

**Annexe 1 :**

CCT Santé 21 - Analyse de l'emploi et des coûts salariaux des domaines des hôpitaux, des EMS et de l'aide et des soins à domicile

**Canton de Neuchâtel  
Département des finances et de la santé**

**CCT Santé 21  
Analyse de l'emploi et des coûts salariaux  
des domaines des hôpitaux, des EMS et de  
l'aide et des soins à domicile**

***Rapport final***

**à l'attention du Chef du Département**

18 octobre 2016

Prof. Y. Emery, Dr. C. Koller, chef de projet, O. Boukamel, assistant diplômé

## Remerciements

Dans le cadre de la collecte des données, nous avons été amenés à contacter et parfois à rencontrer beaucoup de personnes au sein des cantons sélectionnés, ainsi qu'à l'Office fédéral de la statistique. Nous tenons à les remercier chaleureusement, toutes et tous, pour leur disponibilité et le bon accueil qu'elles ont réservé à notre démarche.

En particulier, nous aimerions remercier :

- A l'Office fédéral de la statistique : Mesdames Edith Salgado-Thalmann et Flavia Lazzari, ainsi que Monsieur Anthony Francis.
- A l'Observatoire de la santé : Messieurs Paul Camenzind, Marcel Widmer et Dimitri Kohler.
- Au Service de la santé publique du Canton de Neuchâtel : Monsieur Christophe Guye
- Au Secrétariat de la CCT-21 : Monsieur Christian Leuba.
- Les personnes interviewées des organisations neuchâteloises représentatives des employeurs et des employés du domaine de la santé.
- Les acteurs multiples des neuf cantons de référence.
- Les représentants d'autres institutions cantonales ou faïtières, en particulier : Markus Nydegger, *Kantonsspital Baselland*, à Liestal ; Ivana Petraglio, *Divisione Sanitaria del Cantone Ticino*, à Bellinzona ; Beatriz Rosende-Carobbio, *Syndicat des services publics (domaine santé)*, à Lausanne ; Jean-Paul Jeanneret, *Service de la santé du Canton de Vaud*, à Lausanne.

## Avertissement

Le mandataire atteste qu'il a bénéficié de toute l'autonomie requise dans la conduite de son analyse. Dans ce rapport, les résultats et les avis sont exprimés en toute indépendance. Par conséquent, ils ne reflètent pas nécessairement la position du mandant et n'engagent donc pas ce dernier.

## Table des matières

<b>1. Introduction et contexte .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Objectifs du mandat.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Méthode et sources.....</b>	<b>5</b>
3.1 Approche quantitative .....	6
3.2 Approche qualitative .....	10
<b>4. Organisation et réformes de la santé dans les cantons et place des CCT .....</b>	<b>12</b>
4.1 Le domaine de la santé face à des défis considérables .....	12
4.2 Les CCT en Suisse et dans la santé.....	13
4.3 La CCT-21 dans le canton de Neuchâtel.....	15
4.3.1 La CCT-21 en bref .....	15
4.3.2 Fonctionnement et conditions .....	16
<b>5. Analyse quantitative : Neuchâtel en comparaison intercantonale .....</b>	<b>18</b>
5.1 Comparaison des emplois par types d'employeurs et catégories de fonctions.....	18
5.1.1 Données contextuelles.....	18
5.1.2 Densité et répartition des emplois par domaine d'activité .....	21
5.1.3 Zoom sur les emplois soumis à la CCT-21 dans le canton de Neuchâtel .....	22
5.1.4 Densité et répartition des emplois selon la fonction et le type d'employeur ...	23
5.1.5 Emplois selon la nature juridique privée-publique .....	29
5.2 Degré de couverture des CCT / Lpers selon le type d'employeur.....	29
5.3 Analyse comparative fine par fonction .....	32
5.3.1 Présentation des données .....	32
5.3.2 Fonctions soignantes, médico-techniques et médico-thérapeutiques .....	34
5.3.3 Fonctions du social .....	35
5.3.4 Fonctions de l'hôtellerie .....	36
5.3.5 Fonctions de la technique-logistique .....	37
5.3.6 Fonctions de l'administration.....	37
5.3.7 Salaires bruts minimums et maximums par fonction.....	38
5.3.8 Synthèse de l'analyse comparée des rémunérations par fonction .....	39
5.4 Analyse exploratoire multivariée .....	40
<b>6. Analyse qualitative : perception des acteurs interviewés .....</b>	<b>42</b>
6.1 Acteurs neuchâtelois .....	42
6.2 Eclairage complémentaire d'autres cantons .....	46
6.2.1 Le cas de Bâle-Campagne.....	46
6.2.2 Le cas du Tessin .....	48
6.2.3 Le cas du canton de Vaud.....	49
<b>7. Conclusion : constats et principales recommandations .....</b>	<b>51</b>
7.1 Au niveau de l'analyse quantitative par canton.....	51
7.2 Au niveau de l'analyse par fonctions-type.....	53
7.3 Au niveau de l'analyse liée à la perception des acteurs .....	56
<b>8. Bibliographie citée .....</b>	<b>59</b>
<b>9. Liste des figures.....</b>	<b>60</b>
<b>10. Annexes .....</b>	<b>61</b>

## Abréviations utilisées dans le présent rapport

AFF	Administration fédérale des finances
ALCP	Accords sur la libre circulation des personnes
ANEDEP	Association neuchâteloise d'établissements médico-sociaux privés
ANEMPA	Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées
ANIPPA	Association neuchâteloise des institutions privées pour personnes âgées
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
BADAC	Base de données des cantons et des villes suisses
BE	Canton de Berne
BL	Canton de Bâle-Campagne
CCT	Convention collective de travail
CCT-21	Convention collective de travail dans le domaine de la santé (Neuchâtel)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CNP	Centre neuchâtelois de psychiatrie
CO	Code des obligations
COFIL	Comité de pilotage
CURAVIVA	Association des homes et institutions sociales suisses
SwissDRG	« Swiss Diagnosis related group » ou « groupe homogène de diagnostic suisse »
EMS	Etablissements médico-sociaux
EPT	Equivalents plein-temps
ESS	Enquête suisse sur la structure des salaires
FR	Canton de Fribourg
GE	Canton de Genève
GSMN	Genolier Swiss Medical Network
H+	H+ Les hôpitaux suisses
HNE	Hôpital neuchâtelois
HUG	Hôpitaux universitaires genevois
JU	Canton du Jura
KS	Krankenhausstatistik / Statistique des hôpitaux
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCNP	Loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie
LEHM	Loi sur l'Etablissement hospitalier multi sites cantonal
LFinEMS	Loi sur le financement des établissements médico-sociaux
LNOMAD	Loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile
LPC	Loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LPers	Loi sur le personnel de l'Etat
LTr	Loi sur le travail
MT	Personnel médico-technique
MTH	Personnel médico-thérapeutique
NE	Canton de Neuchâtel
NOMAD	Neuchâtel Organise le Maintien A Domicile
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
Obsan	Observatoire de la santé
OdASanté	Organisation faîtière nationale du monde du travail en santé
PC	Prestations complémentaires
PLR	Parti libéral-radical
SAS	Statistical Analysis System
SASD	Service d'aide et de soins à domicile
SCSP	Service cantonal de la santé publique
SO	Canton de Soleure
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
SSP-VPOD	Syndicat suisse des services publics
STATENT	Statistique des entreprises
STATPOP	Statistique de la population
SYNA	Syndicat interprofessionnel
TARMED	Tarif médical
TI	Canton du Tessin
VD	Canton de Vaud
VS	Canton du Valais

## 1. Introduction et contexte

Début 2015, le département des finances et de la santé (DFS) du Canton de Neuchâtel a mandaté l'IDHEAP, par son unité Management public et gestion des ressources humaines placé sous la direction du Professeur Yves Emery, pour procéder à une analyse des coûts liés à la mise en œuvre de la CCT santé 21 (ci-après CCT-21). Cette CCT avait fait l'objet d'une motion déposée par le Groupe libéral-radical au mois de mars 2014, laquelle demandait une analyse des coûts supplémentaires (surcoûts) occasionnés pour l'Etat par sa mise en œuvre (cf. annexe 1.1). Cette motion est détaillée en questions plus spécifiques, toujours dans la même optique d'évaluer les surcoûts évoqués, et touchant en particulier le personnel administratif, les postes de travail devant être créés pour pallier aux congés supplémentaires octroyés par la CCT-21, l'absence d'annualisation du temps de travail, les samedis considérés comme des dimanches.

A noter qu'une analyse comparative des salaires minimaux et maximaux, pondérés par les horaires, vacances et jours fériés, a déjà été réalisée il y a quelques années par la Commission paritaire de la CCT-21<sup>1</sup>, mais qu'elle n'est pas considérée comme légitime par les motionnaires.

Ce rapport présente les objectifs poursuivis ainsi que la méthode adoptée, les analyses effectuées, les résultats obtenus, ainsi que les recommandations qui en découlent, ce afin d'apporter des éléments de réponse aux motionnaires et, plus généralement, d'outiller le Gouvernement neuchâtelois pour une analyse fine de la masse salariale et des effectifs par fonction dans les domaines des hôpitaux, des EMS et de l'aide et des soins à domicile (SASD).

## 2. Objectifs du mandat

Les objectifs de la démarche adoptée, validés par un COPIL (voir point 3 ci-après), sont les suivants :

- évaluer la masse salariale et le niveau des emplois des collaborateurs<sup>2</sup> soumis à la CCT-21, sur des fonctions-types identifiées, et au sein des trois catégories d'employeurs que sont les hôpitaux, les EMS et l'aide et les soins à domicile,
- comparer ces coûts salariaux et niveaux d'emploi à ceux d'autres cantons de référence (BE, BL, FR, GE, JU, SO, VD, VS, TI) sélectionnés selon différents critères définis par le COPIL précité (voir ci-dessous). Pour ce faire, dresser notamment une liste comparative des avantages annexes accordés au personnel, et valoriser ces avantages lorsque la conversion en francs est possible et fait sens,
- évaluer les effets de la CCT-21 (dès son entrée en vigueur complète en 2007) sur le niveau des emplois et des salaires à Neuchâtel, dans une optique longitudinale (2007-2014) et comparative (cf. cantons de référence),
- faire la synthèse des enjeux et modalités de gestion de la CCT-21, tels que perçus par les acteurs-clés interviewés, et réaliser une comparaison avec d'autres cantons ayant introduit de telles CCT.

---

<sup>1</sup> Rapport de la Commission paritaire CCT-21 sur la comparaison salariale inter-cantonale 2012. Neuchâtel : CCT-21 (voir annexe 1.2 et bibliographie citée).

<sup>2</sup> La forme masculine est utilisée dans le présent rapport à titre de simplification du texte.

Le présent rapport aboutit ainsi à une évaluation intégrée des (sur)coûts liés à la mise en œuvre de la CCT-21 dans le canton de Neuchâtel, considérant autant l'effet « salaire » que l'effet « emploi », en établissant un différentiel des coûts socio-sanitaires entre Neuchâtel et les cantons de référence.

### 3. Méthode et sources

L'analyse est placée sous la direction d'un COPIL qui s'est réuni à 5 reprises entre septembre 2015 et juillet 2016, formé des personnes suivantes :

- M. Laurent Kurth, président, chef du DFS
- M. Christophe Guye, vice-président et chef de projet, adjoint au chef du SCSP en charge des affaires juridiques, fédérales et intercantonales
- M. Julien Niklaus, secrétaire général adjoint du DFS en charge de la santé
- M. Vincent Huguenin-Dumittan, chef du SCSP
- M. Thierry González, chef du Service des ressources humaines de l'Etat
- Mme Gisèle Hostettler Fässler, directrice administrative de la Fondation des établissements cantonaux pour personnes âgées (FECPA).

Ont assisté au COPIL les membres de l'équipe IDHEAP, soit Yves Emery, professeur, Christophe Koller, chef de projet, et Owen Boukamel, assistant diplômé. Ces derniers portent la responsabilité méthodologique de la démarche conduite. Les aspects opérationnels ont été assumés au niveau du DFS par un chef de projet en la personne de M. C. Guye, adjoint au chef du SCSP.

La méthodologie utilisée mobilise, d'une part, une analyse comparative quantitative, basée sur différentes statistiques tirées de sources officielles issues principalement de l'OFS<sup>3</sup>, ainsi que de données fournies par les acteurs de la santé du Canton de Neuchâtel (institutions adhérentes ou soumises à la CCT-21, GSMN Neuchâtel SA, ANIPPA) et, d'autre part, une approche qualitative par entretiens auprès d'acteurs-clés du canton de Neuchâtel et d'autres cantons. Les éléments essentiels de cette démarche sont précisés ci-après.

---

<sup>3</sup> Statistiques diverses telles que : statistiques de la population (STATPOP), statistique des frontaliers, statistique sur la structure des entreprises (STATENT), statistique des hôpitaux (KS), statistique des établissements médico-sociaux (SOMED), statistique de l'aide et des soins à domicile (SASD), statistique sur la structure des salaires (ESS), statistiques sur les accords salariaux (CCT), statistique des dépenses publiques produites par l'Administration fédérale des finances (AF), indicateurs contextuels issus de la base de données des cantons et des villes suisses (BADAC), voir abréviations et bibliographie citée.

### 3.1 Approche quantitative

L'approche quantitative se divise en **quatre volets**:

1. **mise en contexte et description des emplois dans la santé par fonction et type d'employeurs**, dans une perspective comparative (Point 5.1), sur la base des statistiques officielles disponibles, avec zoom sur Neuchâtel à partir des données livrées par la CCT-21 ;
2. **analyse des taux de couverture du personnel** du domaine de la santé selon la nature d'emploi (CCT & Lpers) (Point 5.2), sur la base d'une enquête propre menée par l'IDHEAP auprès de dix cantons de référence, dont Neuchâtel ;
3. **analyse comparative fine des fonctions-types** (Point 5.3), portant sur 34 fonctions, en mesurant l'écart à la médiane des résultats CCT-21 par rapport à treize CCT - Lpers de référence ;
4. **analyse exploratoire multivariée** (Point 5.4).

La méthodologie et les sources sont les suivantes :

#### 1<sup>er</sup> volet: analyse quantitative comparative par fonction et type d'employeur (point 5.1) :

- outre Neuchâtel, neuf cantons de référence sélectionnés en accord avec le COPIL, pertinents pour la comparaison: BE, BL, FR, GE, JU, SO, TI, VD, VS ;
- trois types d'employeurs retenus: hôpitaux et maison de naissance<sup>4</sup>, établissements médico-sociaux<sup>5</sup>, aide et soins à domicile<sup>6</sup> ;
- secteurs public et privé ;
- quatre catégories de fonctions déterminées par le mandant sur la base des données disponibles à l'OFS : personnel soignant ; personnel médico-technique ; personnel médico-thérapeutique ; personnel occupant d'autres fonctions. Pour les hôpitaux, chiffres tirés de la statistique des hôpitaux (2010-2014) ; pour les EMS, chiffres basés sur SOMED (2007-2014) et pour l'aide et les soins à domicile, chiffres tirés de la statistique du même nom (2007-2014); à cela s'ajoute un zoom sur la base des données individuelles de la CCT-21 (fonctions neuchâteloises plus précises) ;
- masse salariale cantonale pour les catégories de fonctions retenues, selon le type d'employeurs, tirées des statistiques susmentionnées, complétées par les statistiques des finances publiques et/ou les données de l'enquête sur la structure des salaires (ESS)<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Le canton de Neuchâtel en compte 5, à savoir : a) Hôpital neuchâtelois. pour ses sites de Pourtalès à Neuchâtel, de la Chaux-de-Fonds, du Locle, de Landeyeux au Val-de-Ruz et du Val-de-Travers à Couvet (HNE) ; b) Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) ; c) GSMN Neuchâtel SA: Hôpital de la Providence, Neuchâtel; Clinique Montbrillant, La Chaux-de-Fonds ; d) Clinique La Tour SA, La Chaux-de-Fonds ; e) Maison de naissance Tilia, Neuchâtel.

<sup>5</sup> Le canton de Neuchâtel compte 59 EMS selon la liste des EMS admis à pratiquer à charge de l'AOS (56 en 2014, selon l'OFS) pour un total de 2'319 lits autorisés. Ils sont constitués sous forme d'entités juridiques diverses.

<sup>6</sup> Les prestations d'aide et de soins à domicile sont dispensées principalement dans le canton par NOMAD (établissement cantonal de droit public), dans une moindre mesure par des organisations d'aide et de soins à domicile privées et par des infirmier-ière-s indépendant-e-s.

<sup>7</sup> Chiffres de l'ESS disponibles uniquement par grandes régions. Source : L'enquête suisse sur la structure des salaires 2012, Neuchâtel : OFS 2015.



Tous les résultats ont été transformés en équivalent plein temps (EPT) et deux types principaux d'indicateurs ont été utilisés :

- la densité des emplois (EPT) pour 1000 habitants (résidents permanents)<sup>8</sup> et
- la répartition des emplois (EPT) par rapport au total, en pourcent.

**NB** : Les estimations relatives aux salaires et à la masse salariale (problématiques dans certains cantons et pour certaines fonctions) se trouvent dans les annexes 7 et 8.

A noter que l'influence du contexte sociodémographique, économique, financier et politique (réforme du système de la santé) ne pourra être abordée dans le cadre de ce mandat que de manière exploratoire (indicateurs simples calculés à partir des chiffres disponibles auprès de l'OFS tels que la structure par âge, le PIB, les dépenses pour la santé par habitant, le taux de frontaliers dans le domaine de la santé, le niveau des salaires, la structure des établissements dans le domaine socio-sanitaire) (Point 5.1.1 et annexe 8).

### **2<sup>ème</sup> volet : taux de couverture du personnel par CCT ou Lpers (point 5.2):**

- situation au 31.12.2015 ;
- données obtenues via une enquête ad hoc réalisée début 2016 par l'IDHEAP auprès des trois types d'employeurs (indiqués plus haut) des dix cantons concernés, avec le soutien des services cantonaux de la santé ;
- données complétées par la statistique tirée de l'Enquête sur les accords salariaux de l'OFS.

### **3<sup>ème</sup> volet: analyse comparative fine des fonctions-types (point 5.3)**

Le troisième volet de l'analyse quantitative se focalise sur les coûts de rémunération par fonction, en mobilisant une approche comparative. Cette analyse fine du niveau des salaires et avantages offerts au personnel concerne **trente-quatre fonctions précises**, couvrant les trois types d'employeurs (hôpital, EMS et soins et aide à domicile, sachant que toutes ces fonctions ne sont pas présentes dans ces différents domaines). Ces fonctions sont classées en cinq catégories :

1. Les fonctions des soins, médico-techniques et médico-thérapeutiques,
2. Les fonctions du social,
3. Les fonctions de l'hôtellerie,
4. Les fonctions de la technique-logistique,
5. Les fonction de l'administration.

L'annexe 2 fournit une brève définition de chacune de ces fonctions, afin d'assurer une base commune d'évaluation (responsabilités principales et niveau de formation exigé).

Cette analyse se base sur la **comparaison des conditions de travail d'un employé-type dont le profil a été défini en accord avec le COPIL** : employé de 45 ans (milieu de carrière, cet âge correspondant à l'âge moyen des employés soumis à la CCT à Neuchâtel), au bénéfice de quinze ans d'ancienneté, travaillant à 100%, ayant un enfant à charge, d'inant sur son lieu de travail, et étant mobilisé occasionnellement (plus ou moins selon les fonctions) la nuit et le samedi.

---

<sup>8</sup> Respectivement 1000 habitants âgés de 65 ans et plus, et 1000 habitants âgés de 80 ans et plus (v. annexe 8).

La comparaison des rémunérations et avantages par fonction est effectuée au moyen de cinq indices :

1. **L'indice de salaires bruts (i1)** permet de comparer les salaires accordés par l'échelle des traitement CCT-21 pour chaque fonction avec la médiane des salaires « milieu de carrière » accordés à cette fonction dans les neuf cantons sélectionnés autres que Neuchâtel, pour un total de 13 autres (que la CCT-21) barèmes sélectionnés. Un indice de 102 pour la fonction X signifie par exemple que le salaire brut de cette fonction sous la CCT-21 est 2% supérieur aux salaires de la même fonction dans les barèmes comparés. Dans les tableaux de l'analyse, le « N » figurant dans la colonne de droite indique le nombre de barèmes concernés, étant donné que certaines fonctions ne sont pas considérées dans tous les barèmes. A noter qu'à titre complémentaire, des indices sur les salaires minimaux et maximaux des fonctions retenues ont été calculés (point 5.3.7), selon les échelles de traitement en vigueur dans ces mêmes barèmes.
2. **L'indice temps de travail (i2)** permet de comparer le temps effectivement travaillé par les collaborateurs couverts par la CCT-21 avec le temps de travail médian des autres barèmes (en tenant compte des horaires hebdomadaires mais aussi d'éléments comme les congés payés, ou encore les pauses par exemple). Un indice de 107 signifie que le temps de travail est 7% plus élevé sous les autres barèmes que sous la CCT-21.
3. **L'indice d'avantages financiers (i3)** permet de comparer les avantages accordés aux collaborateurs en plus de leur salaire sous la CCT-21 avec la médiane des avantages accordés par les autres barèmes. Le « panier » compte par exemple un supplément d'allocation pour enfant accordé par l'employeur ou encore des indemnités supplémentaires pour le travail du samedi. Le détail de ce « panier » se situe dans l'annexe 3. Un indice de 110 pour la fonction X sous la CCT-21 correspond à des avantages financiers 10% supérieurs à ce dont dispose la même fonction dans les autres barèmes. Pour le calcul des indemnités, une appréciation du nombre de nuits et de samedis réalisés par type de fonction analysée a été demandée aux employeurs neuchâtelois. En effet, certaines fonctions n'occasionnent aucun travail la nuit ni les samedis, alors que, pour d'autres fonctions, cela peut être très fréquent. Les estimations fournies par les employeurs ont fait l'objet de moyennes par établissement. La médiane de ces moyennes a été prise en compte de manière ad hoc dans le calcul effectué pour chacune des fonctions. Le détail de ces estimations se situe dans l'annexe 6.
4. **L'indice de rémunérations globales (i4)** est une synthèse du salaire brut et des avantages financiers. Il permet de comparer les rémunérations globales de la CCT-21, c'est-à-dire tout ce qui est effectivement reçu par les collaborateurs, avec les rémunérations globales des autres barèmes. Un indice de 105 signifie que la rémunération globale de la fonction CCT-21 est 5% supérieure à la rémunération globale de la même fonction dans les autres barèmes.
5. **L'indice de salaires horaires globaux (i5)** est le plus synthétique, puisqu'il ramène la rémunération globale (salaire bruts + avantages, soit i4) au temps *effectivement* travaillé (en comptant les congés accordés, les pauses, etc...). Un

indice de 104 pour la fonction X de la CCT-21 correspond à une rémunération horaire de 4% supérieure à la rémunération horaire médiane de la même fonction dans les autres barèmes analysés.

A noter que les trois premiers indices sont indépendants les uns des autres, alors que les deux suivants sont une combinaison des premiers, ce qui explique que certaines tendances à ces indices sont communes.

