas à un accord pour fixer les conditions de travail.

Inconvénients

Le rôle d'observateur dans un tel environnement n'est pas forcément facile à exercer. Il peut être mal perçu, particulièrement si le mandat et le rôle ne sont pas clairement définis, présentant au surplus le risque que l'État, par sa représentante ou son représentant soit pris à partie par les partenaires sociaux pour arbitrer les points sur lesquels ceux-ci ne sont pas d'accord. La question se pose au surplus de savoir qui pourrait jouer ce rôle au sein de l'État, quel serait le profil attendu, ainsi que les compétences et le niveau hiérarchique nécessaires pour l'exercer.

Enfin et surtout, le risque de voir les partenaires de se désengager de leurs responsabilités dans les négociations d'une CCT serait grand dans ce scénario.

Il faudrait ainsi s'attendre à une politisation accrue de la négociation sur les conditions de travail, mais aussi à une évolution vers une négociation tripartite, comprenant les partenaires sociaux et l'État.

6.4. Analyse des variantes identifiées

La variante 1, soit celle qui prévaut actuellement, est la seule qui respecte pleinement l'architecture de la réglementation fédérale des conventions collectives de travail, telle qu'ancrée aux articles 356 ss du Code des obligations. Elle garantit que la CCT demeure l'expression de la volonté des partenaires sociaux, lesquels assument la responsabilité première de la négociation et du contenu de la convention. Elle maintient une répartition claire des rôles et des responsabilités : aux partenaires sociaux la négociation et la conclusion de la CCT ; à l'État la garantie du cadre légal et, en cas d'échec avéré des discussions, l'exercice d'une compétence subsidiaire de fixation des conditions de travail. Cette séparation nette limite le risque de dilution des responsabilités, de politisation prématurée des négociations ou d'évolution vers une négociation de facto tripartite.

Le statu quo préserve une séparation institutionnelle claire : l'État n'intervient pas dans la négociation elle-même, mais conserve sa compétence subsidiaire en cas d'échec des discussions. Cette configuration maintient la cohérence du système, garantit la responsabilité pleine et entière des partenaires sociaux et évite toute ambiguïté quant au rôle de l'État. Elle permet en outre, si les circonstances l'exigent, une intervention ponctuelle et informelle de facilitation, sans institutionnaliser une présence permanente susceptible de brouiller les rôles.

Cette variante est préférable à la variante 2 – fixation par l'État d'un cadre financier en amont des négociations – notamment parce que celle-ci est susceptible d'influencer substantiellement la marge de manœuvre des partenaires sociaux et reviendrait à ce que l'État intervienne indirectement dans le résultat de la négociation de nouvelles versions de la CCT Santé 21, même s'il n'est pas formellement partie à la convention. Une telle évolution modifierait l'équilibre voulu par le législateur entre l'État et les EDP et affaiblirait, *de facto*, l'autonomie conventionnelle de ces derniers. Cette variante poserait également un problème au regard de la construction du budget de l'État, dans la mesure où elle limiterait la flexibilité des arbitrages budgétaires de l'État.

Par ailleurs, la variante 2 exposerait l'État à un risque financier et politique accru sans lui garantir une maîtrise effective des paramètres déterminants. Les institutions soumises à la CCT Santé 21 présentent des modes de financement hétérogènes, que ce soit en lien avec les mécanismes prévus par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ou le droit cantonal (LFinEMS, LAROSS, notamment). Fixer un cadre financier uniforme en amont des négociations pourrait créer des déséquilibres entre institutions ou conduire, en cas d'insuffisance des recettes tarifaires, à des sollicitations complémentaires de l'État.

Quant à la variante 3, si elle peut, à première vue, améliorer la connaissance de l'État du déroulement des négociations et lui permettre d'anticiper d'éventuels blocages et interventions de sa part (comme régulateur ou médiateur), elle modifierait la dynamique institutionnelle propre à la négociation collective. La convention collective de travail repose, selon les articles 356ss du Code des obligations, sur une relation bipartite entre organisations d'employeuses et employeurs et organisations de travailleuses et travailleurs. Introduire de manière structurelle l'État dans le processus, même sans pouvoir formel de décision, créerait *de facto* un cadre tripartite, susceptible d'altérer la responsabilité première des partenaires sociaux.