Cette comparaison de la CCT-21 porte sur les conditions présentes dans treize autres « barèmes » cantonaux (LPers ou CCT) retenus pour l'analyse (dont la liste figure sous le point 5.3.1). Selon les cantons, plusieurs barèmes ont été sélectionnés, ce qui explique que le nombre retenu est supérieur aux 10 cantons objets de l'analyse.

Toutes les données utilisées dans le calcul de ces indices (rémunérations brutes, avantages financiers et avantages temps par fonction et par barèmes) figurent dans l'annexe 5. Elles ont été validées par les responsables cantonaux concernés, à l'exception des données sur les Lpers des cantons de Berne et Fribourg et la CCT du personnel cantonal du canton de Soleure, qui ont été déterminées par l'IDHEAP en fonction d'informations disponibles sur internet (documents liés aux barèmes retenus), les responsables concernés n'ayant pu valider l'information dans les délais demandés.

#### **4<sup>ème</sup> volet: analyse exploratoire multivariée (point 5.4)**

Le quatrième volet présente les résultats d'une analyse exploratoire multivariée basée sur les indicateurs rassemblés dans le cadre de cette étude (une centaine), comparables entre les cantons selon le type d'employeur et la fonction, à l'aide du logiciel d'analyse statistique SAS<sup>9</sup>. Son **but est, premièrement, de se faire une meilleure idée de l'influence du degré de couverture types CCT / Lpers sur les charges et la densité du personnel de la santé, conformément à l'objectif prioritaire du mandat.** Deuxièmement, **il s'agit de tenir compte d'autres caractéristiques propres aux cantons et des conditions-cadres cantonales** qui peuvent influencer les coûts et la densité du personnel de la santé.

L'influence des facteurs contextuels a pu être analysée par la construction de variables de classification ventilées selon plusieurs dimensions: démographique (taille de la population, densité de la population par km<sup>2</sup> et structure par classes d'âge), géo-topographique (situation géographique, cantons centres ou périphériques, cantons frontières ou non et superficie en km<sup>2</sup>), socio-économique (PIB par habitant, taux de frontaliers), culturelle (langue majoritaire) et politico-institutionnelle (dépenses pour la santé par habitant, présence d'un hôpital universitaire (central ou non)).

Sur cette base, l'analyse est développée sur trois axes:

- a) socio-professionnel (selon les types de fonctions analysées)
- b) institutionnel (selon les types d'employeurs)
- c) économique (selon le revenu par habitant et les dépenses pour la santé).

---

<sup>9</sup> L'analyse multivariée prend en compte plusieurs variables susceptibles d'expliquer un même phénomène (ici les coûts et effectifs de la santé du Canton de Neuchâtel).

Comme nous le verrons, ces facteurs contextuels, déterminants, montrent d'importantes disparités entre les cantons. La population de référence est celle des 26 cantons, avec un zoom sur dix cantons de référence. Rappelons ici que les résultats se basent principalement sur les données détaillées obtenues de l'OFS (KS, SOMED, SASD), validées par l'Obsan. Il s'agit d'un premier traitement statistique exploratoire qui ne fournit pas des réponses définitives quant au niveau des relations entre les indicateurs. Elles devront être confirmées / validées dans le cadre d'autres analyses (v. liste des indicateurs retenus dans l'annexe 8).

### **3.2 Approche qualitative**

L'approche qualitative consiste en un programme d'entretiens auprès d'acteurs-clés du canton de Neuchâtel concernés par la gestion de la CCT-21, et d'autres cantons ayant également introduit une CCT au cours de la période de référence, afin d'en apprécier les enjeux essentiels, les modalités de mise en œuvre et améliorations souhaitées (en termes de gestion avant tout, non de contenu). Cette partie qualitative de l'analyse permet de mettre en perspective les constats réalisés par la partie quantitative précédemment exposée.

Les institutions et personnes rencontrées, parfois lors de plusieurs entretiens successifs auprès de la même institution, sont les suivantes :

**Fig. 1 Responsables des principales institutions de la santé interviewés dans le canton de Neuchâtel\*, avril-mai 2016**

<b>HNE</b> (2 séries d'interviews)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Philippe Bolla (DG), membre de la commission faïtière CCT-21.</li> <li>• Mme Sandra Jeanneret, directrice des soins</li> <li>• M. Blaise Della Santa (DRH adjoint), membre de la commission paritaire de la CCT-21</li> </ul>
<b>CNP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Pascal Montfort (DG), membre de la commission faïtière CCT-21.</li> <li>• M. Xavier Arnaud Franchini (DRH), membre de la commission paritaire de la CCT-21.</li> </ul>
<b>NOMAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Gabriel Bader (DG), président de la commission faïtière CCT-21.</li> </ul>
<b>GSMN Neuchâtel SA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Olivier Plachta (directeur GSMN Neuchâtel SA)</li> <li>• M. Romain Boichat (directeur régional romand SMN (Swiss Medical Network), anciennement GSMN)</li> <li>• Stéphanie Spart (responsable administrative du personnel).</li> </ul>
<b>ANEMPA</b>	<p>Sept membres du Bureau du Conseil de direction de l'ANEMPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mme Fabienne Wyss-Kubler (secrétaire générale)</li> <li>• M. Eric Augsburgger (directeur du home La Perlaz),</li> <li>• M. Gaël Del Egado (directeur du home Bellevue)</li> <li>• Mme Viviane Houlmann (présidente du comité directeur de la FECPA)</li> <li>• Mme Gisèle Hostettler Fässler, (directrice administrative de la FECPA), membre de la commission paritaire de la CCT-21.</li> <li>• M. Jean Messerli (directeur du hom L'Escale et vice-président de l'ANEMPA)</li> <li>• M. René Risse (directeur du Foyer de la Côte et président de l'ANEMPA), membre de la commission faïtière CCT-21.</li> </ul>
<b>EMS privés non CCT ANIPPA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Patrick Schneider (directeur Home La Licorne, président de l'ANIPPA)</li> <li>• M. Pierre Aubert (directeur Home Chantevent, membre ANIPPA)</li> <li>• Me Pierre Matile et Nathalie Berger, conseillers juridiques ANIPPA.</li> </ul>
<b>Représentants employés USCN-SSP-SYNA-ASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mme Yasmina Produit (SSP)</li> <li>• Mme Lise-Emanuelle Nobs (SYNA)</li> </ul> <p>Toutes deux membres de la commission faïtière CCT-21.</p>
<b>Secrétariat CCT-21</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Pierre Coullery (secrétaire général CCT-21)</li> <li>• M. Christian Leuba (chef projet RH).</li> </ul>

**Pour les autres cantons de référence :**

<b>Canton de Bâle-Campagne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Markus Nydegger, Leiter Unternehmensentwicklung Kantonsspital Baselland, à Liestal.</li> </ul>
<b>Canton du Tessin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ivana Petraglio, Capo Area di gestione sanitaria, Divisione Sanitaria, Cantone Ticino, à Bellinzona.</li> </ul>
<b>Canton de Vaud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jean-Paul Jeanneret, adjoint à la cheffe du Service de la Santé publique du canton de Vaud.</li> </ul>

## 4. Organisation et réformes de la santé dans les cantons et place des CCT

### 4.1 Le domaine de la santé face à des défis considérables

L'analyse des coûts liés à la CCT-21 ne peut être détaillée sans avoir préalablement rappelé quelques-unes des tendances fortes marquant le domaine de la santé, tant il est vrai qu'il s'agit sans conteste de l'un des domaines de l'action publique où les défis que l'Etat doit relever sont les plus importants (Palier 2005, OCDE 2004, 2008, 2010). Cette contextualisation permet de mettre en perspective les résultats issus de la présente analyse et contribue à la formulation des recommandations<sup>10</sup>.

Les coûts de la santé ne cessent d'augmenter, en raison notamment du vieillissement de la population, ainsi que de la sophistication croissante des traitements médicaux, de l'augmentation de la demande de soins et de traitements médicamenteux, éléments sur lesquels la LAMal n'a pas de prise. Ces différentes tendances accroissent naturellement la pression politique et citoyenne sur la question de la maîtrise des coûts de la santé, et impliquent de chercher les meilleurs leviers d'économies tant sur l'offre de prestations socio-sanitaires que sur la demande de soins. Secteur extrêmement complexe s'il en est, la santé reflète également les contradictions portées par les citoyens-contribuables-consommateurs, à savoir :

- Pour les citoyens : un accès et une prise en charge équitable, voire égalitaire pour tous
- Pour les contribuables (et assurés) : des contributions financières (impôts et primes d'assurance) maîtrisées
- Pour les consommateurs : des soins présentant une qualité maximale pour soi-même et ses proches.

Une des réponses apportées ces dernières années à l'augmentation des coûts est l'introduction, en 2012, en Suisse, du financement des hôpitaux (qui portent une très large part des coûts de la santé) par forfait DRG. Ces forfaits par cas pour les patients hospitalisés dans les hôpitaux suisses de soins aigus, intensifient la concurrence entre hôpitaux, poussent à une productivité accrue et placent par conséquent certains établissements devant des difficultés budgétaires manifestes. Ainsi, le CHUV annonce-t-il un déficit de 25 millions pour 2015, dont l'origine est en partie attribuée aux DRG, alors que celui de l'HNE est de 10,7 millions. Mais ce changement de système de financement n'explique naturellement pas à lui tout seul de telles difficultés financières.

La pratique médicale tend à se spécialiser de plus en plus, amenant son lot de nouveaux défis à relever pour les acteurs de la santé, notamment la difficulté de trouver des médecins généralistes, la pénurie de personnel de soins infirmiers, de personnel médico-technique, de codeurs, mais également les coûts induits par des actes mieux rémunérés et l'exploitation d'équipements toujours plus sophistiqués (devant être amortis) qui, avec d'autres facteurs, poussent les établissements de soins à se regrouper afin d'atteindre une masse critique permettant un taux d'exploitation suffisant de ces spécialités (et des équipements qui vont avec).

---

<sup>10</sup> Les études les plus complètes présentant les réformes dans le domaine de la santé, les coûts et la gestion du personnel sont celles de l'OCDE (niveau international avec un rapport sur la Suisse) ; pour la Suisse, celles de l'Observatoire de la santé avec des études par type d'employeur avec zoom sur certains cantons (OBSAN 2006, 2010, 2012, 2015, 2016) ; celles de l'Office fédéral de la statistique pour les méthodes d'enquêtes et les nomenclatures (OFS 2007, 2015, v. bibliographie). Les sources citées ont été consultées.

L'encadré ci-dessous fournit les principales dates-repères de ces réformes, au niveau national :

- **01.01.1996** Entrée en vigueur de la **Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)**. L'assurance de base garantit à toute personne vivant en Suisse des soins et des traitements médicaux de qualité.
- **01.01.2004** Entrée en vigueur de l'**ouvrage tarifaire TARMED**. Un certain nombre de points tarifaires est attribué à chaque prestation en fonction du temps nécessaire, du degré de difficulté et de l'infrastructure requise. En outre, le TARMED fait la distinction entre la prestation médicale et la prestation technique (Source : FMH). Chaque canton applique des valeurs différentes du point tarifaire puisque l'ouvrage tarifaire TARMED a repris les tarifs cantonaux d'origine en respectant la neutralité des coûts.
- **01.01.2012** **Introduction du nouveau financement hospitalier** garantissant le libre choix de l'hôpital, dont un des objectifs est de renforcer la concurrence afin de réduire les coûts, améliorer la qualité des prestations (passage des capacités aux prestations) ainsi que la mobilité des patients et du personnel. Par là-même, **introduction dans toute la Suisse dans la LAMAL du SwissDRG** (« Swiss Diagnosis Related Groups ») soit le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Dans le système des forfaits par cas SwissDRG, chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologie et indemnisé de manière forfaitaire sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et des autres critères. Source : <http://www.swissdr.org/fr/>

L'organisation fédéraliste inscrite dans la Constitution fédérale met en avant le fédéralisme d'exécution, et donc octroie des compétences aux cantons dans l'exécution de nombreuses tâches, notamment dans le domaine de la santé. Dès lors les cantons sont-ils obligés de se concerter entre eux, de promouvoir une saine collaboration, la recherche de synergies afin de maintenir les coûts à un niveau raisonnable. Ils le font notamment sur le plan national via la CDS. Ils collaborent dans de nombreux domaines avec la Confédération (OFSP, OFAS, SECO) et les organisations faitières (OdA santé, H+, CURAVIVA etc.

## 4.2 Les CCT en Suisse et dans la santé

Si l'on en vient maintenant plus spécifiquement aux CCT, il faut tout d'abord rappeler que celles-ci représentent un élément-clé du partenariat social dans notre pays, garant, en partie au moins, de la paix du travail. Le fait de laisser aux partenaires sociaux, représentants des employeurs et des employés, le soin de négocier des conditions de travail, plutôt que de les fixer unilatéralement par une loi, reflète le souci de « coller » au mieux aux préoccupations et particularités des différentes branches d'activité, tout en offrant ainsi une forme d'unification des conditions de travail (rémunération et avantages sociaux) attribués au personnel, particulièrement lorsque la CCT est « de force obligatoire ». La protection du personnel qui découle de telles conventions (en particulier par rapport aux domaines où il n'y en a pas, où les relations de travail sont régies par les conditions de base définies par la loi, singulièrement le titre « X » du CO portant sur le droit du travail, ainsi que la loi sur le travail<sup>11</sup>, est le fruit d'un compromis négocié où tant les employeurs que les employés ont pu faire valoir leurs intérêts et leurs contraintes, dans un rapport de force plus ou moins équilibré.

C'est dire qu'une CCT, et nous le verrons plus en avant pour la CCT-21, est le fruit d'une histoire et du positionnement d'acteurs-clés au fil de son élaboration et de sa conclusion.

<sup>11</sup> RS 822.11 et ses Ordonnances d'application.

Rappelons à toutes fins utiles que la conclusion d'une CCT est souvent associée au renoncement à la grève des employés pendant la période de validité, et au fait que tout changement apporté à la CCT doit être négocié entre partenaires sociaux. Dans le cadre du statut de la fonction publique, qui est souvent l'autre modèle applicable aux institutions de santé (notamment les hôpitaux publics), le parlement peut, de manière unilatérale, modifier ce statut, une pratique qui est ainsi à la fois plus flexible (d'un point de vue strictement légal en tous les cas) mais aussi a priori moins respectueuse du partenariat social, puisque les parties doivent se soumettre aux éventuels changements de loi.

Selon l'OFS, 1'616'700 personnes étaient affiliées en Suisse à une CCT de droit privé ou public en 2014<sup>12</sup>, dont 1'178'800 (73%) soumis à des négociations salariales (selon l'OFS). L'augmentation du nombre d'affiliés a été particulièrement importante dans les domaines de la santé et de l'action sociale depuis une quinzaine d'années. Ainsi on comptait moins de 2000 affiliés en 2000, pour passer à 34'900 en 2007 et à 71'500 en 2014, soit 4.4% du total des employés affiliés à une CCT en Suisse, et 19% des 384'000 emplois recensés dans le domaine de la santé et de l'action sociale. Précisons ici que ce domaine est la plus grande source d'emplois au niveau suisse, et en particulier pour les femmes.

Les deux principaux syndicats et autres organisations de travailleurs possédant des affiliés dans le domaine de la santé sont le syndicat des services publics SSP (36'112 membres tous domaines en 2013) et l'Association suisse des infirmier-e-s ASI (24'075)<sup>13</sup>. Le nombre d'affiliés du SSP a augmenté de 3.2% entre 2007 et 2013 et a baissé de 5.5% pour l'ASI.

A noter encore que les tendances observables en Suisse dans le domaine de la santé sont en partie contradictoires, puisque dans certains cantons, des pans entiers de l'activité de soin (SASD par ex.) ont été remis dans le giron de l'Etat, alors que dans d'autres cantons ou domaines, l'Etat s'est retiré pour laisser aux acteurs privés une marge de manœuvre plus grande, marge de manœuvre qui à son tour peut donner lieu à la conclusion de CCT. A relever que la législation, dans certains cantons, c'est notamment le cas à Neuchâtel, prescrit que les rapports de travail au sein de certaines institutions de soins cantonales sont soumis à une CCT (c'est le cas à Neuchâtel pour l'HNE, le CNP ou NOMAD) ou subordonne le versement de subventions à l'adhésion ou à la soumission à une CCT.

Il reste que le secteur de la santé est le domaine possédant le plus fort taux de croissance des emplois tant en Suisse que dans les autres pays industrialisés, quel que soit d'ailleurs le type d'employeur. Il s'agit donc d'un véritable challenge pour l'économie et la société, non seulement en terme de coûts, mais aussi de revenus puisque c'est l'un des domaines où les prestations sont en forte croissance, représentant ainsi un « marché » intéressant et parfois très lucratif.

---

<sup>12</sup> OFS, Enquête sur les accords salariaux 2014.

<sup>13</sup> Chiffres de l'USS rassemblés par l'OFS.



### 4.3 La CCT-21 dans le canton de Neuchâtel

Les rapports de travail de la grande majorité du personnel du domaine de la santé dans le canton de Neuchâtel (84%, pour le détail, voir ci-après point 5.2) sont régis par la CCT-21.

L'encadré ci-dessous fournit les principales dates-clés relatives à cette CCT-21 et autres faits pertinents pour l'analyse de la situation dans le canton de Neuchâtel.

- **01.07.2004** **Entrée en vigueur de la CCT-21**, puis introduction d'un système de rémunération unifié, le 1er janvier 2007,
- **30.11.2004** **Loi sur l'établissement hospitalier multi sites cantonal** (LEHM, art. 9), voir : <http://rsn.ne.ch/DATA/program/books/rsne/pdf/8024.pdf>,
- **06.09.2006** **Loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile** (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile), (LNOMAD; art. 9), voir : <http://rsn.ne.ch/DATA/program/books/rsne/pdf/800101.pdf>,
- **20.01.2008** **Loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie** (LCNP, art. 9), voir : <http://rsn.ne.ch/DATA/program/books/rsne/pdf/802310.pdf>,
- **28.09.2010** **Loi sur le financement des établissements médico-sociaux** (LFinEMS; art. 24), voir : <http://rsn.ne.ch/DATA/program/books/rsne/htm/83230.htm>,
- **19.12.2012** **Règlement provisoire d'exécution de la loi sur le financement des établissements médico-sociaux**, art. 13, voir : <http://rsn.ne.ch/DATA/program/books/20162/pdf/832300.pdf>,
- **Mars 2014** Rachat de l'hôpital de la Providence par GSMN (aujourd'hui : SMN) ; devient une clinique privée **gérée par GSMN Neuchâtel SA**,
- **01.04.2015** Rachat de la Clinique de Montbrillant par GSMN (aujourd'hui : SNM) et intégration à GSMN Neuchâtel SA,
- **02.2016** Le groupe PLR a déposé **quatre projets de loi qui visent tous à supprimer la référence à la CCT santé 21 comme CCT** régissant les rapports de travail du personnel de ces institutions dans la LEHM , la LCNP, La LNOMAD, et la LFinEMS<sup>14</sup>.

#### 4.3.1 La CCT-21 en bref

« En novembre 2000, le Grand Conseil a adopté une motion visant l'objectif d'améliorer et d'harmoniser les conditions de travail du secteur de la santé (...). La CCT-21 a pour particularité de réunir tout le secteur de la santé publique et parapublique (Hôpitaux de soins physiques, hôpitaux psychiatriques, aide et soins à domicile, EMS) »<sup>15</sup>. Elle entre en vigueur en 2004 après quatre ans de négociations entre les représentants des employés et des employeurs. L'objectif était alors d'uniformiser et d'améliorer les conditions de travail du personnel dans le domaine de la santé afin de les rendre attractives. Par là même, il s'agissait de lutter contre la pénurie chronique de personnel. En 2007, la CCT définit un système de rémunération unifié. La particularité de cette CCT est double :

- Elle souhaite couvrir de manière identique tous les employeurs de la santé publics et parapublics, mais également privés (avec simplement une voie juridique différente). Les conditions de base ont largement été inspirées des pratiques du public (Lpers).
- Elle s'est axée dès sa création sur l'idée d'une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée pour les employés qui sortaient d'une période de stress causée par la pénurie de personnel. La négociation a donc porté sur les avantages en termes de temps de travail en plus des traditionnelles revendications salariales.

<sup>14</sup> Sources diverses, dont [www.ne.ch](http://www.ne.ch) et [rsn.ne.ch](http://rsn.ne.ch)

<sup>15</sup> <http://www.cctsante21.ch/>

Au 31 décembre 2015, la CCT-21 couvrait 84% des emplois des professions de la santé concernés du canton de Neuchâtel, 91% pour les hôpitaux, 73% pour les EMS et 95% pour l'aide et les soins à domicile (voir point 5.1.3 et 5.2).

### 4.3.2 Fonctionnement et conditions

Deux commissions, faitière et paritaire, composées de quatre représentants des employés et de quatre représentants des employeurs, gèrent la CCT-21<sup>16</sup>. La commission faitière est chargée d'adopter les décisions stratégiques alors que la commission paritaire s'occupe de la mise en œuvre et du contrôle.

La figure suivante esquisse les informations-clés sur les conditions de travail de la CCT-21 au niveau du temps de travail, des pauses, des jours fériés, des congés, des allocations familiales, des journées de formation, des indemnités, des heures de nuit et du travail du week-end. A noter que la plupart des conditions offertes par la CCT-21 sont considérées par les motionnaires comme trop avantageuses et générant de ce fait, et de leur point de vue, des surcoûts.

Fig. 2 Informations-clés sur les conditions de travail de la CCT-21 (2015)

Types de conditions	Montants / unités
• Temps de travail hebdomadaire	40 heures
• Temps de pause journalier	2 fois 15 minutes
• Jours fériés garantis	12 par an
• Congés par an	20-49 ans : 5 semaines 50-59 ans ou 15 ans d'ancienneté : 6 semaines 60+ ans ou 25 ans d'ancienneté : 7 semaines
• Allocations familiales complémentaires	CHF 135.- par enfant, au prorata du temps de travail
• Journées de formation continue garanties par an	aucune
• Indemnités de travail du soir et de nuit (>25 nuits)	Majoration de salaire de 15% et compensation en temps de 10%
• Intervalle des heures de nuit	20h-7h
• Indemnités pour le travail du samedi et du dimanche	CHF 8.- par heure

Source : CCT-21.

Le secrétariat de la CCT-21 est composé de 2,6 EPT et son fonctionnement est financé par un prélèvement de 0.3% sur la masse salariale, à charge pour moitié de l'employeur et pour moitié de l'employé (paritaire). Cela représente un montant d'environ CHF 1'000'000.- par an, qui est utilisé comme suit:

- Environ CHF 250'000.- sont rétrocédés aux syndicats, qui les versent en partie à leurs membres,
- Environ CHF 60'000.- sont rétrocédés aux employeurs,
- Environ CHF 150'000.- servent à financer le dispositif anti-harcèlement,
- Environ CHF 20'000.- sont « prêtés » à la CCT de l'éducation (NE), sous la forme de prestations directement fournies par l'équipe du secrétariat (conseil, analyse)

<sup>16</sup> Partenaires sociaux de la CCT : Représentants des employés : SSP, SYNA, ASI. Employeurs : HNE, CNP, NOMAD, ANEMPA. Source : <http://www.cctsante21.ch/>.

- 
- Le reste, soit environ CHF 520'000.- finance les frais de fonctionnement de la CCT-21 (personnel, infrastructure, etc...).
  - Le secrétariat CCT-21 veille au respect de l'application de la CCT dans les établissements signataires à travers deux types de contrôles :
  - Les contrôles formels préalables sur les engagements, les mécanismes salariaux, etc...pour chaque établissement,
  - Les contrôles ad hoc sur les processus de création de nouvelles fonctions dans les établissements.

## 5. Analyse quantitative : Neuchâtel en comparaison intercantonale

Cette partie présente les résultats des analyses quantitatives dans une optique comparative intercantonale, dont les modalités de détail ont été précisées dans la partie « méthode ». Pour rappel, le **point 5.1** décrit le contexte et présente les résultats statistiques issus des principales enquêtes et recensements de l'OFS touchant l'objet d'étude. Il présente également un zoom sur la situation dans le canton de Neuchâtel à partir de jeux de données sur les emplois couverts par la CCT-21 selon les catégories de fonctions et le type d'employeur. Le **point 5.2** présente le taux de couverture des CCT et LPers sur la base d'une enquête réalisée par l'IDHEAP début 2016. Le **point 5.3** présente les écarts à la médiane de 34 fonctions-types entre treize barèmes (CCT et LPers) des cantons et des employeurs de référence par rapport à la CCT-21. Le **point 5.4** présente une mise en relation des résultats et mesure l'effet d'indicateurs sur l'emploi et les coûts de la santé.

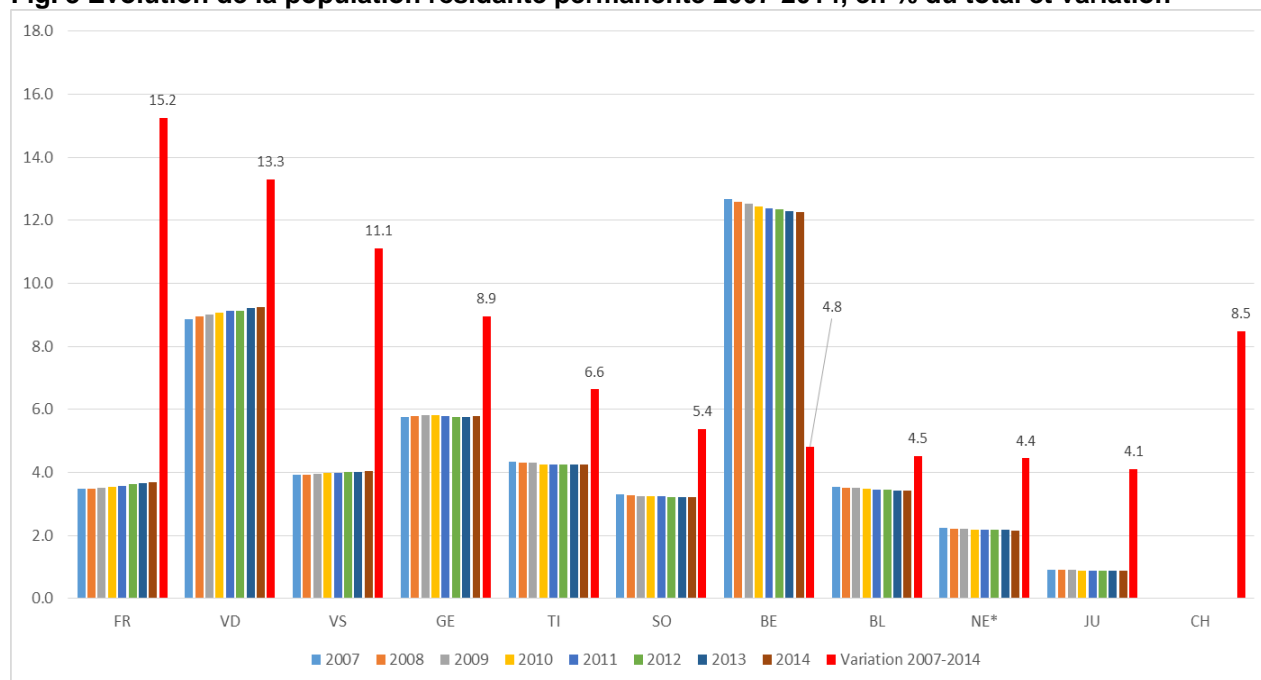
### 5.1 Comparaison des emplois par types d'employeurs et catégories de fonctions

#### 5.1.1 Données contextuelles

Avec 177'000 personnes résidentes permanentes en 2014<sup>17</sup>, le canton de Neuchâtel occupe la 16<sup>e</sup> place sur 26 cantons en terme de population, ce qui en fait un canton de taille moyenne (Fig. 3). La part de sa population par rapport à la population résidant en Suisse tend à baisser malgré un solde positif depuis 2007. Ainsi, la variation de sa population atteint +4.4% entre 2007 et 2014 à la hauteur des cantons suivants : BE, BL, JU, niveau nettement inférieur à la moyenne suisse (8.5%) et à la moyenne des cantons de référence (+8.2% avec un max. de +15.2% pour Fribourg et +13.3% pour Vaud). Dès lors et à priori, il est probable que le canton de Neuchâtel se trouve à l'avenir confronté à un peu moins de pression sur le personnel de la santé. Mais ce constat doit être d'emblée relativisé.

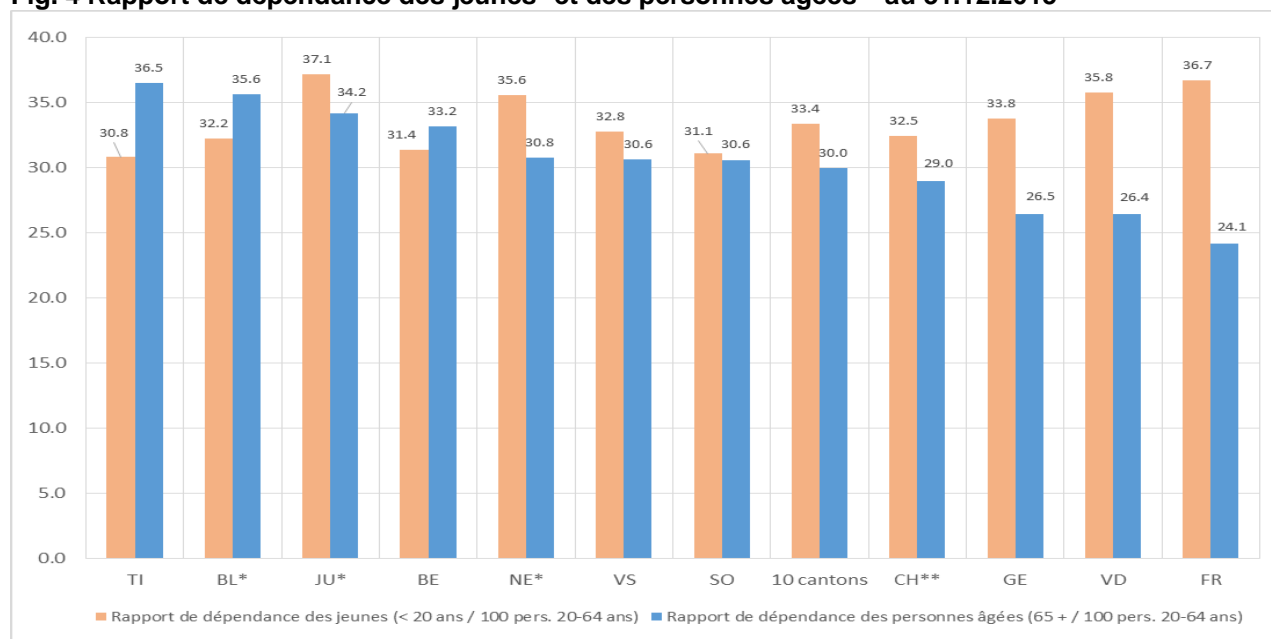
---

<sup>17</sup> 178'073 au 31.12.2015.

**Fig. 3 Evolution de la population résidente permanente 2007-2014, en % du total et variation**

Source(s) : OFS-STATPOP, calculs propres.

En effet, le canton de Neuchâtel apparaît d'un point de vue démographique doublement pénalisé, par une surreprésentation des personnes non actives que sont d'une part les jeunes de 0-19 ans (35.6% contre 32.5% au niveau suisse) et d'autre part les retraités de 65 ans et plus (30.8% contre 29% au niveau suisse) (Fig. 4). A fin 2015, Neuchâtel comptait 32'923 personnes âgées de plus de 65 ans (18.5% de la population résidente permanente, respectivement 18% au niveau suisse) et 9961 de 80 ans et plus (5.6%, respectivement 5% au niveau national). En particulier, la proportion plus importante de personnes âgées augmente la demande en soins et par conséquent les coûts de la santé.

**Fig. 4 Rapport de dépendance des jeunes\* et des personnes âgées\*\* au 31.12.2015**

\*Nombre de personnes de moins de 20 ans pour 100 personnes de 20 à 64 ans ; \*\*Nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans. Source : OFS-STATPOP, calculs propres.

Avec les différents assouplissements découlant de l'ALCP, plus particulièrement l'abandon des 50 Km pour les frontaliers à compter du 1.1.2008, la part des étrangers dans l'emploi en Suisse (30%, dont une partie de plus en plus importante de permis B) et de frontaliers, a augmenté. Le nombre de frontaliers est en effet passé, entre 2007 (au premier trimestre) et aujourd'hui, de 128'000 à près de 200'000 (+55%). Pour Neuchâtel, canton fortement industrialisé et frontalier, la variation se situe légèrement au-dessus de la moyenne (+57%), avec une augmentation en valeur absolue de 7357 à 11'538. La hausse du nombre de frontaliers dans le secteur de la santé a été inférieure à la moyenne des autres secteurs, à +41%, malgré une forte pénurie de personnel. Pour le secteur de la santé et de l'action sociale neuchâtelois, les frontaliers passent de 575 à 933 (+38.4%) entre 2007 et 2015. Leur part dans le domaine de la santé par rapport à l'ensemble des frontaliers travaillant à Neuchâtel (11'538) atteint 8%, nettement au-dessous des valeurs d'autres cantons frontaliers comme les cantons de Vaud (13%) et de Genève (12%) notamment.

Avec un PIB de CHF 81'000 francs par habitant en 2012, Neuchâtel apparaît comme un canton économiquement dynamique, situé en deuxième position par rapport aux dix cantons de l'échantillon, juste derrière Genève (CHF 102'000.- par habitant), soit au-dessus de la moyenne suisse (CHF 75'000.-). Le niveau des dépenses pour la santé publique par habitant apparaît corrélé au niveau de richesse (corr. Pearson : 0.83). En effet, Neuchâtel se situe sur ce plan en troisième position, juste derrière Genève et Vaud, deux cantons possédant des hôpitaux universitaires, bien en-dessus de la moyenne suisse et encore davantage par rapport à la moyenne des dix cantons de l'échantillon. Les dépenses cantonales pour la santé s'élevaient en 2013 en moyenne à CHF 1569.- par habitant en Suisse. Avec CHF 2008.-, Neuchâtel se trouvait sensiblement au-dessus de la moyenne (+28%), derrière les cantons possédant des hôpitaux universitaires (Genève avec CHF 2844.- et Vaud avec CHF 2037.-)<sup>18</sup>.

Quant au profil du personnel de la santé, il est composé à environ 80% de personnel féminin (84% pour le personnel soignant des hôpitaux, 89% dans les EMS), de 35% de plus de 45 ans pour le personnel soignant dans les hôpitaux (50% pour les EMS) et 30% d'étrangers.

Le salaire mensuel brut médian des actifs du domaine « santé humaine et action sociale »<sup>19</sup>, tous cantons confondus, s'élevait quant à lui et en 2012 à CHF 6273.- (femmes CHF 6018.-; hommes CHF 7118.-), moins élevés pour la région de l'Espace Mitteland (CHF 6072.-) auquel appartient le canton de Neuchâtel, CHF 6019.- au Tessin, canton offrant les salaires les plus faibles du fait de la forte présence des frontaliers italiens dans ce canton.

Sur le plan suisse, le pourcentage des différentes composantes salariales par rapport à la masse salariale est, selon les statistiques de l'OFS, pour la santé et l'action sociale, de 0.4% pour les heures supplémentaires, 2.5% pour les primes de pénibilité, 8.3% pour les 13<sup>e</sup> ou n<sup>ième</sup> salaire et 1% pour les paiements spéciaux. Le domaine de la santé et de l'action sociale est un domaine plutôt égalitaire pour les salaires et payant un peu moins que la moyenne suisse tous secteurs confondus (CHF 6439.-).

---

<sup>18</sup> Source : AFF, OFS-BADAC, calculs propres.

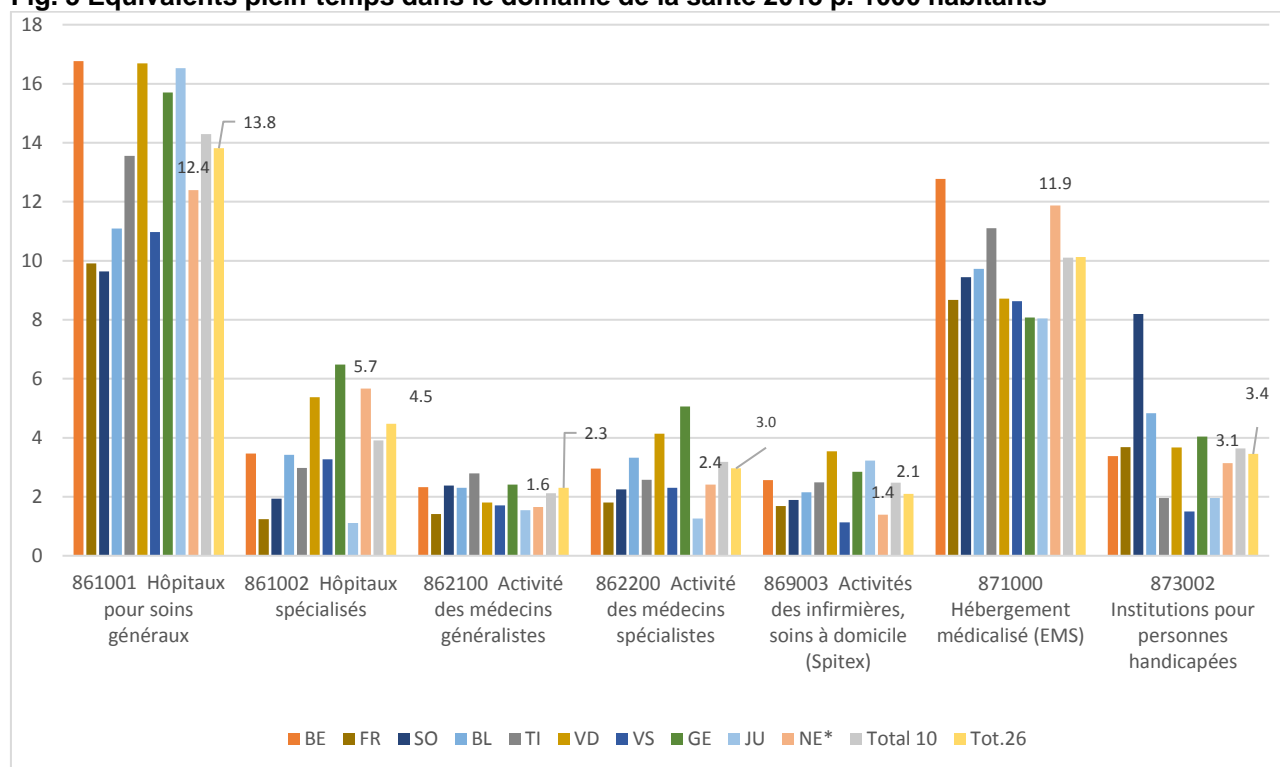
<sup>19</sup> NOGA08 86-88, secteurs privé et public.

### 5.1.2 Densité et répartition des emplois par domaine d'activité

Selon la statistique des entreprises (STATENT), la santé est le plus important domaine d'activité au niveau suisse, représentant environ 10% des actifs (400'000 EPT)<sup>20</sup>. Ce secteur regroupe autant le personnel des hôpitaux (39% du total des emplois), des EMS (22%), des services d'aide et de soins à domicile (4.4%) que des institutions pour personnes handicapées, les médecins généralistes, les dentistes, les psychologues, les physiothérapeutes ou encore les médecins généralistes.

La figure suivante fournit des informations sous forme de prévalence des emplois (EPT) dans le secteur socio-sanitaire (EPT) pour 1000 habitants pour les domaines importants pour notre étude. Les valeurs de l'ensemble des 26 cantons (tot. 26) se trouvent tout à droite, celles des dix cantons de l'échantillon (tot. 10) réunis, dans l'avant-dernière colonne, juste après les valeurs neuchâteloises. Les autres cantons sont classés dans l'ordre alphabétique des acronymes.

**Fig. 5 Equivalents plein-temps dans le domaine de la santé 2013 p. 1000 habitants**



Précisions relatives aux codes NOGA 2008 : hôpitaux pour soins généraux 861001<sup>21</sup> ; hôpitaux spécialisés<sup>22</sup>.  
Source : OFS-STATENT, calculs propres.

<sup>20</sup> Il s'agit ici d'une définition de la santé au sens large, englobant le personnel des quatre fonctions-types retenues dans le cadre de notre étude pour les hôpitaux, les EMS et les SASD.

<sup>21</sup> Code NOGA 2008 861001. Ce genre comprend les activités des hôpitaux et cliniques, où il existe au moins deux disciplines spécialisées, comme la médecine, la chirurgie, la neurologie, la gynécologie, l'obstétrique, la dermatologie, etc. Il s'agit des hôpitaux et cliniques pour soins généraux, des hôpitaux et cliniques pour soins aigus, des hôpitaux et cliniques universitaires, des hôpitaux militaires, etc. Source : NOGA 2008, Nomenclature générale des activités économiques, Notes explicatives, Neuchâtel : OFS, 2008. Pour Neuchâtel, les hôpitaux de soins généraux sont les suivants : établissements rattachés à l'Hôpital Neuchâtelois HNE ; hôpitaux spécialisés : GSMN Neuchâtel SA, CNP Centre Neuchâtelois de psychiatrie, Clinique Montbrillant SA, Clinique de la Tour SA, Maison de naissance Tilia.

<sup>22</sup> Code NOGA 86002. Ce genre comprend les activités des types d'établissements suivants: a) hôpitaux/cliniques psychiatriques et de désintoxication ; b) hôpitaux/cliniques traitant des maladies infectieuses ; c) sanatoriums

La figure 5 met en lumière une surreprésentation des emplois dans le canton de Neuchâtel pour les hôpitaux spécialisés (5.7 EPT p. 1000 habitants, contre respectivement 3.9 en moyenne pour les dix cantons de référence et 4.5 pour les 26 cantons suisses), juste derrière Genève. La densité des emplois en EMS est également élevée puisqu'elle est de 11.9 EPT pour 10000 habitants contre 10.1 pour la moyenne des autres cantons, situé juste derrière le canton de Berne. A l'inverse, Neuchâtel se caractérise par une sous-représentation des emplois pour les activités d'aide et de soins à domicile, soit 1.4 EPT pour 1000 habitants, contre 2.1 pour la moyenne des dix cantons de référence.

La répartition des emplois en pourcent selon le type d'employeur dévoile quatre caractéristiques majeures pour Neuchâtel :

- une part des emplois pour les hôpitaux spécialisés plus élevée que la moyenne des dix cantons de référence, laquelle s'explique notamment par la présence du CNP parmi ceux-ci (il en va d'ailleurs de même pour tous les cantons avec hôpitaux psychiatriques)
- une part totale d'emplois hospitaliers de soins généraux et soins spécialisés se situant au niveau des cantons universitaires, inférieure sur le plan suisse au seul canton du Jura ;
- une part élevée de l'hébergement médicalisé (EMS),
- une faible part de l'aide et des soins à domicile.

### 5.1.3 Zoom sur les emplois soumis à la CCT-21 dans le canton de Neuchâtel

Afin de bien comprendre les enjeux du domaine de la santé dans le canton de Neuchâtel, il est important de décrire au mieux l'organisation de son système socio-sanitaire, le niveau et la répartition des emplois (EPT) et des charges par fonction et par type d'employeur. Les chiffres utilisés ici ont été fournis par le Secrétariat de la CCT-21, et le Service de la santé publique, qui les a sollicités lui-même auprès des acteurs concernés. Ces données constituent la meilleure base pour décrire la situation par catégories de fonctions, plus en détail que sur la base des données de l'OFS. Les données de la CCT-21 possèdent 668 « désignations de postes » différentes correspondant à 3793 EPT, dont 60% relèvent des hôpitaux, 29% des EMS et 11% de l'aide et des soins à domicile (NOMAD)<sup>23</sup>. Nous avons regroupé ces postes dans quatre catégories de fonctions : « soins », « médico-techniques », « médico-thérapeutique », le solde rassemblé dans une rubrique « autres ». La figure 6 détaille cette répartition.

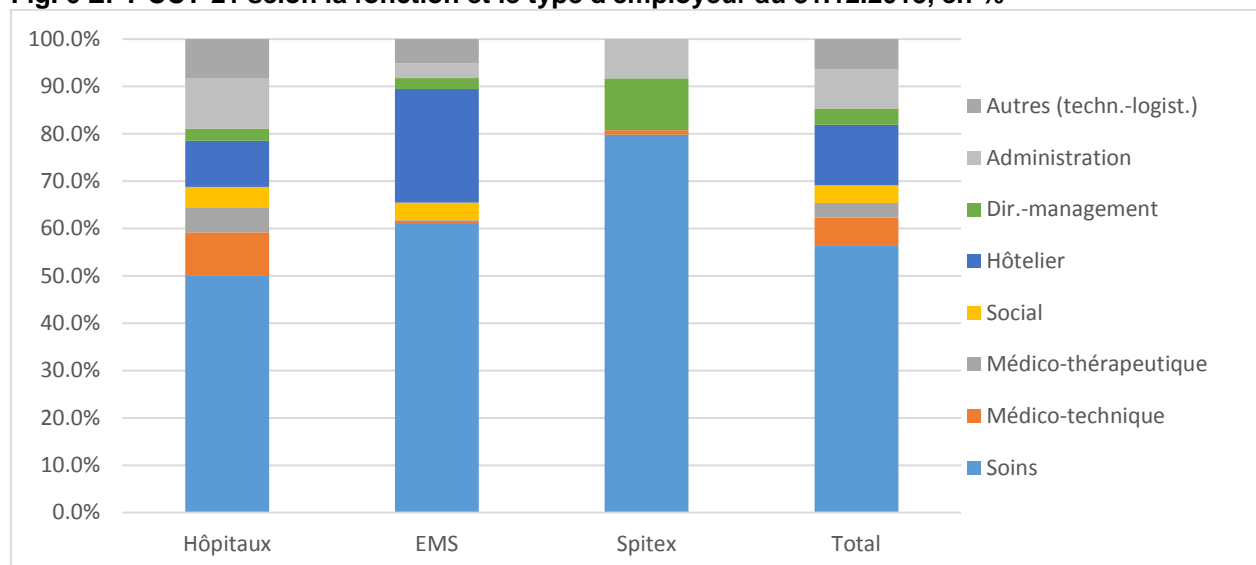
---

spécialisés ; c) autres hôpitaux/cliniques spécialisés dans des domaines spécifiques tels que: la chirurgie, la gynécologie, la néonatalogie, l'obstétrique, la pédiatrie, la gériatrie, etc. Source : ibidem.