En effet, la simple présence de l'État pourrait conduire les parties à ajuster leur stratégie de négociation en fonction d'un acteur tiers perçu comme arbitre potentiel ou garant financier indirect. Il existe un risque réel que les partenaires sociaux soient tentés de déplacer vers l'État les points les plus sensibles du débat, en espérant qu'il tranche ou facilite un compromis. Une telle évolution affaiblirait la logique de coresponsabilité et pourrait diluer les responsabilités en cas d'échec.

Par ailleurs, le rôle d'observateur de l'État dans un contexte de tensions salariales et budgétaires serait délicat à définir et à exercer. Sans mandat clair et strictement limité, l'État pourrait être perçu tantôt comme trop distant, tantôt comme trop interventionniste. Cette position intermédiaire l'exposerait à un risque accru de politisation, notamment si les négociations devaient échouer ou si les revendications salariales entraient en tension avec les contraintes budgétaires cantonales. L'État se retrouverait alors publiquement associé à un processus dont il ne maîtrise ni le rythme ni l'issue.

À l'inverse, la variante 1 préserve une séparation institutionnelle claire : l'État n'intervient pas dans la négociation elle-même, mais conserve sa compétence subsidiaire en cas d'échec des discussions. Cette configuration maintient la cohérence du système, garantit la responsabilité pleine et entière des partenaires sociaux et évite toute ambiguïté quant au rôle de l'État. Elle permet en

outre, si les circonstances l'exigent, une intervention ponctuelle et informelle de facilitation, sans institutionnaliser une présence permanente susceptible de brouiller les rôles.

Ainsi, si la variante 3 présente l'avantage d'une meilleure information de l'État, elle comporte des risques institutionnels et politiques non négligeables. À l'égard de celle-ci, le statu quo apparaît également comme la solution la plus équilibrée, respectueuse du cadre juridique, claire dans la répartition des responsabilités et prudente du point de vue institutionnel.

| Variantes | Description | Avantages | Inconvénients |
|----------------------------------|--|---|---|
| Statu quo | L'État n'intervient que pour fixer les conditions de travail du personnel des EDP si les partenaires sociaux n'arrivent pas à un accord. Il ne reconnaît pas les engagements financiers de la CCT. Même si le cadre légal ne le prévoit pas, il peut intervenir au besoin comme médiateur. | Respect du rôle légal de l'État et du Code des obligations. Maintien de l'autonomie des partenaires sociaux. Cohérence avec les lois cantonales spéciales instituant les EPD (LRHNe, LCNP, LNomad, LAROSS). | Risque que les partenaires sociaux se déchargent trop vite de leurs responsabilités sur l'État en cas de blocage. Influence limitée de l'État sur l'évolution des charges salariales. |
| Cadre financier préalable | L'État fixe un cadre financier aux institutions avant le début des négociations pour sécuriser les moyens disponibles. | Négociation par les partenaires en connaissance des ressources disponibles. Anticipation des contraintes budgétaires cantonales. Moyen de favoriser un accord plus rapide. | Création de déséquilibres vu les modes de financement différents entre les institutions appliquant la CCT Santé 21. Risque de sollicitation de l'État par les institutions concernées si les tarifs négociés à charge de l'assurance obligatoire des soins ne couvrent pas les augmentations salariales. Désaccord possible sur l'application automatique du renchérissement. Limitation de la flexibilité des arbitrages budgétaires de l'État. |
| Observateur | L'État participe aux négociations comme observateur. | Meilleure information de l'État pour intervenir en médiateur/facilitateur ou en cas d'absence d'accord, entre partenaires sociaux. | Rôle flou et difficile à tenir (risque d'être pris à partie). Peut donner aux partenaires sociaux l'occasion de se désengager de leurs responsabilités. Politisation potentielle. |

7. CONCLUSION ET PROPOSITION DE CLASSEMENT

Au terme de l'analyse des variantes envisageables, le Conseil d'État considère que la variante 1, soit celle du statu quo, doit être privilégiée.

Il estime que même si les négociations entre partenaires peuvent parfois donner lieu à des tensions, voire à des blocages, ceux-ci sont inévitables et ne permettent pas de conclure que le système actuel souffre d'un dysfonctionnement structurel. Le statu quo permet à l'État d'intervenir, en cas de

nécessité, comme facilitateur ou autorité subsidiaire, sans remettre en cause l'autonomie des partenaires sociaux ni accroître son exposition financière.

Pour l'ensemble des motifs exposés ci-dessus, le Conseil d'État estime que le maintien de la pratique actuelle constitue la solution la plus conforme au droit, la plus cohérente sur le plan institutionnel et la plus prudente du point de vue financier. Dans ce contexte, il propose le classement du postulat 24.177.

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

Neuchâtel, le 17 juin 2026

Au nom du Conseil d'État :

Le président,
F. MAIRY

La chancelière,
S. DESPLAND

Historique plus détaillée de la CCT Santé 21 (en en lien avec le chapitre 3)

Contexte et origine (2000)

- Début des années 2000 : confrontation du Canton de Neuchâtel à une pénurie et à un manque d'attractivité du personnel soignant, avec un climat social tendu (arrêts de travail, concurrence intercantonale).
- 3 octobre 2000 : dépôt d'une motion interpartis (00.158) au Grand Conseil demandant au Conseil d'État de valoriser les conditions de travail et de rémunération du personnel hospitalier et de garantir un nombre suffisant d'élèves dans les écoles de soins.
- 4 octobre 2000 : acceptation de la motion d'urgence à l'unanimité.

Décisions politiques (2001)

- Début 2001 : décision du Conseil d'État de remplacer les normes internes du Département de la santé (DJSS à l'époque) régissant le personnel des institutions de soins subventionnées par une CCT couvrant l'ensemble du personnel de la santé des secteurs subventionnés.
- Mise en place d'un groupe de travail (commission plénière) réunissant partenaires sociaux (syndicats, institutions) et administration cantonale DJSS, service cantonal de la santé publique (SCSP), service des ressources humaines (SRHE), service juridique (SJEN).
- Mesures transitoires (2001–2004) :
 - 2001 : prime unique pour le personnel soignant ;
 - 2002 : augmentations salariales de 2%, 3,5% et 6,5% selon les professions ;
 - 2003 – 2004 : engagement du Conseil d'État à augmenter encore les salaires de 1% par an.

Élaboration et adoption de la CCT Santé 21 (2001-2003)

- 2001–2003 : élaboration de la CCT Santé 21. Travaux en 3 volets :
 1. amélioration des conditions de travail (horaires, vacances) ;
 2. harmonisation du système salarial ;
 3. amélioration du climat de travail (dispositif anti-harcèlement).
- 28 novembre 2003 : adoption de la CCT par la commission plénière².
- 12 décembre 2003 : signature officielle des conventions par les partenaires sociaux.
- Principales améliorations introduites (à sa création) : réduction du temps de travail à 40h hebdomadaires et limitation à 6 jours consécutifs ; meilleure couverture salariale en cas de maladie et nouvelles garanties en cas de suppression de poste, introduction d'un dispositif anti-harcèlement, de congés « jeunesse » et parentaux élargis, encouragement à la formation, création de commissions consultatives du personnel, bourse aux emplois, nouvelle grille salariale (en 2005) et prise en charge des habits professionnels.
- Financement de ces améliorations : allocation de 10 millions de francs par le Conseil d'État pour l'application de la CCT Santé 21 (2/3 pour conditions de travail, 1/3 pour la grille salariale), en plus des revalorisations salariales urgentes pour un montant d'environ 20 millions de francs.