<sup>23</sup> La différence de 519 EPT avec le total officiel de 4312 EPT peut s'expliquer par les raisons suivantes : a) restrictions pour les résultats détaillés aux salariés mensualisés alors que les chiffres des effectifs consolidés incluent les heures payées et les contrats horaires ; b) pour les EMS, non inclusion des nouvelles institutions qui se sont soumises à la CCT depuis 2013 (à l'exception de Clairval et Valfleuri), ce qui peut représenter une différence de près de 400 EPT ; c) augmentation d'effectif significative à NOMAD en 2015.

Notons encore que le fichier livré par la CCT Santé 21 contient les variables de « chaîne », « niveau », « échelon », « taux d'activité », « sexe » et « salaire mensuel par EPT ». Le salaire moyen s'établit à CHF 5990.-, le salaire médian à CHF 5659.-, le moyenne du taux d'activité se monte à 78%. Les salaires mensuels moyens pour un EPT par type d'employeur sont: HNE : CHF 6182.-, CNP : CHF 6436.-, EMS : CHF 5519.-, et NOMAD : CHF 5946.-



**Fig. 6 EPT CCT-21 selon la fonction et le type d'employeur au 31.12.2015, en %**

NB. Le personnel médical (médecins cadres, médecins assistants et chefs de cliniques) ainsi que les apprentis ne sont pas soumis à la CCT-21 et ne sont donc pas compris dans ces chiffres.

Source : Statistiques CCT-21, données harmonisées sur la base de 668 « désignation de postes » (3793 EPT), calculs propres.

Il ressort sans surprise que le personnel soignant (principalement les infirmières et infirmiers) représente la part principale des emplois dans les institutions de soins du canton, soit 50% pour les hôpitaux, 61% pour les EMS et 80% pour les soins à domicile (NOMAD). Les parts que représentent le personnel médico-technique (210.6 EPT pour les hôpitaux, 6 EPT pour les EMS et 3.9 EPT pour NOMAD, soit 9% en tout) et médico-thérapeutique (117.2 EPT pour les hôpitaux et 3 EPT pour les EMS, soit 5%) sont nettement plus faibles (14% en tout), avec une proportion plus élevée dans les hôpitaux que dans les EMS et à NOMAD (0.9% chacun pour ces derniers). La part du personnel occupée à des tâches administratives et managériales est plus élevée pour l'aide et les soins à domicile (19.3%) que dans les hôpitaux (13.3%) et les EMS (5.4%). Par contre, la part du personnel hôtelier est nettement plus importante dans les EMS (24%) que dans les hôpitaux (9,7%). Même constat pour la rubrique « autres » (8.2% pour les hôpitaux, 5.1% pour les EMS).

#### 5.1.4 Densité et répartition des emplois selon la fonction et le type d'employeur

En 2014, la Suisse comptait 278 hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées employant 120'000 EPT, dont 117 hôpitaux pour les dix cantons de référence employant 63'600 EPT (soit un effectif moyen de 431.7 EPT pour les hôpitaux de soins généraux et de 543.6 EPT pour les cliniques spécialisées). A Neuchâtel, en 2014 et selon l'OFS, les cinq institutions hospitalières autorisées occupaient 2439 EPT<sup>24</sup>.

Nous présentons ici l'évolution des emplois dans les 10 cantons de référence selon la fonction et le type d'employeur (hôpitaux pour la période 2010-2014, EMS pour la période 2007-2014 et enfin des SASD pour la période 2007-2014) tout d'abord pour 1000 habitants, puis en pourcent afin de mieux identifier la répartition des fonctions ou « skill mix » et ainsi les spécificités qui pourraient distinguer Neuchâtel des autres cantons.

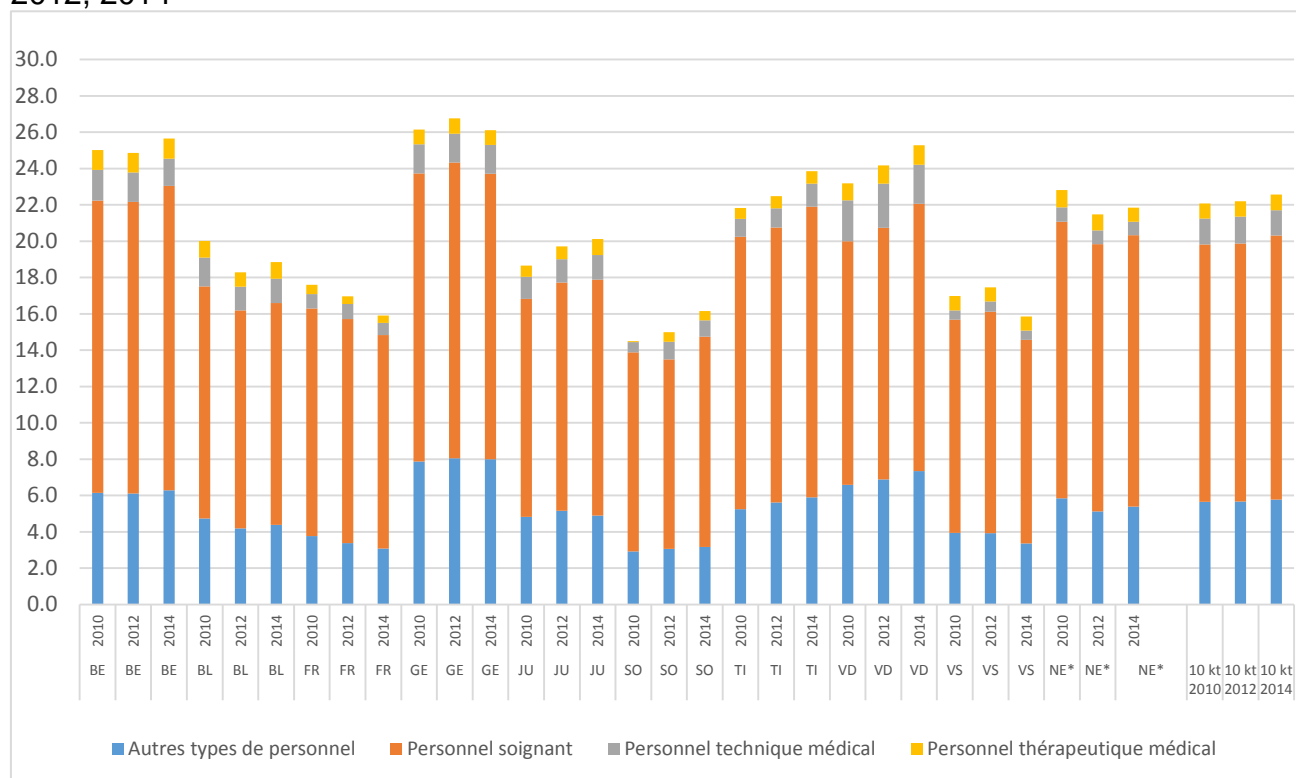
<sup>24</sup> Liste des institutions, v. point 3.1.

## Hôpitaux

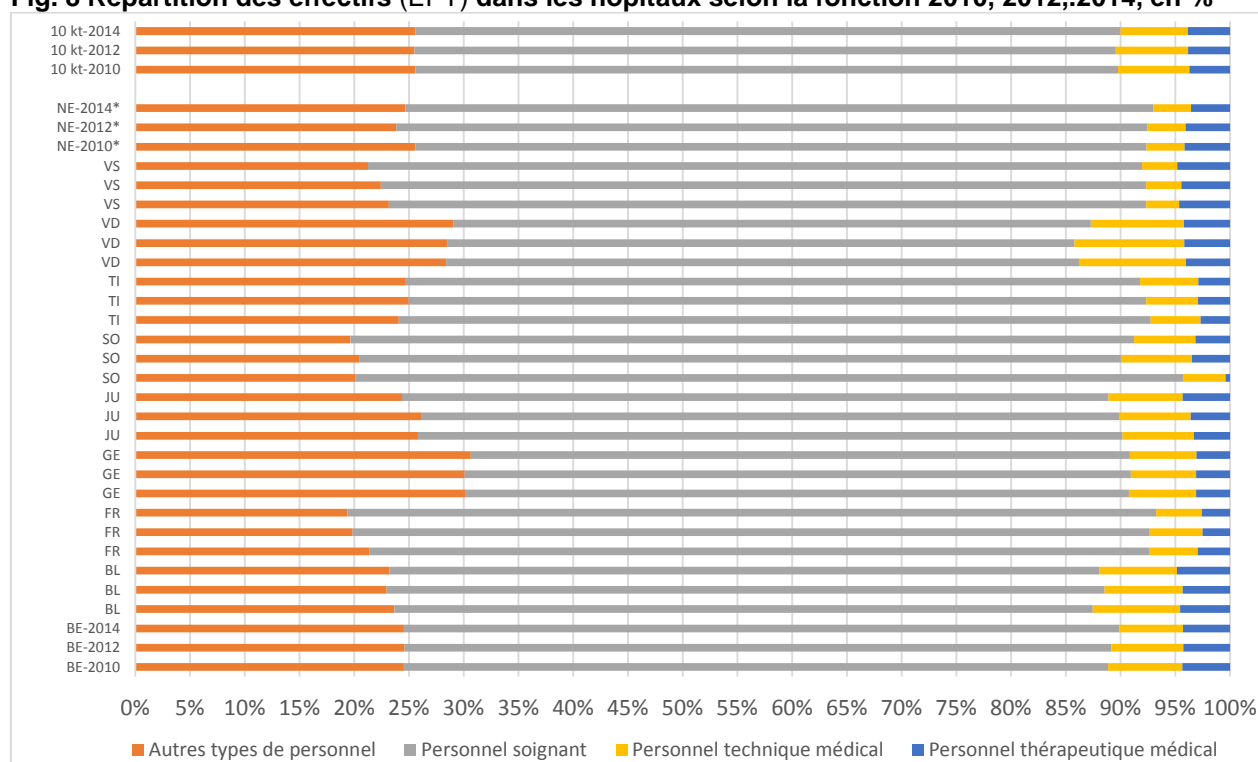
La comparaison de la densité du personnel des établissements hospitaliers des 10 cantons de référence révèle plusieurs résultats intéressants (Fig. 7). Il en ressort que le canton de Neuchâtel (22 emplois p. 1000 habitants) se trouve dans la moyenne de ces cantons, mais en-dessous des cantons ayant des hôpitaux universitaires (Genève, Berne et Vaud : > 24 p. 1000), mais aussi du Tessin qui possède un réseau de cliniques privées étendu. Il trouve par contre largement au-dessus de cantons comparables en terme de taille de population et de situation géo-topographique tels que Bâle-Campagne, Fribourg, Soleure et le Valais : < 16 p. 1000 habitants.

L'évolution entre 2010 et 2014 est contrastée avec une hausse du total des emplois pour Berne, Jura, Tessin et surtout Vaud. A Neuchâtel, la situation est différente avec une baisse entre 2010 et 2012, suivie d'une légère hausse entre 2012 et 2014. Finalement, la baisse des emplois est significative à Fribourg, plus modérée en Valais. Les emplois augmentent à Soleure et diminuent avant de remonter à Bâle-Campagne.

Fig. 7 Densité hospitalière selon le type de fonctions, en EPT p. 1000 habitants 2010, 2012, 2014



Source : OFS-KS, calculs propres.

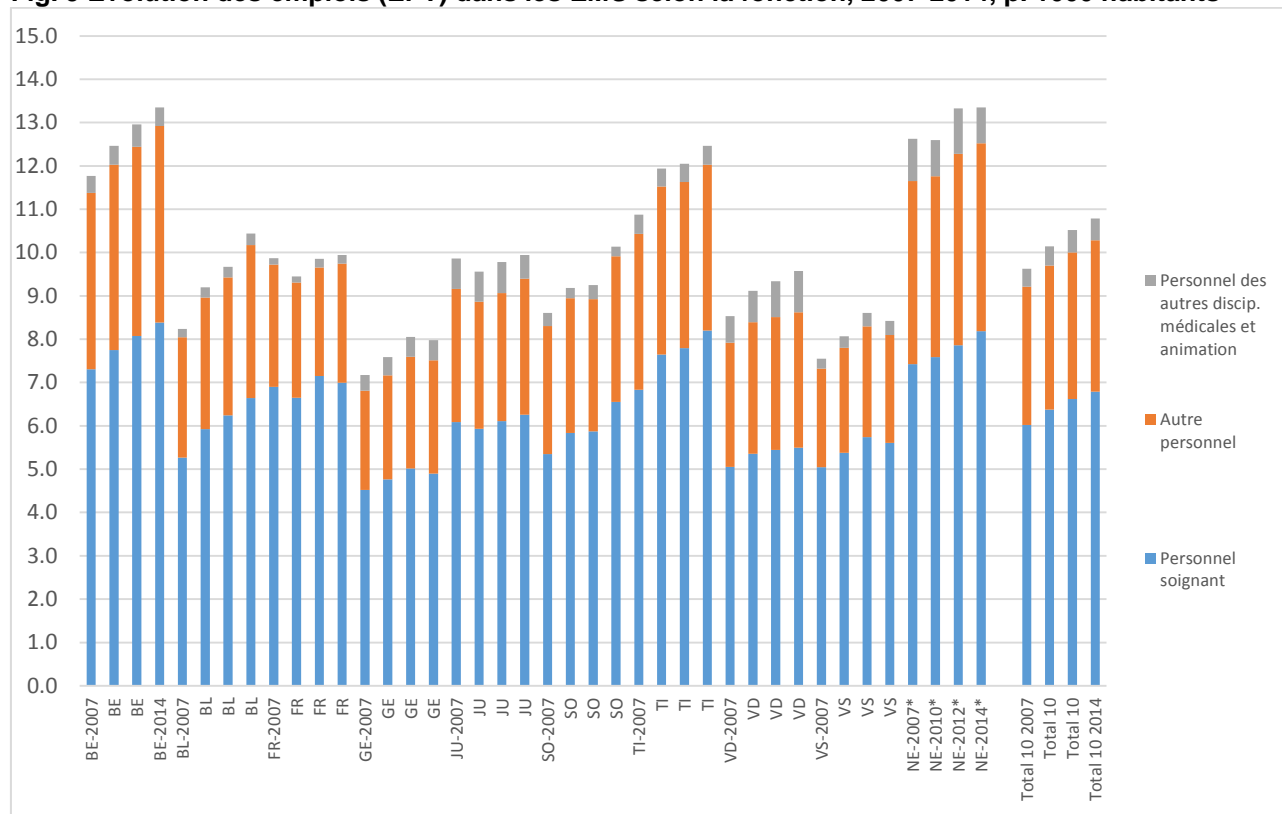
**Fig. 8 Répartition des effectifs (EPT) dans les hôpitaux selon la fonction 2010, 2012, 2014, en %**

Source : OFS-KS, calculs propres.

La répartition des emplois par type de fonction révèle des pratiques différentes dans la gestion et l'organisation. En moyenne, 65% du personnel occupent les fonctions de soins (infirmier, aide-infirmiers), 7% des fonctions médico-techniques et 4% médico-thérapeutiques, le solde comprenant les fonctions hôtelières, logistiques et administratives (25%). Il est intéressant de noter que les fonctions médico-techniques et médico-thérapeutiques sont sensiblement moins élevées à Neuchâtel, au même niveau que Fribourg et du Valais, allant même en diminuant, à contre-courant de la tendance des autres cantons. La part de ces emplois davantage spécialisés est plus élevée dans les cantons de Vaud et de Bâle-Campagne mais aussi à Berne et dans le Jura.

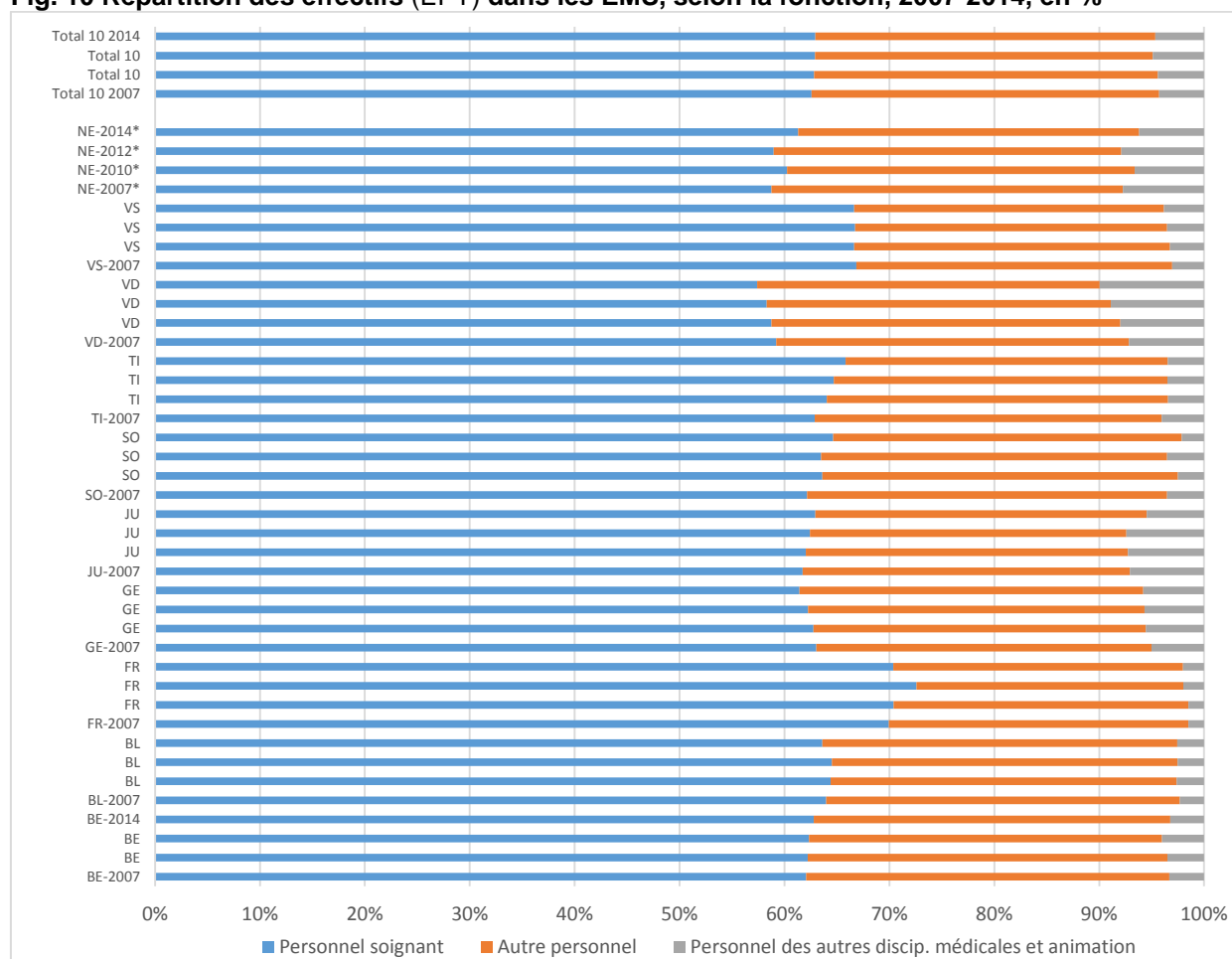
### Etablissements médico-sociaux

En 2014, selon la statistique SOMED de l'OFS, la Suisse comptait 1559 établissements médico-sociaux employant 56'000 EPT, dont 781 EMS (50.1% de l'ensemble des établissements recensés) représentant 27'313 EPT (48.8%), uniquement pour les 10 cantons de l'échantillon. A Neuchâtel, on dénombrait, selon la statistique précitée, 56 EMS (3.6%) pour 1437 EPT (2.6%), soit un nombre moyen d'EPT par EMS de 25.6 contre 35.9 en moyenne suisse. La figure 9 montre une densité des emplois très élevée pour Neuchâtel, à la hauteur du canton de Berne (> 13 p. 1000 habitants et en augmentation), bien en-dessus de la moyenne des dix cantons de référence. Entre 2007 et 2014, la hausse est soutenue partout, avec un tassement toutefois en 2014 pour Genève et en Valais. Les statistiques officielles révèlent aussi une hausse des EPT pour Neuchâtel entre 2010 et 2014 (+11% dans la moyenne des autres cantons), probablement liée à l'augmentation de la demande, et une stabilité dans le nombre d'établissements.

**Fig. 9 Evolution des emplois (EPT) dans les EMS selon la fonction, 2007-2014, p. 1000 habitants**

Source : OFS-SOMED, calculs propres.

La forte atomisation observée dans le canton de Neuchâtel pour les EMS peut s'expliquer, en partie du moins, par la topographie jurassienne et les distances relativement importantes à parcourir (Val-de-Travers, Val-de-Ruz, Haut et Bas du canton), mais aussi par un développement précoce de la prise en charge institutionnalisée, initié par les communes. Le besoin de maintien des emplois décentralisés (politique économique régionale) et la préservation du patrimoine pour les bâtiments anciens constituent deux autres explications possibles.

**Fig. 10 Répartition des effectifs (EPT) dans les EMS, selon la fonction, 2007-2014, en %**

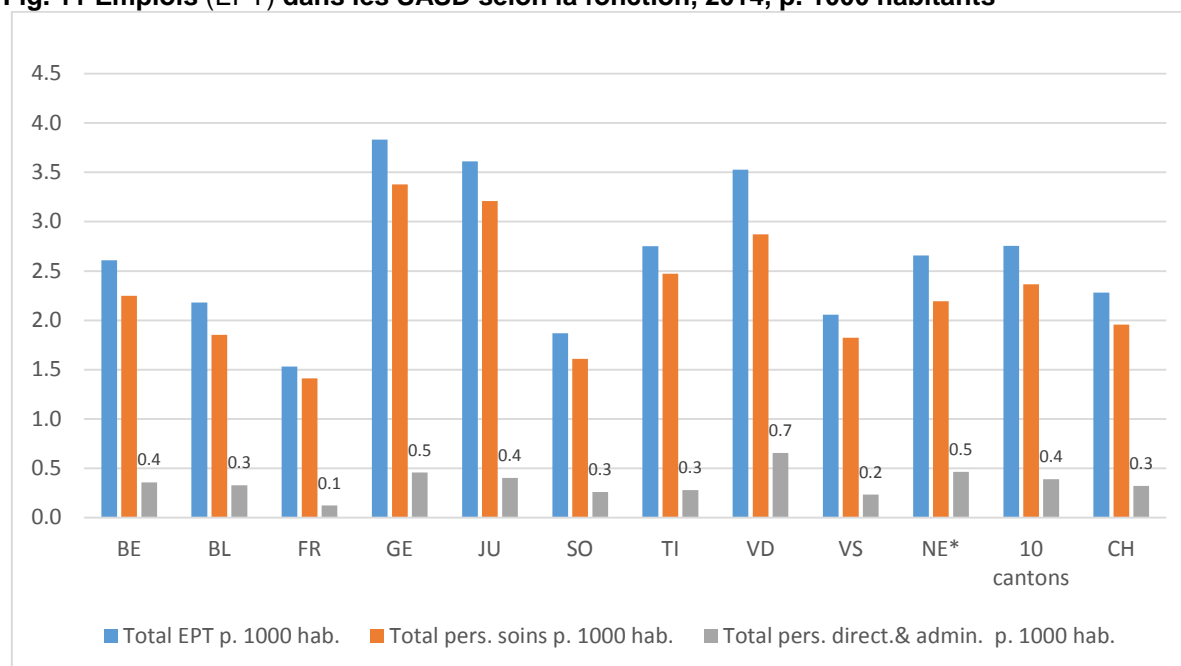
Source : OFS-SOMED, calculs propres.

La répartition des emplois par fonction montre, en comparaison intercantonale, une part plus faible du personnel soignant dans les EMS neuchâtelois, suivant le modèle vaudois, privilégiant ainsi le personnel des autres professions occupées principalement dans la logistique et l'hôtellerie.

### Services d'aide et de soins à domicile (SASD)

En Suisse, en 2014, les services d'aide et de soins à domicile employaient 18'782 EPT, dont 11'100 EPT (59% du total) pour les dix cantons de référence et 471 (2.5%) pour Neuchâtel. La densité d'emplois dans le domaine des SASD pour 1000 habitants dans le canton de Neuchâtel est supérieure à la moyenne suisse et légèrement inférieure à celle des cantons de référence (Fig. 11).

Nous constatons que les trois cantons qui ont le plus développé les soins à domicile sont Genève, le Jura et Vaud, alors que le Tessin, précurseur, se trouve désormais juste au-dessus de la moyenne des cantons de référence.

**Fig. 11 Emplois (EPT) dans les SASD selon la fonction, 2014, p. 1000 habitants**

Source : OFS-Spitex, calculs propres.

**Fig. 12 Part des emplois (EPT) dans les SASD selon la fonction 2014, en %**

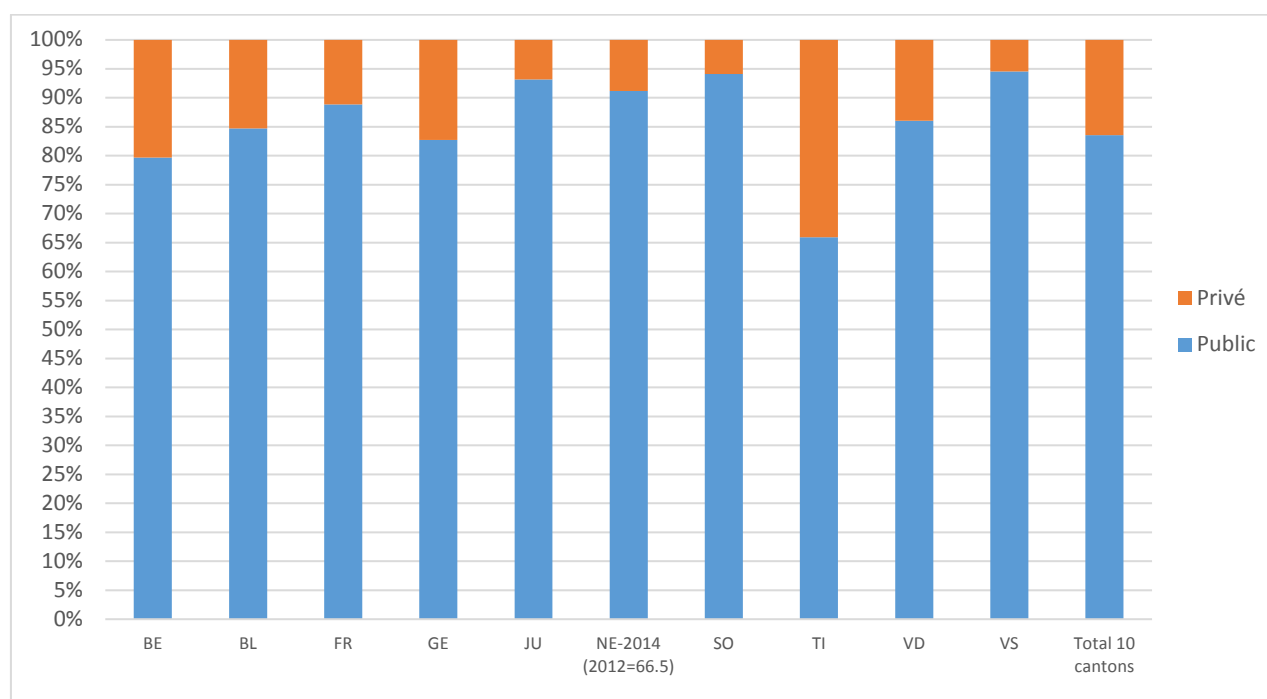
Source : OFS-Spitex, calculs propres.

Par fonction, la part du personnel occupé à des tâches de « direction et d'administration » est, en comparaison suisse ou avec les 10 cantons de référence (14,1%), plus élevée dans les cantons de Vaud (18,6%) et de Neuchâtel (17,5%) (Fig. 12). La raison tient probablement à une proportion importante d'indépendant-e-s pour les SASD, requérant de nombreuses tâches de gestion administrative et des frais de déplacements reportés sur ce type de fonctions. Cette remarque n'est toutefois pas valable pour NOMAD vu que plus de 90% de ces activités sont couvertes par la CCT-21.

### 5.1.5 Emplois selon la nature juridique privée-public

Les derniers chiffres disponibles à l'OFS pour distinguer le secteur privé du secteur public datent de 2012 et portent sur le secteur hospitalier. Depuis cette date, la distinction est devenue difficile du fait de la libéralisation du marché de la santé et de la mise en concurrence des hôpitaux et des autres institutions de la santé. Pour 2014, et afin de coller un peu plus à la réalité actuelle, nous avons mis à jour les données pour Neuchâtel et sommes arrivés à 223.9 EPT pour le secteur privé, soit 9% des emplois, ce qui reste en dessous de la moyenne des dix cantons de référence (16%).

**Fig. 13 Part du personnel en EPT selon la nature juridique de l'hôpital 2012**



Source : OFS-KS, calculs propres.

Relevons que la part du secteur privé reste marginale dans les cantons de l'échantillon, à l'exception des cantons plus touristiques et / ou ayant historiquement des cliniques privées<sup>25</sup> comme le Tessin (34%) et Berne (20%). La part des emplois privés est de 17% à Genève, de 15% à Bâle-Campagne et de 13% dans le canton de Vaud. Neuchâtel est le canton possédant le moins d'emplois dans des établissements de nature juridique privée (<5% en 2012 et 9% en 2014).

### 5.2 Degré de couverture des CCT / Lpers selon le type d'employeur

Ce sous-chapitre décrit le degré de couverture des CCT et Lpers selon le type d'employeur par canton, par rapport à l'ensemble du personnel (excepté médecins), sur la base d'une enquête que nous avons réalisée auprès des cantons de l'échantillon en février/mars 2016 (situation fin 2015). Cet indicateur du « degré de couverture CCT / Lpers » permet d'estimer, en partie au moins, le degré de protection du personnel, puisque les CCT et Lpers offrent des conditions de travail en principe plus favorables que

<sup>25</sup> Représentés en Suisse principalement par les groupes GSMN (v. [www.gsmn.ch](http://www.gsmn.ch)) et Hirslanden (v. [www.hirslanden.ch](http://www.hirslanden.ch)).

les contrats privés. Par contre, cet indicateur de couverture ne permet pas de mesurer les répercussions sur les coûts de la santé, les sections 5.3 et 5.4 donnant plus d'information à ce sujet.

Les études et données relatives au taux de couverture des CCT/Lpers dans le domaine de la santé selon le type d'employeur et par canton n'existent pas, raison pour laquelle nous avons dû réaliser une enquête auprès des services de la santé des cantons de référence. Si la plupart des cantons ont pu livrer et valider les résultats obtenus, pour d'autres (BE, FR, SO), nous avons complété les informations reçues et calculé des estimations sur la base des données disponibles à l'OFS. Nous avons cherché à distinguer la nature du rapport d'emplois en couvrant autant les CCT que les lois sur le personnel (LPers) auxquelles est soumis le personnel des hôpitaux universitaires (HUG, CHUV) et / ou de certains hôpitaux cantonaux, mais, selon les cantons, également d'autres établissements de soins. Précisons ici que certains cantons connaissent des formes de conventions particulières à l'instar du canton de Soleure, qui possède une CCT cantonale pour l'ensemble du personnel de l'Etat, en lieu et place d'une Lpers, CCT qui trouve également application auprès de différents acteurs dans différents domaines de soins .

La figure 14 expose les résultats de l'enquête en distinguant les emplois (EPT) couverts (oui ou non) par une CCT, respectivement par une Lpers, en précisant la nature d'emploi et en distinguant le type d'employeur.

Au 31.12.2015, 66'259 EPT (58.7%) étaient soumis à une CCT ou à une Lpers dans le domaine de la santé sur un total de 112'877 EPT pour les cantons de l'échantillon. Les deux plus gros employeurs soumis à la Lpers sont le CHUV (8568 EPT, soit environ 50% des emplois des hôpitaux vaudois) et les HUG (8332 EPT, 82.7% des emplois du secteur hospitalier genevois). Viennent ensuite, couverts par une CCT santé parapublique, les EMS vaudois avec 8568 EPT ainsi que les SASD vaudois avec 4936 EPT, dans les deux cas avec un taux de couverture de 100%. Genève (88.7%), le Tessin (83.5%), Neuchâtel (84.3%), le Jura (80.2%) et Vaud (72.9%) sont les cantons avec le pourcentage le plus élevé d'EPT soumis à une CCT ou une Lpers.

La figure 15 résume la prévalence des taux de couverture par type d'employeur et par canton. Les résultats indiquent que les cantons alémaniques (BE, BL, SO) sont moins couverts, respectivement moins attachés à des formes de protection classiques des employés que les cantons latins, confirmant les résultats d'autres études que nous avons menées. Dans ces cantons alémaniques, les communes jouent souvent encore un rôle prépondérant dans la prise en charge en EMS par exemple. Le personnel des hôpitaux cantonaux est davantage soumis à la Lpers ou à des CCT que celui des autres types d'employeurs. Le personnel des institutions de soins des cantons de Genève et de Neuchâtel apparaît comme le mieux « couvert » (somme des degrés de couverture pour les trois types d'employeurs = 250%, sur un maximum de 300%), devant le Jura et Vaud (230%). Suivent Fribourg, Bâle-Campagne et Fribourg. Les collaborateurs des institutions sanitaires des cantons de Soleure et surtout de Berne apparaissent comme les moins soumis à ce type de rapport d'emploi.

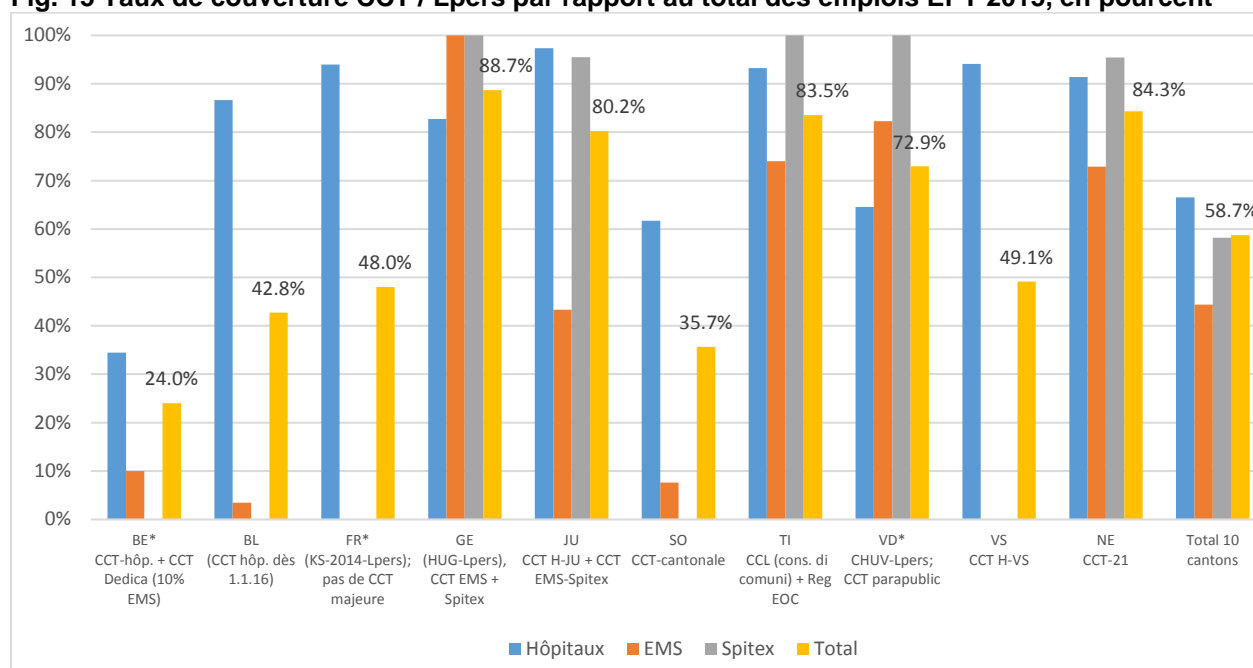


**Fig. 14 Degré de couverture des emplois par une CCT / Lpers, selon le type d'employeur au 31.12.2015 (EPT et pourcent)**

Canton et type de protection		Hôpitaux	EMS	SASD	Total
<b>NE</b> CCT-21	<b>Oui</b>	2 375.0	1 498.8	438.0	<b>4 311.8</b>
	<b>Non</b>	223.9	557.4	21.0	<b>802.3</b>
	Total	2 598.9	2 056.2	459.0	5 114.1
	<b>Oui %</b>	<b>91.4%</b>	<b>72.9%</b>	<b>95.4%</b>	<b>84.3%</b>
<b>BE*</b> CCT-hôpitaux. + CCT Dedicata (10% EMS)	<b>Oui</b>	6 000.0	846.0	0.0	<b>6 846.0</b>
	<b>Non</b>	11 426.0	7 617.8	2 633.1	<b>21 676.9</b>
	Total	17 426.0	8 463.8	2 633.1	28 522.9
	<b>Oui %</b>	<b>34.4%</b>	<b>10.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>24.0%</b>
<b>BL</b> (condition CCT hôpitaux. dès 1.1.16)	<b>Oui</b>	2 019.3	66.7	0.0	<b>2 086.0</b>
	<b>Non</b>	311.9	1 868.0	613.4	<b>2 793.3</b>
	Total	2 331.1	1 934.7	613.4	4 879.2
	<b>Oui %</b>	<b>86.6%</b>	<b>3.4%</b>	<b>0.0%</b>	<b>42.8%</b>
<b>FR*</b> (KS-2014-Lpers); pas de CCT majeure	<b>Oui</b>	2 542.0	0.0	0.0	<b>2 542.0</b>
	<b>Non</b>	163.2	2 122.4	465.2	<b>2 750.8</b>
	Total	2 705.2	2 122.4	465.2	5 292.8
	<b>Oui %</b>	<b>94.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>48.0%</b>
<b>GE</b> HUG-Lpers, CCT EMS + SASD	<b>Oui</b>	8 332.0	3 552.4	1 708.5	<b>13 592.9</b>
	<b>Non</b>	1 737.0	0.0	0.0	<b>1 737.0</b>
	Total	10 069.0	3 552.4	1 708.5	15 329.9
	<b>Oui %</b>	<b>82.7%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>88.7%</b>
<b>JU</b> CCT H-JU + CCT EMS-SASD	<b>Oui</b>	863.0	226.2	253.8	<b>1 343.0</b>
	<b>Non</b>	23.2	296.1	12.0	<b>331.3</b>
	Total	886.2	522.3	265.8	1 674.3
	<b>Oui %</b>	<b>97.4%</b>	<b>43.3%</b>	<b>95.5%</b>	<b>80.2%</b>
<b>SO*</b> CCT-cantonale	<b>Oui</b>	1 564.3	131.6	0.0	<b>1 695.9</b>
	<b>Non</b>	969.4	1 595.8	493.3	<b>3 058.6</b>
	Total	2 533.7	1 727.4	493.3	4 754.5
	<b>Oui %</b>	<b>61.7%</b>	<b>7.6%</b>	<b>0.0%</b>	<b>35.7%</b>
<b>TI</b> CCL (y.c consorzio di comuni) + Reg. EOC	<b>Oui</b>	4 207.0	3 230.0	965.0	<b>8 402.0</b>
	<b>Non</b>	305.0	1 350.0	0.0	<b>1 655.0</b>
	Total	4 512.0	4 580.0	965.0	10 057.0
	<b>Oui %</b>	<b>93.2%</b>	<b>74.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>83.5%</b>
<b>VD*</b> CHUV-Lpers; CCT parapublic	<b>Oui</b>	12 420.3	5 997.6	3 455.2	<b>21 873.1</b>
	<b>Non</b>	6 824.8	1 293.9	0.0	<b>8 118.7</b>
	Total	19 245.1	7 291.5	3 455.2	29 991.8
	<b>Oui %</b>	<b>64.5%</b>	<b>82.3%</b>	<b>100.0%</b>	<b>72.9%</b>
<b>VS</b> CCT H-VS	<b>Oui</b>	3 856.0	0.0	0.0	<b>3 566.0</b>
	<b>Non</b>	241.0	2 794.0	659.1	<b>3 694.1</b>
	Total	4 097.0	2 794.0	659.1	7 260.1
	<b>Oui %</b>	<b>94.1%</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>49.1%</b>
<b>Total 10 cantons</b>	<b>Oui</b>	44 178.9	15 549.3	6 820.5	<b>66 258.6</b>
	<b>Non</b>	22 225.4	19 495.5	4 897.1	<b>46 618.0</b>
	Total	66 404.2	35 044.8	11 717.5	112 876.5
	<b>Oui %</b>	<b>66.5%</b>	<b>44.4%</b>	<b>58.2%</b>	<b>58.7%</b>

\* Estimations IDHEAP, non validées par le canton. Chiffres partiellement pondérés pour FR et VD.

Source: enquête IDHEAP auprès des cantons, services responsables.

**Fig. 15 Taux de couverture CCT / Lpers par rapport au total des emplois EPT 2015, en pourcent**

\* Estimations IDHEAP, non validées par le canton. Chiffres partiellement pondérés pour FR et VD.  
Source: enquête IDHEAP auprès des cantons, services responsables.

### 5.3 Analyse comparative fine par fonction

Il s'agit dans cette analyse d'estimer les coûts de la CCT-21 en comparant les rémunérations de chaque fonction sélectionnée (au total trente-quatre) avec celles en vigueur dans les autres cantons de référence. Concrètement, nous comparons ici les rémunérations (annexe 5) des fonctions (décrites dans l'annexe 2) avec les rémunérations des fonctions analogues dans les barèmes (CCT ou Lpers) retenus dans les cantons de référence au 31 décembre 2015 (v. Fig. 16, page suivante).

#### 5.3.1 Présentation des données

Ces barèmes (un ou deux par canton) ont été sélectionnés en fonction de la logique suivante :

- En priorité, la CCT santé la plus importante en termes d'employés couverts.
- La Lpers et ses règlement d'applications, pour les cantons disposant d'importantes structures (notamment hospitalières) au personnel desquelles elle s'applique.
- Dans les cas où aucune CCT n'existe ou n'est suffisamment importante en termes de degré de couverture pour représenter la tendance cantonale (par exemple Fribourg), seule la Lpers a été retenue.
- A l'inverse, dans les cas où aucun employeur (ou très peu) du secteur de la santé n'est concerné par la Lpers, la Lpers n'étant pas en mesure de représenter la situation cantonale du milieu sanitaire (par exemple BL ou SO), seule la principale CCT santé a été retenue.
- Enfin, le cas du Tessin est particulier car il y existe des CCT pour le secteur sanitaire mais souvent destinées au secteur privé uniquement. Notre choix s'est donc porté sur une CCT d'importance plus réduite (celle des EMS), mais qui

concerne également des établissements publics ou parapublics et qui est donc plus comparable avec la CCT-21.

**Fig. 16 Treize barèmes sélectionnés pour la comparaison avec la CCT-21 (état au 31.12.2015)**

Canton	Barème	Principal employeur concerné
Bâle-Campagne	CCT de l'hôpital cantonal « GAV Kantonsspital / Psychiatrie Baselland »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital cantonal</li> </ul>
Berne	CCT pour le personnel des hôpitaux bernois / « GAV für das Personal Bernischer Spitaler »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpitaux et cliniques</li> </ul>
	Lpers (153.01)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital de l'Île<sup>26</sup></li> </ul>
Fribourg	Lpers (122.70.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital fribourgeois</li> </ul>
Genève	CCT des EMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fédération Genevoise des Etablissements Médico-Sociaux (FEGEMS)</li> </ul>
	Lpers (LPAC : B 5.05)	<ul style="list-style-type: none"> <li>HUG</li> </ul>
Jura	CCT pour le personnel de l'hôpital du Jura	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital du Jura</li> </ul>
	CCT des EMS et institutions de soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Association Jurassienne des Institutions pour Personnes Agées (AJIPA)</li> <li>Fédération pour l'Aide et les Soins à domicile (FAS)</li> </ul>
Soleure	CCT du personnel du canton de Soleure (GAV 126.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solothurner Spitaler AG</li> </ul>
Tessin	CCT EMS du canton du Tessin « Contratto collettivo di lavoro per il personale occupato presso le Case per anziani del Cantone Ticino (CCL ROCA) »	<ul style="list-style-type: none"> <li>EMS tessinois</li> </ul>
Valais	CCT des hôpitaux du canton du Valais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital du Valais</li> </ul>
Vaud	Lpers (172.31)	<ul style="list-style-type: none"> <li>CHUV</li> </ul>
	CCT du secteur sanitaire parapublic du canton de Vaud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) ;</li> <li>Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS) ;</li> <li>Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) ;</li> <li>Association vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD)</li> </ul>

Sources : sites web des cantons / des CCT. Consultés entre novembre 2015 et août 2016.

NB. Les versions les plus récentes des Lpers consultées le sont au 31.12.2015.

La comparaison des rémunérations est effectuée à l'aide de cinq indices, précédemment présentés: l'indice de salaire brut, l'indice temps, l'indice d'avantages financiers, l'indice de rémunération globale et enfin l'indice de salaire horaire global. Le calcul des indices est détaillé dans l'annexe 4. L'ensemble des données de base utilisées apparaissent dans l'annexe 5. Les sections suivantes présentent les résultats, d'abord pour les fonctions soignantes, médico-techniques et médico-thérapeutiques (section 5.3.2), ensuite pour les fonctions du social (5.3.3), de l'hôtellerie (5.3.4), celles de la technique-logistique (5.3.5)

<sup>26</sup> NB : une nouvelle CCT pour l'hôpital de l'Île est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Pour les besoins de la comparaison, nous nous basons ici sur la Lpers, c'est-à-dire, la couverture effectivement en vigueur au 31 décembre 2015.

et enfin celles de l'administration (5.3.6), soit les cinq catégories retenues pour cette analyse fine. La section 5.3.7 comprend une analyse complémentaire qui compare les barèmes pour les salaires *minimums* et *maximums* des échelles de traitement, c'est-à-dire les salaires en début et en fin de carrière.