² En fait, deux CCT liées sous l'appellation « CCT Santé 21 ». Pour des raisons juridiques (droit public / droit privé), il a fallu créer : une CCT de droit public (hôpitaux publics et hôpital psychiatrique de Perreux, une CCT de droit privé (cliniques, EMS, services d'aide et soins à domicile subventionnés).

Entrée en vigueur de la CCT Santé 21 et mise en place de ses organes (2004–2007)

- 1^{er} juillet 2004 : entrée en vigueur de la CCT Santé 21.
- Mise en œuvre progressive : semaine de 40 heures dès octobre 2004 ; nouvelle grille de fonctions et échelle salariale appliquées dès le 1^{er} janvier 2007.
- Création des instances appelées à faire fonctionner la CCT21 :
 - commission plénière (élaboration du texte), qui devient commission plénière et faïtière puis commission faïtière.
 - Commission paritaire : rôle important dans l'interprétation du texte.

Entrée en vigueur du nouveau système de rémunération et conséquences (2007– 2009)

- 1^{er} janvier 2007 : entrée en vigueur du nouveau système salarial (nouvelle grille).
- Contexte difficile : création de l'Établissement hospitalier multisite, EHM, prédécesseur de l'hôpital neuchâtelois (HNE) et du RHNe (environ 50% du personnel concerné par la CCT21) ; réduction des moyens financiers par le Conseil d'État dans un contexte financier difficile ;
- attentes salariales élevées du personnel alors que les principales revalorisations ont déjà eu lieu.
- Décisions financières restrictives : pas d'allocation des 3,3 millions de francs prévus pour financer la nouvelle grille salariale.
- Modalités de transposition : transposition franc pour franc, sans reconnaissance de l'ancienneté ; indemnités désormais payées à l'acte et diminution progressive des salaires « surévalués » (25%/an).
- Mécontentement du personnel sur la non-reconnaissance de l'ancienneté, la perte de revenus due au nouveau mode d'indemnités, la suppression des droits acquis pour les salaires surévalués et la collocation jugée inadéquate de certaines fonctions.
- Négociation de mesures correctrices étalées dans le temps (validées par le Conseil d'État en juin 2007) : maintien du salaire 2006 pour les surévalués ; échelons supplémentaires en 2007 (1), 2008 (2), 2009 (3) pour reconnaître l'ancienneté ; contrôle strict du système salarial dès 2008.

Recours contre la nouvelle grille salariale et procédure (2009–2016)

- 2009 : dépôt d'un recours par 170 employées et employés de l'Établissement hospitalier multisite (EHM ; aujourd'hui : RHNe) pour la reconnaissance de leur ancienneté.
- Gain de cause de ces employées et employés devant le Tribunal cantonal, puis le Tribunal fédéral (avril 2013).
- Obligation de mise à niveau de tout le personnel engagé avant le 1^{er} janvier 2007.
- Conséquences financières :
 - Limitation par le Conseil d'État de la progression salariale à 0,5% par an (2014–2016).
 - Protocole d'accord 2014–2016 : report de l'échelon salarial au 1^{er} juillet 2014 (au lieu du 1^{er} janvier) ; réduction de la grille salariale de 0,5% au 1^{er} juillet 2015 et reconduction de la CCT jusqu'en 2020.
 - Corrections salariales appliquées dès le 1^{er} décembre 2014, rétroactif à 2009 pour les recourants (nouveau recours en cours pour rétroactivité à 2007).

Renouvellement CCT pour la période 2008–2012

- Renégociation en 2006–2007, approbation par le Conseil d'État en août 2008.

- Modifications surtout interprétatives, sans incidence financière majeure.

Renouvellement CCT pour la période 2013–2016

- Négociation 2011–2012, approbation par le Conseil d'État en décembre 2012.
- Améliorations mineures et impact financier neutre : travail de nuit, congés extraordinaires et spéciaux, garanties de salaires et indemnisations maladie.

Renouvellement CCT pour la période 2017–2020

- Négociation au sein de la COMFAIT depuis début 2015.
- Accord trouvé en juin 2016, rejeté par un des syndicats représentant les intérêts des employé- e- s ; renégociation et nouvel accord le 26 octobre 2016.
- Mesures principales : augmentation de 1,2% de la grille au 1^{er} janvier 2017 et possibilité d'une hausse supplémentaire d'ici fin 2020 ; non-octroi d'échelon automatique en 2017 ; non- adaptation à l'IPC 2017–2020 et abandon de la garantie du salaire annuel en fonction de l'IPC.
- Économies : horaire hebdomadaire passant de 40 à 41 heures ; réduction des indemnités week-end/jours fériés (8 → 6 CHF/h) et raccourcissement des plages horaires ; réduction des jours fériés de remplacement (12 → 10).
- Améliorations ciblées : extension de la CCT21 (aspects non salariaux) ; protection des lanceurs d'alerte et conditions de communication des syndicats ; congés extraordinaires pour naissance d'un enfant (2 → 5 jours).
- Salutation par le Conseil d'État de la capacité des partenaires sociaux à concilier attractivité des métiers et contraintes financières.
- Prolongation en 2021 dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 pour permettre aux partenaires de négocier le renouvellement dans des conditions plus sereines.

Renouvellement 2022-2025

- Négociations difficiles, notamment en raison de la crise sanitaire (COVID), qui a accru la pression financière sur les négociations et perturbé les séances de négociations. Report d'une année (à 2022) du renouvellement de la CCT Santé 21 dans ce contexte.
- Intervention du chef du département en charge de la santé à la demande des partenaires sociaux pour aider à débloquer les négociations, avec succès.
- Mesures principales : augmentations de 0,6% en janvier 2022 (en lien avec l'inflation), puis de 0,5% en décembre 2022 ; adoption d'un système d'adaptation de la grille salariale selon l'indice des prix (IPC), avec un « compteur » sur quatre ans pour tenir compte des évolutions positives ou négatives, réserve en cas de variation de $\pm 2,5\%$; révision d'articles spécifiques de la CCT pour régler le temps de travail : planification des horaires, décompte des heures supplémentaires ; renforcement des contrôles sur le respect des dispositions de la CCT Santé 21 et sanctions possibles en cas de manquements répétés.
- Dans un contexte inflationniste, intervention en 2023-2024 de l'État dans la fixation des salaires pour permettre aux établissements signataires de la CCT Santé 21 de s'aligner sur l'inflation : un crédit voté par le Grand Conseil en 2023 a permis d'allouer une augmentation salariale sur la période concernée (au total, +4,4%). Les employées et employés des institutions de santé et des établissements médico-sociaux (EMS) ont bénéficié, dès le 1^{er} janvier 2023, d'une indexation à hauteur de 1%, dont 0,8% financé par l'État, à laquelle est venue s'ajouter une indexation supplémentaire à hauteur de 1%, financée par l'État, qui a été appliquée dès le 1^{er} juillet 2023. Pour l'année 2024, les salaires ont été indexés de 2,2%, comme pour le personnel de la fonction publique.

- Entrée en vigueur d'une nouvelle gouvernance de la CCT21 le 1^{er} janvier 2025, avec adaptation du fonctionnement, de l'organisation et de la structure de ses instances.
- Fin 2024 : décision des partenaires sociaux de prolonger la CCT actuelle (2020-2025) d'une année jusqu'à fin 2026, en attendant la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance.

Interventions politiques, délibérations parlementaires et votation populaire sur la CCT Santé 21

La CCT Santé 21 a suscité au cours de son histoire des interventions populaires et parlementaires qui ont été débattu au sein du Grand Conseil et qui pour certaines ont été adoptées et ont conduit à une votation populaire suite au dépôt d'un référendum,