Rappelons ici que toutes ces comparaisons se basent sur le profil d'un employé-type de 45 ans (milieu de carrière), ayant plus de quinze ans d'ancienneté, travaillant à 100%, ayant un enfant à charge, dînant sur son lieu de travail, et étant mobilisé occasionnellement (ou de façon plus conséquente selon la fonction exercée) la nuit et le samedi.

### 5.3.2 Fonctions soignantes, médico-techniques et médico-thérapeutiques

Ce tableau rassemble les cinq indices pour les fonctions soignantes, médico-techniques et médico-thérapeutiques retenues. Les couleurs indiquent une situation moins coûteuse pour Neuchâtel (vert) ou plus coûteuse (rouge).

**Fig. 17 Comparaison des fonctions soignantes, médico-techniques et médico-thérapeutiques**  
(au 31.12.2015)

SN.	SOINS, MEDICO-TECHNIQUES, MEDICO-THERAPEUTIQUES	i1	i2	i3	i4	i5	N <sup>27</sup>
SN1	Infirmier diplômé avec spécialisation	102.8	107.6	122.7	103.4	111.3	13
SN2	Infirmier diplômé	96.7	107.6	110.0	97.4	104.8	13
SN3	Personnel soignant avec diplôme secondaire II	93.0	107.6	122.8	94.2	101.4	13
SN4	Aide-soignant (ASA)	97.1	107.6	130.1	98.8	106.3	13
SN5	Assistant en soins (sans diplôme)	98.0	107.6	117.7	99.3	106.9	13
SN6	Technicien avec spécialisation (ex: radiologie)	86.3	107.6	111.5	87.0	93.6	11
SN7	Personnel médico-technique avec diplôme secondaire II	80.4	107.6	145.5	81.3	87.5	11
SN8	Physiothérapeute	89.5	107.6	104.6	89.8	96.6	12
SN9	Ergothérapeute	88.1	107.6	133.0	88.7	95.5	11
SN10	Diététicien	92.6	107.6	144.3	93.4	100.5	11
SN11	Logopédiste	100.3	107.6	121.8	100.6	108.2	11
SN12	Psychologue	84.8	107.6	90.5	85.1	91.5	10
SN13	Personnel médico-thérapeutique avec diplôme secondaire II	89.4	107.6	145.8	90.2	97.1	11
SN14	Responsable de petite unité de soins (ICUS 1)	91.4	107.6	107.6	91.8	98.7	13
SN15	Responsable de moyenne ou de grande unité de soins (ICUS 2)	84.7	107.6	88.2	84.7	91.2	13

Sources et méthode: voir annexe 4, Calculs propres.

L'indice 1 est en grande majorité inférieur à 100, sauf pour les fonctions d'infirmier diplômé avec spécialisation (102.8) et de logopédiste (100.3). Cela signifie que les salaires bruts sont globalement plus bas dans la CCT-21 pour l'employé-type de milieu de carrière, que dans les autres cantons retenus pour la comparaison. Dans les deux fonctions qui font figure d'exception (SN1 et SN11), la différence est faible, et nous pouvons affirmer que

<sup>27</sup> Le N correspond au nombre de barèmes pris en comptes. Plus le N est grand, plus l'estimation est fiable.

les salaires bruts pour ces fonctions sont plus ou moins équivalant aux salaires versés dans les autres cantons.

L'indice 2 est équivalent à 107.6. Ceci vaut pour toutes les fonctions, car rappelons-le, l'indice mesure les « avantages » en termes de temps de travail (pauses, vacances, etc...) indifféremment de la fonction exercée, ce qui signifie que le temps de travail effectif médian dans les autres couvertures est 7.6% plus élevé que dans la CCT-21. Cette différence est notable.

A l'inverse de l'indice 1, l'indice 3 s'avère être en grande partie supérieur à 100. Cette tendance indique que les avantages financiers versés aux salariés soumis à la CCT-21 sont plus importants que les avantages financiers versés dans les autres cantons. On peut même observer des écarts notables pour certaines fonctions (SN1, SN3, SN4, SN7, SN9, SN10, SN11, SN13). Quelques valeurs extrêmes (SN7, SN10 et SN13, ainsi que quelques fonctions plus bas dans l'analyse) pourraient s'expliquer pour deux raisons. Tout d'abord car notre analyse donne une place importante aux allocations familiales complémentaires. Or, la CCT-21 fait partie des barèmes qui en accorde le plus (voir annexe 5.3). Ces fonctions n'étant pas ou très peu concernées par le travail de nuit ou du samedi, les allocations familiales occupent une place prépondérante dans l'ensemble des avantages perçus. Leurs avantages totaux sous la CCT-21 ne sont donc pas égalés par les autres cantons. Par ailleurs, la présence de valeurs extrêmes est aussi expliquée par le nombre plus petit d'observations (N) : certaines fonctions sont présentes dans moins de barèmes, les valeurs extrêmes sont donc moins « lissées ».

L'indice 4 est à l'image de l'indice 1 : majoritairement inférieur à 100, sauf pour les fonctions soignantes (de SN1 à SN5) et les logopédistes qui gravitent autour de 100. Le fait que les avantages financiers soient globalement plus élevés (i3), ne compense pas l'écart négatif des salaires bruts (i1) : la rémunération brute est également plus basse (i4). En revanche avec l'indice 5, une fois ramené au temps effectivement travaillé la rémunération globale est sensiblement supérieure pour les infirmiers diplômés avec spécialisation (11.3%), modérément supérieure pour les autres fonctions de soins, pour les diététiciens et les logopédistes, mais presque équivalente aux autres cantons pour les autres fonctions médico-techniques et médico-thérapeutiques. Enfin, même si la valeur doit être relativisée (N=11), le personnel médico-technique avec diplôme secondaire II fait office d'exception avec une rémunération nettement inférieure sous la CCT-21.

### 5.3.3 Fonctions du social

**Fig. 18 Comparaison des fonctions du social**  
(au 31.12.2015)

SOC.	SOCIAL	i1	i2	i3	i4	i5	N
SOC1	Assistant social	90.1	107.6	84.3	90.0	96.8	13
SOC2	Educateur/ASE/Animateur	78.5	107.6	115.0	79.6	85.6	13
SOC3	Aide familiale-soins à domicile (diplômé)	98.4	107.6	145.9	99.5	107.1	12
SOC4	Aide au foyer (sans diplôme)	98.3	107.6	177.9	100.4	108.0	12
SOC5	Cadre (social)	77.9	107.6	121.2	78.4	84.4	11

Sources et méthode: voir annexe 4, Calculs propres.

La comparaison des fonctions du social aboutit globalement aux mêmes constats que pour les fonctions soignantes, médico-techniques et médico-thérapeutiques : une rémunération brute (i1) plus basse dans les institutions de soins du canton de Neuchâtel qu'ailleurs, non compensée par des avantages financiers (i3) plus hauts, ce qui explique une rémunération globale (i4) également plus basse. En revanche, on constate un avantage temps (i2) plus favorable aux employés de la CCT-21 qui influence la rémunération globale ramenée au temps effectivement travaillé (i5), rapprochant l'indice de 100, parfois même le dépassant. Alors que les éducateurs/ASE/animateurs, ainsi que les cadres du social obtiennent un indice 5 largement inférieur à 100 notamment à cause de leur rémunération brute relativement basse. On observe des indices de 107.1 et de 108.0 respectivement pour les aides familiales et les aides au foyer. Ces surcoûts semblent s'expliquer par des avantages temps et financiers très favorables – et notamment par les indemnités avantageuses pour le travail du samedi pour les valeurs extrêmes - qui compensent largement le relatif déficit des salaires.

### 5.3.4 Fonctions de l'hôtellerie

**Fig. 19 Comparaison des fonctions de l'hôtellerie**  
(au 31.12.2015)

HO.	HÔTELLERIE	i1	i2	i3	i4	i5	N
HO1	Cuisinier	93.1	107.6	150.5	94.6	101.8	13
HO2	Assistant en cuisine	95.3	107.6	170.2	97.6	105.0	13
HO3	Personnel d'intendance diplômé	88.8	107.6	144.4	90.0	96.8	12
HO4	Personnel d'intendance sans diplôme	95.3	107.6	165.2	97.4	104.8	13
HO5	Cadre ou responsable de petite unité (hôtellerie)	106.2	107.6	133.4	106.8	114.9	12
HO6	Gouvernant ou Intendant	102.9	107.6	81.8	102.4	110.2	13

Sources et méthode: voir annexe 4, Calculs propres.

L'indice 1 confirme une rémunération brute du personnel hôtelier « opérationnel » sous la CCT-21 plus basse qu'ailleurs, alors que celle du management est relativement plus haute. Cette différence s'annule pour les avantages financiers (i3), tous plus haut que dans les autres cantons, sauf pour les gouvernants ou intendants qui obtiennent moins d'avantages financiers sous la CCT-21. L'indice de rémunération globale (i4) montre que la différence entre un personnel opérationnel relativement moins rémunéré et un management mieux payé s'observe encore. Enfin, l'indice 5 signifie que ramenée au temps effectivement travaillé, la rémunération globale est plus haute sous la CCT-21 que sous les autres couvertures comparées. La différence la plus notable s'applique à la rémunération des cadres ou responsables de petites unités d'hôtellerie (14.9% en plus sous la CCT-21). Enfin, notons que le personnel d'intendance diplômé dispose toujours d'une rémunération globale inférieure, même si elle est ramenée au temps de travail effectif.

### 5.3.5 Fonctions de la technique-logistique

**Fig. 20 Comparaison des fonctions de la technique-logistique**  
(au 31.12.2015)

TL.	TECHNIQUE-LOGISTIQUE	i1	i2	i3	i4	i5	N
TL1	Spécialiste technique	89.5	107.6	103.5	89.8	96.6	12
TL2	Employé technique diplômé	104.5	107.6	105.7	104.5	112.5	13
TL3	Assistant technique (sans diplôme)	95.1	107.6	127.3	95.9	103.2	13
TL4	Chef d'atelier (Cadre)	82.1	107.6	113.3	82.6	88.8	12

Sources et méthode: voir annexe 4, Calculs propres.

Pour les spécialistes techniques, assistants techniques et chefs d'ateliers, on observe que la rémunération brute (i1), et la rémunération globale (i4) sont relativement inférieures sous la CCT-21 que dans les autres cantons. Ramenée au temps effectivement travaillé (indice 5 - qui pour rappel, est 7.6% supérieur pour la médiane des autres barèmes que sous la CCT-21), la rémunération globale des spécialistes techniques et des chefs d'atelier reste toujours plus faible sous la CCT-21 qu'ailleurs, alors que la rémunération globale des assistants techniques est 3.2% supérieure aux rémunérations globales pratiquées ailleurs. La fonction d'employé technique diplômé s'impose comme une exception car sa rémunération (brute comme globale), ainsi que les avantages financiers dont elle bénéficie, sont plus élevés que dans les autres cantons. Ramenée au temps effectif, sa rémunération globale est même 12.5% supérieure à celle des autres barèmes.

### 5.3.6 Fonctions de l'administration

**Fig. 21 Analyse comparative des fonctions de l'administration**  
(au 31.12.2015)

AD.	ADMINISTRATION	i1	i2	i3	i4	i5	N
AD1	Spécialiste (diplôme supérieur)	89.3	107.6	88.0	89.2	96.0	12
AD2	Employé administratif diplômé	96.0	107.6	102.8	96.1	103.4	13
AD3	Assistant administratif (sans diplôme)	100.8	107.6	114.5	101.1	108.8	13
AD4	Cadre (administration)	72.9	107.6	111.2	73.5	79.0	12

Sources et méthode: voir annexe 4, Calculs propres.

L'indice 1 montre une rémunération globale, encore une fois, inférieure sous la CCT-21 que dans les autres couvertures, sauf pour les assistants administratifs non diplômés. Cette différence est grande pour les cadres de l'administration dont la rémunération brute ne correspond qu'à 72.9% de celle de leurs homologues dans les autres cantons. A part pour les spécialistes, les fonctions de l'administration bénéficient de plus d'avantages financiers (i3). Comme ailleurs, ces avantages ne suffisent pas à éviter que la rémunération globale (i4) de toutes les fonctions de l'administration, sauf celle des assistants administratifs, soit plus basse sous la CCT-21. En ramenant la rémunération

globale au temps effectivement travaillé, les conditions des employés administratifs diplômés deviennent également plus favorables.

### 5.3.7 Salaires bruts minimums et maximums par fonction

Cette section propose d'analyser les salaires bruts minimums et maximums à l'aide de l'indice 1, une analyse qui permet de comparer les écarts de salaires en début et en fin de carrière pour chaque fonction.

**Fig. 22 Salaires minimums et maximums**  
(au 31.12.2015)

SN.	SOINS	Salaires minimums i1	Salaires maximums i1
SN1	Infirmier diplômé avec spécialisation	111.1	95.5
SN2	Infirmier diplômé	102.1	91.0
SN3	Personnel soignant avec diplôme secondaire II	97.4	93.5
SN4	Aide-soignant (ASA)	95.4	98.1
SN5	Assistant en soins (sans diplôme)	96.2	99.7
SN6	Technicien avec spécialisation (ex: radiologie)	83.6	88.6
SN7	Personnel médicotechnique avec diplôme secondaire II	83.6	77.1
SN8	Physiothérapeute	93.3	89.1
SN9	Ergothérapeute	93.0	85.9
SN10	Diététicien	97.3	94.6
SN11	Logopédiste	104.1	102.4
SN12	Psychologue	89.7	81.5
SN13	Personnel médico-thérapeutique avec diplôme secondaire II	96.6	87.1
SN14	Responsable de petite unité de soins (ICUS 1)	92.3	88.5
SN15	Responsable de moyenne ou de grande unité de soins (ICUS 2)	92.4	82.2
<b>SOC.</b>	<b>SOCIAL</b>		
SOC1	Assistant social	93.3	82.9
SOC2	Educateur/ASE/Animateur	83.1	75.0
SOC3	Aide familiale-soins à domicile (diplômé)	93.5	95.2
SOC4	Aide au foyer (sans diplôme)	100.9	97.4
SOC5	Cadre (social)	83.7	79.0
<b>HO.</b>	<b>HÔTELLERIE</b>		
HO1	Cuisinier	100.3	88.8
HO2	Assistant en cuisine	95.7	94.3
HO3	Personnel d'intendance diplômé	94.7	84.7
HO4	Personnel d'intendance sans diplôme	96.9	94.3
HO5	Cadre ou responsable de petite unité (hôtellerie)	110.1	100.6
HO6	Gouvernant ou Intendant	110.4	98.1



<b>TL.</b>	<b>TECHNIQUE-LOGISTIQUE</b>		
<b>TL1</b>	Spécialiste technique	92.6	88.2
<b>TL2</b>	Employé technique diplômé	107.2	101.7
<b>TL3</b>	Assistant technique (sans diplôme)	96.2	93.4
<b>TL4</b>	Chef d'atelier (Cadre)	84.7	82.7
<b>AD.</b>	<b>ADMINISTRATION</b>		
<b>AD1</b>	Spécialiste (diplôme supérieur)	100.5	94.2
<b>AD2</b>	Employé administratif diplômé	101.8	100
<b>AD3</b>	Assistant administratif (sans diplôme)	86.3	66.7
<b>AD4</b>	Cadre (administration)	111.1	95.5

Sources et méthode: voir annexe 4, Calculs propres.

Cette analyse met en évidence un indice de salaire brut plus élevé pour le salaire minimum que pour le salaire maximum. Cela signifie que l'écart avec la base de comparaison s'agrandit entre le premier échelon et le dernier échelon d'une fonction : l'éventail de progression des traitements (soit la différence entre le salaire minimum et le salaire maximum pour une même fonction) est moins large sous la CCT-21 qu'ailleurs. De manière générale, ce tableau montre que la CCT-21 est plus profitable pour les premiers échelons d'une fonction que pour les derniers, en fin de carrière, en comparaison avec les autres barèmes.

### 5.3.8 Synthèse de l'analyse comparée des rémunérations par fonction

Notre analyse comparée des rémunérations par fonction fait apparaître le fait que les salaires bruts de toutes les fonctions (pour l'employé-type retenu) sont inférieurs sous la CCT-21 à ceux des barèmes comparés, sauf pour quelques fonctions avec des rémunérations sensiblement équivalentes. La CCT-21 accorde davantage de temps libre que dans les autres barèmes (qui imposent un temps de travail 7.6% supérieur). A l'instar de l'avantage en temps, les avantages financiers (i3) sont plus élevés sous la CCT-21 qu'ailleurs. L'agrégation de rémunérations brutes plus faibles et d'avantages financiers plus forts contenues dans la CCT-21 conduit à des rémunérations globales tout de même plus faibles, bien que cette différence soit souvent peu importante. Rappelons que les avantages financiers, bien que plus élevés, occupent une place modérée dans la rémunération totale. L'indice 5, dont l'ambition est de faire la synthèse de tous les éléments constitutifs de la rémunération (salaires, avantages et temps), est parlant. Il montre que les fonctions soignantes sont globalement mieux rémunérées sous la CCT-21 que sous les autres barèmes. Ce n'est pas le cas des fonctions médico-techniques et médico-thérapeutiques (à l'exception des logopédistes et psychologues).

La comparaison des salaires bruts minimums et maximums par fonction révèle que la CCT-21 dispose d'un éventail de progression de la rémunération plus restreint que la base de comparaison. En d'autres termes, il y a moins de différence entre les premiers et les derniers échelons d'une même fonction qu'ailleurs. C'est aussi vrai pour l'étendue entre les fonctions les moins bien payées et les mieux payées (cadres) à l'exception du domaine de l'hôtellerie.

En résumé cette analyse met en exergue, pour l'employé-type retenu, que :

- les salaires bruts sont moins élevés sous la CCT-21 qu'ailleurs.
- les avantages financiers sont plus généreux sous la CCT-21 qu'ailleurs.
- la CCT-21 offre plus de temps libre aux collaborateurs que dans les cantons de référence.
- en comptant le salaire, les avantages financiers et les « avantages temps », les rémunérations globales sont légèrement plus faibles sous la CCT-21 qu'ailleurs, sauf pour les fonctions de soins, les fonctions peu qualifiées et les fonctions du domaine de l'hôtellerie pour lesquelles les rémunérations globales offertes par la CCT-21 sont équivalentes, voire parfois plus élevées, que celles octroyées dans les autres barèmes des cantons comparés.
- de manière générale, la CCT-21 est plus intéressante pour les premiers échelons d'une fonction (bien que souvent inférieurs aux barèmes comparés) que pour les derniers échelons.

#### 5.4 Analyse exploratoire multivariée

Pour l'analyse exploratoire, nous avons eu recours aux coefficients de corrélations<sup>28</sup> ainsi qu'à des tableaux croisés présentant les résultats selon différentes dimensions (v. point 3.1, 4<sup>e</sup> volet). Nous avons cherché d'abord à identifier les relations entre les indicateurs retenus, tels que les liens possibles entre le degré de couverture par CCT/Lpers, et les coûts de la santé ou encore entre les coûts de la santé, les charges par EPT et la densité d'emplois par type d'employeur (liste des indicateurs, voir annexe 8).

Les résultats montrent, premièrement, que le degré de couverture des CCT / Lpers est moyennement corrélé aux coûts de la santé exprimés ici en dépenses par habitant ( $r=0.49$ ), et faiblement corrélé si on se limite au degré de couverture dans les hôpitaux ( $r=0.20$ ). Les dépenses de la santé par habitant sont par contre corrélées aux charges pour le personnel des SASD (0.89), aux charges pour le personnel des EMS ( $r=0.81$ ) et aux charges pour le personnel des hôpitaux (0.71). La relation moins forte pour ces derniers pourrait être expliquée par une part plus importante des coûts d'infrastructure dans les hôpitaux. La plupart des résultats montrent une logique spécifique pour les hôpitaux avec des coefficients de corrélation généralement plus faibles que pour les autres types d'employeurs. Nous observons en outre des effets de substitution entre les emplois des EMS et les emplois des SASD ( $r=-0.23$ ). Ce qui signifie que lorsque la densité des emplois dans les EMS est élevée, la densité des emplois des SASD est plus faible, résultat intéressant qui mériterait de nouvelles investigations. On peut penser qu'il s'agit d'un effet de compensation entre les structures de prise en charge des personnes âgées. Par contre, il y a une forte corrélation entre la densité des emplois dans les hôpitaux et celle des emplois de type SASD ( $r=0.84$ ), dénotant une probable complémentarité et un modèle de santé plus spécifique aux cantons latins.

Quant aux déterminants de la santé, nous observons des différences par type de cantons, entre les cantons ayant des frontières avec l'étranger (BL, GE, JU, NE, SO, TI, VD, VS), et les cantons qui n'en ont pas (BE, FR), ces derniers possédant un degré de couverture par CCT / Lpers moindre (36% contre 67%). La culture dominante joue également un rôle avec une couverture plus large dans les cantons latins (74%) que dans les cantons

---

<sup>28</sup> Symbolisés par « r », avec des valeurs comprises entre -1 et + 1, exprimant la relation entre deux variables numériques (coefficient de Pearson) et / ou catégorielles (coefficient de Spearman). Des tests de significativité statistique ne sont pas utiles car les analyses se basent sur des données exhaustives.

alémaniques (BE, BL, SO : 39%). La présence des hôpitaux universitaires ne semble jouer aucun rôle sur le taux de couverture CCT/Lpers (60% dans les deux cas).

Quant aux charges par EPT (hors médecins), les cantons romands sont ceux qui paient le mieux ou coûtent le plus (CHF 83'093.- par an, en moyenne par EPT, contre 78'366.- pour les cantons alémaniques et 70'399.- pour le Tessin). Les SASD sont le type d'employeur avec les charges par EPT les plus élevées, plus particulièrement en Suisse romande (CHF 96'563.-, devant les cantons alémaniques CHF 88'276.- et le Tessin avec CHF 79'042.-), loin devant les hôpitaux (environ CHF 10'000.- de moins en moyenne) et surtout les EMS (environ CHF 20'000.- de moins en moyenne). Nous n'observons pas de différence liée à la frontière mais par contre des écarts importants entre cantons universitaires / centres et cantons non universitaires (écart moyen d'environ CHF 9000.- pour les SASD, CHF 6000.- pour les hôpitaux, et CHF 3000.- pour les EMS en faveur des cantons-centres).