- Ainsi, le 23 octobre 2012, un groupe de citoyen-ne-s a déposé une motion populaire 12.159 « Pour le maintien de la convention collective de travail CCT santé 21 à l'Hôpital de la Providence demandant que le Conseil d'État, respectivement le Grand Conseil, use de tous les moyens à sa disposition pour obliger la direction de l'Hôpital de la Providence à renoncer à dénoncer la CCT santé 21 de droit privé qui régissait les rapports de travail au sein de cet établissement. Le dépôt de cette motion est intervenu suite à la dénonciation par l'Hôpital de la Providence de la CTT santé 21 pour le 31 décembre 2012, au motif qu'elle était trop généreuse et pour des raisons d'économies, dans le contexte de sa reprise par le groupe de cliniques privées GSMN (aujourd'hui SMNH), dénonciation qui a occasionné une grève et de longues procédures judiciaires portant sur l'exercice du droit de grève. La réponse du Conseil d'État à cette motion, qu'il a proposé de classer, a été intégrée dans un récent rapport portant sur la 2^e phase de la planification hospitalière (et modifications de la loi de santé en lien avec conditions pour figurer sur la liste hospitalière (rapport 24.053), rapport qui a été soumis au Grand Conseil et accepté par lui début mars 2025. Dans ce cadre, le Conseil d'État a réaffirmé qu'il considérait que des conditions de travail adéquates (telles que celles prévues par la CCT Santé 21) contribuent à la qualité et au bon fonctionnement des soins hospitaliers. Plutôt que d'intervenir directement pour « forcer » le maintien de la CCT Santé 21 à l'Hôpital de La Providence, le Conseil d'État a intégré cette préoccupation dans les critères de la planification hospitalière. Il a ainsi proposé que, pour qu'un établissement puisse figurer sur la liste hospitalière cantonale (et ainsi être financé par l'assurance obligatoire des soins), il doit respecter des conditions de travail adéquates. Le Conseil d'État a enfin rappelé dans son rapport qu'un renvoi général et abstrait à la CCT Santé 21 ne saurait, en soi, constituer une condition légale recevable en planification selon le Tribunal administratif fédéral (TAF), mais que favoriser des conditions de travail proches de celles de la CCT Santé 21 dans les critères de planification hospitalière constitue une réponse adaptée aux préoccupations des auteurs de la motion.
- Posant l'hypothèse que l'application de la CCT Santé 21, qui régit les conditions de travail du personnel des institutions de soins parapubliques du canton, génère des surcoûts qui pèsent lourdement sur les finances cantonales, le parti libéral-radical (PLR) a déposé une motion 14.121 le 24 mars 2017 par laquelle il demandait au Conseil d'État de lui fournir un certain nombre d'informations à ce sujet qui devaient permettre de la confirmer (ou non). Pour y répondre, le Conseil d'État a fait appel à un mandataire externe reconnu (IDHEAP à Lausanne) sur les questions qui étaient concernées par la motion. Ce dernier a rendu son rapport d'analyse à fin octobre 2016. En substance, il en est ressorti que, si la CCT Santé 21 telle qu'en vigueur jusqu'à fin 2016 comportait certains points faibles, mais à contrario aussi des points forts bien connus des acteurs concernés, le « paquet global » (conditions de rémunération et autres conditions de travail) était relativement équilibré, atteignant à peu près le niveau moyen des cantons de référence. L'étude réalisée par l'IDHEAP faisait apparaître que, de façon générale, la CCT Santé 21 ne générait pas de coûts particuliers que l'on pourrait considérer comme des surcoûts, en comparaison intercantonale. Elle mettait en perspective le fait que les coûts socio- sanitaires élevés dans le canton ont de nombreuses autres causes. Dans ce contexte et tenant compte aussi du fait que les partenaires sociaux ont adopté dans le courant de l'année 2016 des adaptations du texte qu'ils ont renouvelé pour quatre ans dès 2017, le Conseil d'État avait proposé le classement de la motion dans un rapport 17.007 dédié³.
- Cela dit, sans attendre les résultats de l'analyse réalisée par l'IDHEAP sur mandat du canton en vue de déterminer si la CCT Santé 21 générait des surcoûts, et le cas échéant lesquels en regard des demandes spécifiques formulées dans la motion 14.121 du groupe PLR, celui-ci a déposé,

³ Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil en réponse à la motion du groupe libéral-radical 14.121, du 24 mars 2014, « CCT Santé 21 : pour la transparence, enfin ! », du 15 février 2017 (17.007)

le 23 février 2016, quatre projets visant à supprimer les références à la CCT Santé 21 dans les lois régissant l'HNE (LHNE), le CNP (LCNP), NOMAD (LNOMAD) et le financement des EMS (LFINEMS). Ces projets étaient justifiés pour le groupe PLR par la situation financière de l'État et les économies recherchées dans le cadre du plan d'assainissement des finances. Il faisait valoir que la CCT Santé 21 était devenue insoutenable pour les finances de l'État et s'appuyait sur les premiers chiffres obtenus en réponse à la motion 14.121 dont il prétendait qu'ils montraient d'importants surcoûts. En l'occurrence, ces projets de modification de lois demandaient, dans leur version initiale, que la CCT Santé 21 ne soit plus le texte de référence régissant les conditions de travail des institutions concernées soit l'HNE, le CNP et NOMAD et que leur application ne donne plus lieu à un supplément de tarif pour les EMS touchés.

Par contre, ces projets de lois maintenaient la notion de CCT en limitant son application au personnel soignant (le personnel administratif en était exclu). L'adoption de ces projets de modifications de lois par le Grand Conseil a donné lieu à un référendum. Au mois de novembre 2017, le peuple a été appelé à se prononcer sur ces projets de modifications sur le maintien de la CCT Santé 21 comme pierre angulaire des conditions de travail de tout le personnel dans le domaine de la santé. Et c'est à plus de 75% qu'il a accordé sa confiance à cette CCT pour garantir des conditions de travail performantes et modernes aux 7'000 collaborateurs et collaboratrices du secteur.

Procédure de recours sur des réglementations cantonales neuchâteloises faisant de la CCT Santé 21 des conditions de travail de référence dans le canton

Les tribunaux fédéraux (dans un cas, le Tribunal fédéral (TF), dans un autre, le Tribunal administratif fédéral (TAF) ont été amenés, dans le cadre de procédure de recours, à se pencher à deux reprises sur des réglementations cantonales neuchâteloises partageant des caractéristiques communes, à savoir qu'elles utilisaient la CCT Santé 21 comme référence pour définir des standards minimaux de conditions de travail, associaient l'application de ces standards à une majoration incitative des financements ou tarifs octroyés par l'État et poursuivaient des objectifs similaires de qualité des soins et d'économicité.

Ainsi, dans un arrêt 2C 642/2018 de 2019, portant le financement des EMS et faisant suite à des recours de deux associations faitières d'EMS à but lucratif portant sur un règlement du Conseil d'État sur la reconnaissance des conditions générales de travail des établissements médico-sociaux (art. 24 LFinEMS) (RRCGT) de 2018, conditions donnant droit à une majoration de tarif, le TF a confirmé que l'usage d'une CCT comme référence pour définir des standards minimaux de conditions de travail est compatible avec le droit fédéral, à condition que l'application reste incitative, proportionnée et motivée, et que les établissements conservent une liberté d'application totale ou partielle.

Parallèlement, le TAF, dans un arrêt C-7017/2015 de 2021, portant sur la liste hospitalière cantonale neuchâteloise 2016, où il s'est notamment penché sur les exigences à respecter posées dans un arrêté du Conseil d'État définissant les conditions-cadres applicables pour déterminer cette liste, en particulier celle portant sur le respect des conditions de travail prévues par la CCT Santé 21, a conclu que le respect des conditions de travail adéquates pour le personnel hospitalier — incluant la rémunération, le temps de travail, la formation et le climat de travail — contribue à garantir la qualité des soins et à favoriser l'économicité des prestations, tout en renforçant la fidélisation et l'attraction de personnel qualifié. Le TAF a toutefois précisé que de telles exigences doivent être formulées de manière précise et motivée, et non par un simple renvoi général à une convention collective telle que la CCT Santé 21, tout en soulignant que le lien avec la qualité des soins n'a pas besoin d'être démontré scientifiquement de manière stricte, mais de manière raisonnablement justifiée.