En outre, les résultats de nos analyses multivariées mettent en évidence les tendances supplémentaires suivantes:

a) *Dimension socioprofessionnelle, basée sur les fonctions*

La répartition des fonctions professionnelles est très différente d'un type d'employeur à l'autre avec davantage de spécialistes dans les hôpitaux, plus de prise en charge logistique et hôtelière dans les EMS et davantage de soins pour les SASD, exprimant une plus grande flexibilité de ce type d'employeur par rapport à la demande, alors que les hôpitaux et les EMS se caractérisent par des structures plus lourdes. Tous les indicateurs dénotent une relation forte entre la densité d'emplois et la part des personnes âgées (+65 ans), et surtout très âgées (+80 ans), plus particulièrement pour les SASD et les EMS. En outre, on observe un effet de substitution<sup>29</sup> entre le personnel soignant et le personnel médico-technique pour les hôpitaux, plus marqué pour les hôpitaux universitaires ou occupant un rôle central, ou encore pour les cliniques privées. Ce constat ne vaut toutefois pas pour Neuchâtel.

b) *Dimension institutionnelle basée sur le type d'employeur*

Les indicateurs montrent une logique propre et relativement autonome des hôpitaux, dominés par les grands hôpitaux cantonaux représentant généralement plus de 50% du total des emplois. Ces derniers doivent prendre en charge les cas aigus sur des périodes relativement courtes alors que les institutions pour personnes âgées ou encore les SASD sont spécialisées dans l'offre de prestations de moyen et long terme. Les priorités des différents types d'employeurs par canton sont diverses avec une distinction entre les cantons moins riches et / ou plus périphériques, privilégiant une prise en charge plus importante via les SASD (JU, VD, VS, TI) et d'autres cantons (dont BE et NE), privilégiant une institutionnalisation plus poussée en EMS. Il faut dire que les intérêts des cantons sont forts différents entre les régions centrales possédant des infrastructures importantes de type universitaire et les autres cantons cherchant à limiter les coûts, voire la concurrence et la « fuite » des emplois et des spécialistes vers les centres.

---

<sup>29</sup> Exprimés par des corrélations inverses. C'est-à-dire que si X augmente, Y diminue de manière plus ou moins systématique.

- c) *Dimension économique, basée sur le revenu par habitant, le taux d'acteurs privés dans le secteur hospitalier et le taux de frontaliers dans le secteur de la santé.*

Les dépenses pour la santé sont en relation avec le niveau de richesse représenté ici par le PIB par habitant ( $r = 0.81$ ). La relation entre le PIB par habitant et la densité des emplois vaut  $r = 0.79$  pour les EMS et SASD, et  $r = 0.58$  pour les hôpitaux. Ce lien est plus modéré entre les charges par EPT et le PIB ( $r=0.54$  pour les EMS,  $0.51$  pour SASD, et  $0.20$  pour les hôpitaux). La part des emplois du secteur privé hospitalier est corrélée avec le PIB ( $r = 0.49$ ) ainsi qu'avec la part des frontaliers dans la santé ( $r= 0.42$ ). On observe en revanche une relation inverse entre les charges par EPT pour les trois types d'employeurs et la part du secteur privé hospitalier ( $r = -0.36$  ;  $- 0.46$  pour les hôpitaux,  $-0.36$  pour les EMS et  $-0.32$  pour SASD). L'absence de relation entre les dépenses pour la santé par habitant et la part du secteur privé hospitalier est relevée ( $r = 0.12$ ). Ceci peut s'expliquer par la part relativement marginale du secteur privé dans le domaine de la prise en charge socio-sanitaire. Ces résultats indiquent des tendances qui devraient être approfondies, notamment la relation inverse entre la part des emplois dans le secteur privé hospitalier, et le niveau de richesse des cantons.

Rappelons que ces résultats relèvent d'une première analyse exploratoire, avec l'identification de tendances restant à confirmer ou à approfondir. Ces tendances fournissent toutefois des explications provisoires et ouvrent des pistes pour de futures études couvrant les principaux acteurs de la santé et facteurs déterminants, dans le cadre d'une approche intégrée.

## **6. Analyse qualitative : perception des acteurs interviewés**

### **6.1 Acteurs neuchâtelois**

En préambule, il convient de relever qu'au-delà d'inévitables différences dans l'appréciation de la situation et dans les souhaits d'évolution du dispositif CCT-21 actuel, les acteurs neuchâtelois rencontrés ont des points de vue largement convergents sur les principaux points positifs et problématiques de la CCT-21. Ces points sont présentés plus bas. Lorsque les acteurs ont des avis opposés sur certains points, ceux-ci figurent autant sous les points positifs que négatifs, avec la mention du point de vue concerné.

De plus, il y a lieu de relever que certaines remarques formulées par les acteurs en entretiens ne sont « pas classables » dans l'une ou l'autre catégorie précitée, car elles n'ont pas directement trait à la CCT-21. Il n'en demeure pas moins qu'il y a lieu d'en faire état, car elles influencent le contexte général de la CCT-21 et la perception que les acteurs rencontrés en ont. A commencer par la situation particulière du canton de Neuchâtel, confronté à des problèmes budgétaires et à des tensions politiques, qui affectent, pour partie, directement le domaine de la santé. La contextualisation a déjà été présentée dans les parties précédentes du présent rapport, mais il s'agit ici de mentionner le pouvoir « attracteur de critiques » que représente la CCT-21, qui a tendance à capter et polariser les problèmes qui, en fait, relèvent d'autres mécanismes et facteurs plus généraux. Plusieurs acteurs rencontrés ont mentionné d'autres problèmes plus importants qui sont (ou seraient) à aborder, notamment parce qu'ils génèrent des coûts bien plus élevés (par ex. ici les questions liées à la Caisse de pension d'HNE). Etant donné que le subventionnement des établissements de santé est conditionné, en partie, à l'application de la CCT, et que ce subventionnement est plus important en cas

d'application de la CCT, certains employeurs affirment « s'y retrouver », ou pour ceux qui n'y sont pas soumis, affirment qu'ils pourraient « s'y retrouver », dans la mesure où les surcoûts dus à la CCT (de leur point de vue) seraient compensés par l'augmentation du subventionnement obtenu de l'Etat. Il y a donc ici une forme d'équilibre entre des conditions perçues comme plus favorables pour le personnel et un subventionnement plus important pour l'employeur. Un équilibre susceptible d'être modifié selon les évolutions à la fois de la CCT et des conditions de subventionnement définis par l'Etat.

Cela dit, les principaux points positifs et négatifs perçus relatifs à la CCT-21 peuvent être résumés ainsi. Il est important de se rappeler, en les lisant, qu'il s'agit de perceptions.

### Principaux points positifs relevés par nos interlocuteurs

- **Large plateforme de discussion commune** à (presque) tous les acteurs de la santé (hôpitaux, EMS, SASD). La CCT-21 constitue un outil de discussion et de négociation autour de questions centrales que rencontrent tous les acteurs de la santé en ce qui concerne leur personnel, et permet de trouver des solutions communes applicables de manière large. Il offre aussi des points de comparaison plus aisés entre employeurs. Les acteurs saluent le fait que l'Etat se retire progressivement de la CCT-21, en laissant les partenaires sociaux, qui sont d'une manière générale qualifiés de « raisonnables » dans leurs revendications, assumer leurs responsabilités par rapport aux problèmes rencontrés et aux solutions à trouver.
- **Absence de concurrence et de surenchère coûteuse entre employeurs affiliés à la CCT-21 sur les conditions régies par celle-ci.** Cette plateforme commune qu'est la CCT-21 évite une concurrence certainement improductive entre les différents employeurs affiliés (consistant notamment à recruter/débaucher du personnel d'autres employeurs dans le même domaine en pratiquant p. ex. de la surenchère salariale ou sur d'autres conditions). Par contre, cette concurrence peut opérer avec les acteurs non soumis à la CCT-21, puisque celle-ci n'a pas de force obligatoire.
- **Attractivité des conditions de la CCT-21 pour les métiers au cœur de l'activité de soin** (particulièrement pour les fonctions soignantes en EMS), ce qui est un avantage aussi pour les employeurs, qui peuvent offrir des conditions de travail suffisamment attractives pour se profiler sur le marché de l'emploi. Cela dit, plusieurs des employeurs rencontrés précisent toutefois que leur attractivité n'est pas liée qu'aux conditions salariales offertes par la CCT-21, mais aussi aux fonctions et responsabilités assumées, à l'évolution des structures en général, aux possibilités d'apprentissage et de formation continue, à la bonne organisation, à l'ambiance de travail, etc.
- **Compensation du niveau de salaire tendanciellement plus bas (que le marché) par un ensemble d'avantages tendanciellement plus élevés :** Globalement, les conditions de travail offertes sont correctes.
- **CCT offrant un système de gestion clé en main** pour les petites structures ; cela leur facilite le travail par les règles précises qui sont édictées.
- **CCT offrant également une certaine marge de manœuvre** (notamment dans la gestion des horaires (+/- 10 heures par semaine), qui n'est d'ailleurs souvent pas utilisée par les employeurs. La supposée rigidité de la CCT Santé 21 est en partie infondée.

- **Qualité de la vie** pour les employés (work-life balance), notamment due à l'horaire hebdomadaire de travail réduit et aux congés/vacances garantis. Ces conditions sont appropriées à l'exercice de fonctions souvent très éprouvantes, permettant a priori de diminuer le stress vécu, tout en s'inscrivant dans « l'air du temps », puisque la nouvelle génération (« Y ») accorde une importance centrale à une flexibilité horaire et à un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée/familiale.
- **Automatismes salariaux**, offrant au personnel une sécurité et une planification de leurs revenus à long terme. Plus généralement, clarté et stabilité des conditions offertes au personnel. La gestion automatique des augmentations simplifie en outre considérablement la gestion des salaires, ce qui n'est pas à négliger.
- **Faible coût de certaines conditions apparemment trop favorables** offertes par la CCT-21 (telles que le congé pour maladie d'enfants, qui n'est pas limité et n'a pas d'impact sur l'augmentation de salaire), car peu d'abus.
- **Bon fonctionnement de l'équipe gérant la CCT-21**. L'équipe est rôdée, cela tourne, les prestations fournies sont bonnes et fiables. **Flexibilité de l'équipe** par rapport à des demandes exceptionnelles pour faire face à l'évolution du marché de l'emploi par exemple.

### Principaux points négatifs relevés par nos interlocuteurs

- **CCT trop détaillée**, manque de flexibilité, beaucoup de contraintes. Certains employeurs privés y voient « l'imposition de conditions du public au privé ». Il semble également que la CCT souffre d'un défaut de communication, d'explication par rapport à son réel contenu.
- **Une seule CCT** (CCT-21 public = CCT-21 privé, sauf droit de recours) pour des types d'employeurs très différents, qui doivent faire face à des besoins également très différents selon les prestations fournies, la taille, etc.. C'est le revers de la médaille de la solution unique et centralisée !
- **Surcoûts liés à l'application de la CCT** : les avantages annexes hors salaires, sont trop favorables aux employés (horaire hebdomadaire de 40 heures, durée des vacances augmentant passablement avec l'ancienneté, notamment dès 60 ans, compensation trop large des heures supplémentaires y compris le samedi -> induisent des coûts supplémentaires et compliquent la gestion). Le chiffrage de cette complication est par contre très délicat.
- **Difficulté à quantifier, à chiffrer le coût des avantages non monétaires de la CCT** : cela représente un problème à bien des égards, notamment dans la communication (aux institutions susceptibles de s'affilier à la CCT-21, aux professionnels de santé qui se portent candidats, aux responsables politiques, etc.), ainsi que dans les négociations entre partenaires sociaux.
- **Absence de contrôles du secrétariat de la CCT-21 sur le respect des conditions de la CCT autres que salariales** : il en découle une hétérogénéité dans son application. Il est souhaité (notamment par les représentants du personnel, mais également par certains employeurs) que les contrôles soient quelque peu étendus sur l'application des règles touchant la gestion des horaires par exemple. Cela dit, cette attente est quelque peu paradoxale du côté de certains employeurs car, en même temps, ils apprécient disposer d'une marge de manœuvre et critiquent (cf 1<sup>er</sup> point négatif ci-dessus) le caractère trop détaillé de la CCT.
- **Trop de classes salariales et nombre d'échelons trop élevé** par classe : cela contribue à la perception de rigidité du système, et complexifie la gestion.

- **Perception d'une augmentation moyenne de la masse salariale trop élevée**, qui est liée à la valeur de l'échelon (1.4 %). C'est comme si la masse salariale, à effectif constant, augmentait de 1.4 % par année, alors qu'en réalité, cette augmentation calculée pour les grandes institutions (par ex. HNE) est inférieure à 1 %, du fait notamment de la rotation du personnel (les partants sont remplacés généralement par des jeunes moins payés, effet appelé de NORIA), des personnes déjà plafonnées (qui ne touchent ainsi pas d'augmentation), etc.
- **Avantages et « droits acquis » pour certaines personnes** (ce qui est compréhensible), au fil des évolutions qu'a subi la CCT, ce qui produit des déséquilibres dans un système de gestion RH qui doit garantir une équité entre les membres du personnel.
- **Niveau des salaires tendanciellement plus faible** que dans les autres cantons (plus particulièrement pour le personnel des hôpitaux selon nos interlocuteurs), ce qui fait que l'attractivité « faciale » des conditions de travail (celle liée uniquement aux rémunérations versées) est moindre. C'est tout particulièrement le cas pour les jeunes, les anciens étant tendanciellement mieux rémunérés. Cela **rend également la communication des conditions de travail de la CCT plus difficile** par ex. à la population et à ses représentants politiques, les avantages (hors salaire) étant perçus comme exagérément positifs. Il serait souhaitable donc, de rééquilibrer le « paquet global », ce d'autant que le coût des avantages non liés au salaire n'est pas aisé à chiffrer.
- **Automatismes des augmentations salariales** : ils génèrent des coûts non influençables pour les employeurs dans un contexte de pression financière importante exercée par l'Etat à la recherche de l'équilibre budgétaire. Certains d'entre eux souhaiteraient pouvoir moduler les augmentations selon les prestations fournies par le personnel, offrir plus d'incitations pour motiver le personnel, le cas échéant moduler également ces augmentations selon la situation budgétaire.
- **Absence de souplesse du système CCT-21 pour ajuster la valeur des fonctions à l'évolution de leur prix sur le marché de l'emploi** : les conditions offertes par la CCT-21 pour certaines fonctions « particulières », plus **soumises aux lois du marché, sont peu compétitives** (le cas des « codeurs » a par exemple été évoqué).
- **Rigidité dans la gestion des horaires, notamment vis-à-vis des clients**. Pour certains de nos interlocuteurs (notamment NOMAD), les conditions de gestion des temps de travail **rendent difficile la formulation de certains engagements qualité pour les clients** (planification horaire flexible, garantie de suivi par la même personne par ex.). Le fait de devoir annoncer les horaires un mois à l'avance par ex. contribue à cette rigidité perçue.
- **Difficulté de licenciement pour les employeurs**, à tout le moins pour la CCT-21 de droit public, parce que le dispositif est largement inspiré du statut des fonctionnaires, lequel prévoit une procédure complexe et souvent longue (jusqu'à 18 mois, en particulier pour les cadres), nécessitant un investissement parfois décourageant pour l'employeur face à des employés dont les prestations sont objectivement problématiques.
- **Difficulté de gestion du système** (pour les employeurs), du fait de la complexité, notamment de la planification horaire, des suppléments horaires à verser, etc.. Une simplification générale est souhaitée, qui pourrait aboutir à une CCT plus flexible mais offrant des conditions de travail équivalentes. Le chiffrage (en francs) de cette complexité est par contre très complexe
- **Inclusion des cadres (y.c supérieurs) dans la CCT**. Selon certains employeurs, ils devraient en être exclus.

- **Coût de gestion de la CCT** (0.3% financés paritairement) : paraît quelque peu élevé pour certains de nos interlocuteurs, notamment parce qu'ils ont l'impression que les employés gérant la CCT ne sont pas toujours pleinement occupés (perception de sureffectif). Il est à rappeler ici que parmi ces 0.3% financés, une partie est affectée à d'autres prestations, notamment le fonctionnement d'une structure de prévention du harcèlement.

## 6.2 Eclairage complémentaire d'autres cantons

Le mandataire a proposé de compléter les réponses des responsables des institutions de la santé neuchâteloises et de la CCT-21 par l'éclairage d'acteurs d'autres cantons, soumis à des défis comparables mais ayant adopté d'autres pratiques. Ainsi, **les cas de Bâle-Campagne** (réforme hospitalière, recherche de synergies intercantionales et nouvelle CCT dès 1.1.2016), **du Tessin** (considéré parfois comme un modèle dans le domaine socio-sanitaire, malgré certains facteurs géo-topographiques défavorables), **et du canton de Vaud** (solutions régionales, intercantionales et vaste territoire) sont présentés ci-après.

### 6.2.1 Le cas de Bâle-Campagne

(Entretien réalisé avec le *Leiter Unternehmensentwicklung*, Kantonsspital Baselland)

Le canton de Bâle-Campagne est intéressant à plus d'un titre. Tout d'abord, il s'agit d'un canton de topographie jurassienne et de taille similaire à celui du canton de Neuchâtel avec un territoire hétéroclite, valloneux, tiraillé entre plusieurs centres (Bâle-Ville, Berne, Soleure, Aarau, Zürich). Ce canton a également été soumis ces dernières années à de fortes pressions liées aux réformes du secteur hospitalier et à un conflit avec le personnel infirmier (soutenu par l'ASI), ayant mené les acteurs en présence jusqu'au tribunal cantonal (personnel infirmier qui a obtenu gain de cause pour le maintien des salaires). Plusieurs hôpitaux ont également été regroupés dans une structure juridique unique constituant une entreprise publique autonome multi-sites (Liestal, Bruderholz, Laufon), avec contrat de prestations négocié avec le canton et avec les cliniques et instituts universitaires propres rattachés à l'Hôpital cantonal et universitaire de Bâle-Ville. Le « Kantonsspital Baselland » est au service de 250'000 habitants, employant 3500 collaborateurs pour 90 professions différentes<sup>30</sup>. De plus, la Lpers appliquée à cet hôpital a été remplacée par une nouvelle CCT entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et qui déploie désormais ses effets.

L'un des effets de la nouvelle CCT est **la réduction des classes de traitements du personnel du Kantonsspital Baselland de 28 à 19**, avec toutefois la reprise des salaires Lpers pour les employés. La CCT a permis de **revoir bon nombre de fonctions, d'en supprimer et surtout d'harmoniser le système**. Ces modifications n'ont **pas eu d'impact sur les coûts**. Le but fixé était d'ailleurs d'arriver à une neutralité des coûts, voire de les réduire. Cible atteinte. Les minima salariaux ont été augmentés et les maxima réduits, dans l'idée de diminuer les inégalités de salaires, limitant par là-même aussi les marges de progression. Cette mesure devrait permettre d'être plus attractif pour les jeunes mais aussi, à terme, de réaliser des économies. L'idée est d'aller vers le niveau des salaires du marché et d'abandonner les pratiques de protection issues de la Lpers. Cette réforme a donc mené à plus de flexibilité, aussi pour les licenciements.

<sup>30</sup> <https://www.ksbl.ch/karriere/arbeitgeber-ksbl/arbeiten-im-ksbl>



D'après la personne auditionnée, il est souvent difficile de recruter des hommes qualifiés dans le domaine de la santé, raison pour laquelle des actions sont étudiées afin de renforcer la part des hommes dans les hôpitaux, pour des fonctions spécifiques mais également au niveau du personnel soignant. La recherche du bon équilibre entre les sexes se pose, mais aussi du bon *skill mix*.

Bâle-Campagne souffre en plus au niveau du recrutement du personnel de la **concurrence d'autres hôpitaux** qui paient mieux, à l'instar des hôpitaux soleurois qui sont sous un régime de CCT cantonale privilégié. Par contre, pas de concurrence des hôpitaux de Bâle-Ville qui paieraient moins bien que Bâle-Campagne.

D'après le responsable du *Kantonsspital Baselland*, la formation continue et les spécialisations demandées, via les associations professionnelles, coûtent (trop) chères. Certaines sont superflues. Dans ce cadre, la Confédération (Seco), l'OdA Santé et H+ sont amenés à jouer un rôle important, accru. Il conviendrait de passer d'une logique ancienne, par associations de métiers (infirmiers, médecins etc.) et marché de la formation, à une logique entrepreneuriale où le management décide de manière autonome de la formation et de la spécialisation de ses employés.

Le Kantonsspital Baselland est en train de mettre en place une structure collaborative étroite avec l'hôpital universitaire de Bâle-Ville pour les disciplines les plus complexes ou non offertes au niveau régional.

Le privé paie le personnel moins bien que les établissements publics autonomes à Bâle-Campagne et **la concurrence ne vient donc pas du privé mais bien des autres hôpitaux « publics »** quant aux salaires, ce qui engendre une pénurie du personnel. L'effet du secteur privé serait donc marginal. Le but des réformes devrait être de « permettre d'augmenter la qualité des soins et de freiner l'augmentation des coûts » mais pas forcément de privatiser la santé.

Quant à l'influence du politique, elle reste forte à Bâle-Campagne, avec le **développement d'une logique de collaboration avec Bâle-Ville** impliquant des changements de la *Loi sur la santé*. De plus selon notre interlocuteur, l'Etat est toujours propriétaire des bâtiments, et le dernier mot revient donc au peuple. Le gouvernement peut intervenir dans le choix des moyens à mettre en œuvre dans la formation, avec au final des cursus de formation qui influencent le devenir de la santé et les spécialisations et, finalement, les coûts. Qui dit mieux formé, dit coûts supplémentaires, aussi dans la logique entrepreneuriale.

**A Bâle-Campagne, il n'existe pas de CCT pour les EMS et les SASD**, domaines communalisés ou relevant d'associations de communes, voire de fondations privées. CURAVIVA, l'association faîtière des EMS semble jouer un rôle important à ce niveau. A l'idée d'intégrer les EMS et les SASD dans une grande CCT avec les hôpitaux, la réponse est non à ce stade. Chacun préfère garder son indépendance.

## 6.2.2 Le cas du Tessin

(Entretien réalisé avec la *Capo Area di gestione sanitaria*, della Divisione Sanitaria, Cantone Ticino)

Ce canton a développé un modèle original plus connu sous l'appellation de « modèle de santé tessinois » : planification hospitalière rationnelle, développement des soins à domicile précoce avec une nouvelle répartition des charges entre le canton et les communes et promotion de la santé.

La **nouvelle planification hospitalière** a été acceptée par le parlement le 15.12.2015, prévoyant la possibilité de redéfinir le parcours des patients plus fragiles, avec la transformation de 188 lits de médecine de base en 150 lits de soins post-aigus.

Comme à Neuchâtel, l'apport **des frontaliers est indispensable** pour faire tourner l'économie et il est important dans le domaine de la santé. Celui-ci n'aurait pas d'influence sur les coûts de la santé, ne provoquant pas de dumping salarial du fait de la bonne couverture du personnel à des CCT et des conditions CCT s'appliquant à tous les employés, dont les frontaliers.

L'organisation prévue par la planification adoptée par le Parlement est la suivante : a) **soins aigus- secteur public** couvrant 60% des patients: *Ente ospedaliero cantonale* (EOC) (hôpital multi sites avec quatre hôpitaux régionaux; deux hôpitaux de zone (périphériques), une clinique de réhabilitation et la clinique psychiatrique cantonale ; b) **soins aigus-secteur privé**, couvrant 40% des patients: six cliniques de soins aigus plus trois cliniques psychiatriques et une clinique de réhabilitation.