Ces deux décisions établissent donc que les autorités peuvent fixer des conditions minimales de travail dans le cadre de la planification hospitalière ou du financement des EMS pour soutenir la qualité, l'économicité et la disponibilité de personnel qualifié, tout en respectant la liberté d'association et le principe d'égalité de traitement.

Ancrage dans la loi de santé de l'exigence posée aux hôpitaux et cliniques de garantir des conditions de travail adéquates pour figurer sur la liste hospitalière s'appuyant sur la CCT Santé 21

Suite à l'arrêt du TAF de 2021, et dans la perspective de l'établissement de sa nouvelle liste hospitalière, le Conseil d'État a décidé, dans le cadre d'un rapport sur la planification hospitalière

portant modification de la loi de santé (LS) dont il a déjà été fait référence plus haut (rapport 24.053), d'ancrer dans cette loi, à l'art. 83e, et plus seulement dans un arrêté, notamment des conditions d'admission aux hôpitaux pour figurer sur cette liste, en particulier la garantie de conditions de travail adéquates (art. 83f) pour le personnel soignant, thérapeutique et médico-technique. Le Grand Conseil a adopté ce rapport et les modifications de la loi de santé proposées au début du mois de mars 2025.

L'article 83f, de la LS définit les conditions de travail adéquates pour le personnel soignant, thérapeutique et médico-technique, calculées sur la base d'une rémunération horaire prenant en compte salaires minimaux et maximaux, cotisations de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP), temps de travail et repos, indemnités pour travail irrégulier, de nuit ou de week-end, ainsi que la couverture des frais professionnels.

Ces exigences visent à garantir la qualité et l'économicité des prestations, à fidéliser le personnel et à éviter le dumping salarial, mais aussi la surenchère salariale, tout en restant compatibles avec les principes de planification hospitalière fixés par le droit fédéral. La formulation adoptée permet, sans imposer l'application à la lettre de chaque disposition de la CCT Santé 21, de garantir un seuil minimum de conditions adéquates, étant entendu que les établissements restent libres de proposer des conditions meilleures, jusqu'à hauteur d'un plafond maximum.

TABLE DES MATIÈRES

| | <i>Pages</i> |
|---|--------------|
| RÉSUMÉ | 1 |
| 1. TENEUR DU POSTULAT 24.177 | 2 |
| 2. CONTEXTE | 2 |
| 2.1. Principe général : rôle limité de l'État..... | 3 |
| 2.2. Intervention exceptionnelle de l'État (2023–2024)..... | 3 |
| 2.3. Revendications de la pétition et position du Conseil d'État..... | 3 |
| 2.4. Mise en œuvre de l'initiative fédérale « pour des soins infirmiers forts »..... | 3 |
| 3. CCT SANTÉ 21 | 4 |
| 3.1. Qu'est-ce qu'une CCT ?..... | 4 |
| 3.2. Qu'est-ce que la CCT Santé 21 ?..... | 4 |
| 3.3. Quel est l'historique de la CCT Santé 21 ?..... | 5 |
| 4. ÉVOLUTION DE L'IMPLICATION DE L'ÉTAT DANS LA CCT SANTE 21– PRINCIPAUX JALONS | 5 |
| 5. ÉTAT ACTUEL DE LA SITUATION | 7 |
| 6. VARIANTES ENVISAGEABLES EN RÉPONSE À LA MOTION 24.177 | 7 |
| 6.1. Variante 1 : Statu quo..... | 7 |
| 6.2. Variante 2 : Fixation par l'État d'un cadre financier aux institutions avant le lancement des négociations..... | 8 |
| 6.3. Variante 3 : Implication de l'État dans les négociations au titre d'observateur..... | 9 |
| 6.4. Synthèse des variantes identifiées ainsi que de leurs avantages et inconvénients.. | 10 |
| 7. CONCLUSION ET PROPOSITION DE CLASSEMENT | 11 |
| Annexe : Historique plus détaillée de la CCT Santé 21 (en lien avec le chapitre 3)..... | 13 |