La procédure d'approbation de la planification par le Parlement est très compliquée et certains choix s'expliquent par la configuration du territoire. La présence de 40% de lits privés ne facilite pas les choses. **La conséquence la plus visible est la présence de doublons** (six maternités par ex.), **deux hôpitaux** (un public et un privé) **à Locarno à 100 mètres de distance, six hôpitaux à Lugano** (deux publics et quatre privés). Les effets sur les coûts et sur les primes sont évidents, mais les possibilités de changer réellement les choses sont très faibles. Un référendum contre la planification hospitalière, en particulier pour le maintien des hôpitaux dans les Vallées, a été refusé en votation populaire dernièrement. Lors de la même votation, le peuple a rejeté la possibilité pour l'*Ente Ospedaliero cantonale* de participer à des sociétés privées de type SA pour la gestion des secteurs spécialisés (ex. des maternités).

L'option de la création d'un hôpital cantonal unique a été refusée à plusieurs reprises par le Parlement, répondant à une sensibilité populaire locale très poussée. La planification acceptée par le Parlement propose **une certaine concentration sur deux sites (publics) : Lugano et Bellinzone.**

Le Tessin travaille actuellement sur le développement d'un **nouveau cursus prioritaire de formation** (continue) du personnel sanitaire non universitaire, dont les buts sont de fidéliser le personnel. L'objectif est aussi de créer un master en soins infirmiers et un système de bonus/malus afin de promouvoir la formation. Le canton vise aussi à 'améliorer la statistique et ainsi les outils de gouvernance publique, de prévision).

Les CCT au Tessin couvrent la grande majorité des emplois des hôpitaux, cliniques privées et des EMS, ces derniers étant gérées majoritairement par des associations de communes. Seul le personnel du *Cardiocentro* à Lugano ne bénéficie pas d'une CCT, mais les salaires y sont en moyenne plus élevés.

**Les cliniques privées sont fort développées au Tessin**<sup>31</sup>. Elles sont généralement moins chères que les hôpitaux publics car elles ne possèdent pas de services d'urgence 24h/24h, elles offrent de prestations « simples » et rentables, fonctionnement selon des standards unifiés et les médecins qui y opèrent le font à titre indépendant, à leurs propres risques. Le canton précise que GSMN a signé la CCT des cliniques privées.

Au niveau de la collaboration intercantonale, il est **difficile de trouver des synergies entre le Tessin et d'autres cantons** du fait de la distance géographique et de la langue. Quant à l'influence des réformes au niveau fédéral, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal (1.1.2012 : SwissDRG), elle est faible du fait que le taux d'hospitalisation hors canton est demeuré stable (environ 5%).

Le canton participe activement aux groupes intercantonaux au niveau romand et suisse (via la CDS) et il s'est joint au **groupe économicité de la CDS** qui a établi une série de recommandations pour la mise en place d'indicateurs assurant la comparaison entre les hôpitaux. Ses représentants participent régulièrement aux échanges de vues avec l'OFSP, afin de discuter les bases de données qui doivent être améliorées, en incluant le secteur ambulatoire (voir projet MARS : Système intégré d'informations statistiques sur la santé).

### 6.2.3 Le cas du canton de Vaud

(Entretien réalisé avec l'adjoint à la cheffe du Service de la santé publique)

Etant donné la couverture large offerte par la CCT sanitaire parapublique dans le canton de Vaud, situation proche de celle de Neuchâtel à cet égard, l'entretien s'est avant tout focalisé sur ce point. Concernant tout d'abord l'application de la CCT, il y a lieu de relever que d'autres organisations que celles qui en sont les signataires s'alignent sur ses conditions, avec pour conséquence qu'elle est de fait plus étendue que ce que les chiffres officiels font apparaître..

Le **subventionnement étatique est conditionné à l'application de la CCT**. Les prestataires de soins privés admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (par ex. OSAD (= soins à domicile), clinique La Source, CIC à Clarens, cliniques Hirslanden (Cécil et Bois-Cerf), clinique psychiatrique Métairie, etc.) ont été invités, par le chef du département de la santé (M. le Conseiller d'Etat Maillard) à calculer les coûts supplémentaires qu'ils devraient supporter s'ils devaient appliquer la CCT. Les prestataires doivent accorder à leurs employés une prestation équivalente (« à hauteur des coûts calculés »), par ex. une participation à l'assurance maladie, un 13<sup>ème</sup> salaire. Cette prestation équivalente est validée par l'Etat. A noter que cette prestation accordée au personnel touche alors l'ensemble des employés, et ce même si de loin pas tous les employés fournissent des prestations relevant de l'assurance obligatoire. Cela dit, pour des questions de gestion des ressources humaines, il n'est pas envisageable pour les institutions concernés d'offrir des conditions différentes à une partie du personnel seulement. Cette approche de « conditions de travail équivalentes » s'inscrit dans la volonté de permettre une saine concurrence entre établissements puisque les coûts de production sont alors équivalents entre eux.

La question **des frontaliers** n'est pas en lien direct avec la CCT, respectivement est réglée par la CCT en ce sens que ces personnes bénéficient des conditions définies par

---

<sup>31</sup> Ensemble, la clinique Sant'Anna et Ars Medica, une autre clinique privée située à Lugano, désormais regroupées au sein de la société GSMN Ticino SA, ont réalisé en 2015 un chiffre d'affaires de près de 70 millions de CH (Source : Magazine Bilan, 9.6.2016).

cette CCT. Il apparaît que la proportion de frontaliers est très variable selon les établissements soumis à la CCT, chacun ayant sa propre politique de recrutement.

Principaux **points positifs** relevés par notre interlocuteur :

- La CCT fonctionne bien, tant les conditions de financement que les contrôles effectués donnent satisfaction. S'il devait y avoir des problèmes, ceux-ci remonteraient rapidement chez le conseiller d'Etat M. Maillard.
- La concurrence entre établissements est largement supprimée (voir ci-dessous) et la couverture offerte au personnel positive. A noter que les conditions de travail offertes par la CCT ne sont pas les seuls facteurs expliquant l'attractivité d'un employeur. A titre d'exemple, le personnel de l'hôpital intercantonal de la Broye, qui est pourtant proche du canton de Fribourg (où les conditions de travail, directement liées à la Lpers, sont plus avantageuses), reste fidèle à cet employeur. Selon notre interlocuteur, le personnel ne change pas d'un établissement à l'autre pour des conditions plus avantageuses, surtout si cela implique un déménagement.

Principaux **points négatifs** mentionnés par notre interlocuteur :

- La rigidité et le peu de flexibilité dans la gestion du personnel, notamment en lien avec la rémunération et la gestion des horaires, ainsi que les licenciements.
- Les syndicats cherchent, et c'est leur rôle, à améliorer les conditions de travail. Dès lors, ils comparent toujours avec des établissements offrant des conditions meilleures, dans le canton (actuellement le CHUV est discuté), voire hors canton. Ceci provoque une « surenchère » des conditions de travail. Il pourrait être opportun de réfléchir à une approche intercantonale pour éviter cette situation (voir ci-dessous).
- Les conditions de la CCT parapublique sont différentes de celles du CHUV (établissement rattaché à l'Etat), ce qui conduit à une concurrence néfaste pour certaines professions. Cette problématique devrait être analysée prochainement, dans le sens d'évaluer les différences réelles de conditions de travail (et non pas sur la seule base de la comparaison des textes réglementaires et conventionnels). A noter dans ce sens que les conditions définies par la CCT sont des conditions minimales, les employeurs pouvant le cas échéant offrir davantage au personnel.
- Les automatismes salariaux (augmentations) limitent les possibilités de reconnaissance du personnel méritant.
- La CCT (ce qui est a priori un bon point) ne s'applique pas aux membres des directions générales. Sous réserve des directrices et directeurs généraux, leur rémunération n'est pas réglementée. La situation n'est pas claire et satisfaisante.
- La CCT vaudoise, comme les autres d'ailleurs, ne traite pas du tout de la problématique de la LPP, ce qui est une lacune importante au regard des coûts importants (et des problématiques actuelles de couverture) qui lui sont liés.

**Tendances et défis** discutés avec notre interlocuteur :

La CCT de l'hôpital Riviera-Chablais, qui a un **caractère intercantonal**, pourrait préfigurer une évolution s'étendant à la Romandie (vision politique), permettant une couverture du personnel des institutions dans cet espace selon des conditions uniformes et réduisant ainsi la concurrence, perçue ou réelle, entre prestataires de soins romands. L'Etat a décidé de **ne plus financer l'augmentation de la masse salariale due aux annuités**. En effet, un calcul de simulation a été effectué par l'Etat, selon lequel l'incidence de ces annuités est, à plus long terme, neutre (dû au plafonnement et à la rotation du personnel). Il semblerait d'ailleurs que le financement de ces annuités a été partiellement utilisé par les établissements pour augmenter l'effectif du personnel.

La pratique de « **conditions d'emploi équivalentes** », qui est déjà appliquée pour les établissements privés ayant une composante LAMAL, pourrait s'étendre, afin d'offrir une flexibilité plus importante aux employeurs, tenant compte de leur spécificité.

## 7. Conclusion : constats et principales recommandations

Le présent chapitre fait état des principaux résultats et constats tirés de l'ensemble des analyses effectuées et émet, sur cette base, des recommandations. La plupart d'entre elles sont liées aux analyses effectuées. Des recommandations plus générales, identifiées comme telles, y figurent également, selon le souhait du mandant. Ces recommandations plus générales sont liées à l'expertise développée par le mandataire dans les domaines traités par le présent rapport.

### 7.1 Au niveau de l'analyse quantitative par canton

Constats :

- **La structure sociodémographique neuchâteloise est doublement pénalisante** en termes de prise en charge et de coûts pour la santé: part plus élevée de jeunes (<20 ans : population qui demande une prise en charge importante mais non « rentable » du point de vue de l'économie de la santé vu les primes moindres payés) et de personnes âgées dont on sait qu'elles sollicitent la part la plus importante des soins et donc des coûts des soins.
- **Neuchâtel est un petit canton** dont l'offre socio-sanitaire est plus développée que celle des autres cantons comparables (BL, JU, SO, FR pour les cantons de référence). Cette tendance s'observe également pour les autres cantons de la région du Nord-ouest. C'est un point positif pour la population, mais qui a des répercussions sur le budget de la santé neuchâtelois.
- **Au niveau hospitalier**, la densité des emplois se situe dans la moyenne des cantons de référence (18 p. 1000 habitants), mais les personnels médico-thérapeutique et surtout médico-technique (3.4% contre 6.1% pour la moyenne des 10 cantons de l'échantillon) sont sous-représentés. Pour un canton ne disposant pas d'un hôpital universitaire, le secteur hospitalier apparaît sur-doté en ce qui concerne la médecine spécialisée et la psychiatrie. Ce constat mériterait toutefois d'être investigué de manière plus ciblée.
- **Au niveau des EMS**, il paraît qu'il y a également une sur- dotation en personnel autant par rapport à la population générale (p. 1000 habitants), que par rapport à celle des personnes âgées de 65/80 ans et plus. La part du personnel soignant est dans la moyenne suisse et légèrement inférieure à la moyenne des dix cantons de

référence. Par contre, contrairement au secteur hospitalier, la proportion des emplois spécialisés y est plus élevée à Neuchâtel que dans les autres cantons.

- **Au niveau de l'aide et des soins à domicile**, la densité des emplois se situe dans la moyenne suisse, mais en dessous de la moyenne des dix cantons de référence. On observe toutefois une surreprésentation des emplois de « direction et de l'administration », phénomène également identifié dans le canton de Vaud.
- **La part des emplois dans le secteur privé** pour les domaines hôpitaux ainsi qu'aide et soins à domicile est faible à Neuchâtel (<10%). Ce constat est valable toutefois pour la majorité des cantons et pour tous les types d'employeurs. Seul le canton du Tessin possède un réseau de cliniques privées relativement étendu correspondant à 34% des emplois des hôpitaux, la moyenne des dix cantons atteignant 16.4%.
- **Le taux de couverture des emplois par la CCT-21 est élevé** (84.3%) comparativement aux autres cantons malgré l'absence de force obligatoire de celle-ci à ce stade (moyenne de 58.7% CCT/Lpers pour les 10 cantons de référence pour tous les types d'employeurs). Pour cet indicateur, Neuchâtel arrive toutefois derrière le canton de Genève (88.7%) et juste devant le Tessin (83.5%). Les hôpitaux sont en moyenne, pour les dix cantons de référence, ceux dont le personnel est le mieux couvert (Neuchâtel : 91.4%, moyenne : 66.5%), devant les SASD (Neuchâtel : 95.4%, moyenne : 58.2%) et les EMS (Neuchâtel : 72.9%, moyenne : 44.4%).
- Les pratiques et conditions de la CCT-21 n'expliquent pas à elles seules les surcoûts du système socio-sanitaire neuchâtelois. Cette influence est globalement marginale sur les coûts et le niveau des emplois, en tous les cas pour les hôpitaux. Les raisons du niveau élevé des dépenses de la santé à Neuchâtel sont multifactorielles, découlant principalement de facteurs historiques et politiques internes, ainsi que de facteurs géo-topographiques et démographiques plutôt défavorables.

### Recommandations qui en découlent :

- **Stabiliser les emplois dans les EMS**, afin d'atteindre à terme une densité moyenne égale à celle d'autres cantons comparables (10.8 p. 1000 habitants contre 13.3 actuellement). La part des personnes âgées de 80 ans et plus est effectivement plus élevée qu'ailleurs (5.6% contre 5% au niveau national) mais ne légitime pas une telle densité (âge moyen des usagers des EMS moins élevé qu'ailleurs).
- **Renforcer les emplois dans les SASD** afin d'atteindre la moyenne des autres cantons latins en particulier au niveau du personnel de soins (82.5% contre 85.9% au niveau national). Evaluer les raisons de la surreprésentation des emplois de type administratif et directionnel.
- **Renforcer la part du personnel médico-technique dans les hôpitaux** afin de l'amener dans la moyenne des autres cantons non-universitaires. La pratique des autres cantons comparables montre un renforcement parfois significatif de ce type d'emplois afin de répondre à la demande, renforcer le secteur de la santé et faire face ainsi à la concurrence de plus en plus vive des centres universitaires.
- **Continuer la bonne maîtrise du personnel frontalier, afin de prévenir la tendance au dumping salarial, voire au parasitisme** (selon le vocabulaire utilisé

par l'OCDE, c'est-à-dire le fait d'exploiter des ressources humaines formées par d'autres pays, cantons, etc.).

- Continuer à **soutenir la CCT-21, voire même renforcer certaines compétences** (au niveau des contrôles anti-dumping par ex.), tout **en intégrant les acteurs du secteur privé** non encore conventionnés, et tout en tenant compte des spécificités par type d'employeurs. **La CCT-21 devrait être adaptée aux besoins des employés et des employeurs**, par exemple sur la base d'une enquête ad-hoc.

### Recommandations plus générales :

- Dépasser les clivages politiques par le développement d'une vision plus large, notamment en cherchant la **promotion de l'intercantonalité**. Ainsi par exemple : évaluer les bonnes pratiques d'autres cantons avec lesquels des collaborations seraient possibles (BS-BL; VD-VS), les synergies avec les cantons du Jura (clinique du Noirmont, hôpital de Saignelégier) et de Berne (par exemple Bellelay-CNP ou St-Imier) ou encore Vaud, voire la Franche-Comté.
- Pour les EMS et les SASD, **les solutions devraient passer par des actions intégrées régionales assurant une collaboration optimale**. Pour les hôpitaux, il nous semble utile, voire incontournable, de miser sur des **collaborations à géométrie variable** avec les hôpitaux universitaires de Berne et de Lausanne, en fonction des spécialisations. Le secteur privé pourrait ici jouer un rôle complémentaire dans certains domaines spécifiques.
- **Suivre, renforcer et maîtriser les indicateurs des statistiques socio-sanitaires** à même de faciliter la gouvernance du système de la santé dans le canton de Neuchâtel. Les indicateurs utilisés et les propositions faites dans le présent rapport constituent une base susceptible de compléter le système d'information actuel. La proximité de l'OFS, de l'Obsan et des instances décisionnelles fédérales devrait être un atout. Par ailleurs, l'harmonisation des données détenues par le secrétariat de la CCT-21 et celles du SCSP, devrait être effectuée.
- **Garantir une marge de croissance pour le secteur privé** pour les trois types d'employeurs, tout en garantissant des conditions d'emplois attractives et équivalentes à celles offertes par la CCT-21. Dépasser ainsi en partie le clivage privé / public, les secteurs étant complémentaires.

### 7.2 Au niveau de l'analyse par fonctions-type

Constat principaux issus de l'analyse comparative sur dix cantons (treize barèmes) :

- **Les salaires à Neuchâtel sont comparativement plus bas** que dans les autres cantons de comparaison (malgré quelques exceptions notables) : nettement plus bas pour les maximums et modérément plus bas pour les salaires médians et minimums.
- Les **exceptions concernent les fonctions au cœur des soins** et proportionnellement les plus nombreuses, soit les infirmiers diplômés avec ou sans spécialisation, les aides-soignants et les assistants en soins et santé communautaire. Quelques fonctions moins fréquentes, telles que logopédistes, cuisiniers ou encore employés techniques diplômés, font également office d'exceptions.
- Les **fonctions dont le salaire est le plus bas par rapport aux cantons de référence** sont les fonctions médico-techniques avec diplôme secondaire II, les

psychologues, les éducateurs/ASE/animateurs, les cadres du social, les chefs d'atelier, les spécialistes et les cadres administratifs.

- Les **avantages financiers annexes** (i3) sont **globalement plus élevés à Neuchâtel qu'ailleurs**. Il faut toutefois relever que ces avantages sont proportionnellement peu importants par rapport au niveau des salaires. Et naturellement qu'ils sont relatifs au profil d'employé sélectionné pour la comparaison.
- **Le modèle salarial est assez égalitariste** (écart entre les salaires des cadres et des non-cadres moins importants qu'ailleurs), typique des cantons du Nord-Ouest de la Suisse.
- L'indice i2 relatif au temps de travail (vacances, pauses, etc...) montre que les **conditions de travail des employés soumis à la CCT-21 sont plus favorables à Neuchâtel qu'ailleurs**, comme attendu (idée de compenser le niveau plus faible des salaires), de sorte à ce que le « paquet global » (i 5) est relativement équilibré, atteignant à peu près le niveau moyen des cantons de référence.
- Sur la base des indices i5 en particulier, nous constatons que **18 fonctions génèrent des surcoûts comparatifs (allant de +0.5 % à +14.9 %), alors que 16 fonctions génèrent des coûts inférieurs (allant de -0.7 % à -21 %)**. A noter que **les fonctions au cœur des soins sont systématiquement en situation de surcoût** (infirmiers, personnel soignant, aide familiale, au foyer et soins à domicile. Si l'on considère uniquement les salaires minima et maxima, alors il y a respectivement 11 fonctions sur 34 générant des surcoûts (pour les minima), et 3 fonctions sur 34 pour les maxima; on est donc bien loin d'une situation **de surévaluation systématique des salaires**. Sur la base des indices i5, chaque établissement peut calculer le bilan global financier de sa propre situation, selon la répartition de son effectif dans les 34 fonctions sélectionnées, et en considérant le nombre d'heures de travail effectuées par année. Si le mandataire a recueilli de très nombreuses informations au cours de son analyse, il n'a pas disposé de chiffres suffisamment détaillés qui auraient permis un calcul précis par établissement, et par effet de consolidation, par domaine employeur (hôpitaux, EMS, SASD). Rappelons que même sur les effectifs consolidés par domaine, les chiffres livrés présentent des différences qui devraient être clarifiées et éliminées. Cela dit, les bases pour un tel bilan détaillé sont posées.

### Recommandations qui en découlent

- **Un rééquilibrage des conditions globales de rémunération est à viser** : soit une augmentation progressive des rémunérations, et une diminution des avantages liés au temps notamment. De la sorte, ces conditions seront à la fois plus « lisibles » pour les candidats, et d'autre part plus faciles à communiquer sur le marché de l'emploi.
- **La flexibilité offerte quant à la gestion du temps de travail, devrait être par contre maintenue**, voire augmentée, le système actuel étant assez rigide. Une flexibilité qui intègre les besoins de l'employeur, mais également ceux des employés. Rappelons ici que la flexibilité de gestion des horaires se situe dans le « top 3 » des attentes actuelles sur le marché de l'emploi, et qu'une telle flexibilité équilibrée est susceptible d'atténuer la pénibilité du travail, et par conséquent de limiter l'absentéisme, un phénomène que la présente étude ne peut toutefois documenter.



- **Certaines rémunérations dans le canton sont clairement en décalage** avec celles comparées, soit vers le bas (le plus souvent), soit vers le haut. De telles différences ne sont pas saines pour un dispositif de gestion RH à la fois cohérent et équitable (à l'interne et à l'externe). **Elles devraient être corrigées** dans le cadre d'une période de transition de quelques années (par ex. 3 ans).
- Les éléments composant l'indice i3, soit les **différents avantages annexes (financiers)** autres que liés au temps de travail, devraient être **reconsidérés** pour s'aligner sur ceux des cantons comparés.
- Cela dit, **on peut s'interroger sur les politiques qu'il conviendrait de développer en matière de formation continue**, l'un des enjeux essentiels dans toute profession au XXI<sup>ème</sup> siècle. A cet égard, l'absence de jours de formation « garantis » dans le cadre de la CCT étonne, et contraste avec bon nombre d'autres CCT. Certainement un point à corriger, et dans lequel l'investissement de l'employeur est essentiel, à la fois pour garantir des prestations de qualité, mais aussi parce que la formation est l'une des attentes les plus importantes des nouvelles générations. Des pratiques de formation à coordonner entre les différents employeurs du canton, voire hors canton seraient à envisager.
- **L'attractivité des fonctions de cadres**, qui jouent un rôle essentiel dans toute organisation, particulièrement dans le domaine de la santé où les défis sont nombreux et quotidiens et la pénibilité importante, peut être revue, notamment en augmentant la différence de rémunération avec les fonctions non-cadres. En effet, lorsque la différence de rémunération est trop faible, la motivation à endosser des responsabilités, avec tout ce que cela représente, devient moindre.

### Recommandations plus générales

- Il est important de **considérer la rémunération globale et pas seulement les éléments de salaire liés à l'échelle des traitements**. C'est ce que nous avons fait dans la présente analyse. C'est également un élément essentiel d'une bonne gestion RH, tant pour le positionnement de l'employeur sur le marché de l'emploi, que pour l'attractivité des conditions de travail pour les employés. La manière de **communiquer cette rémunération globale** est essentielle et fait partie d'une véritable stratégie de marque employeur (*branding*). Dans la rémunération globale, il y a des éléments a priori non financiers, tels la formation, mais qui répondent à des attentes fortes dans le monde du travail actuel.
- **La reconnaissance au travail est essentielle dans toute organisation**. Elle l'est encore davantage pour les personnes exerçant des fonctions particulièrement exigeantes, soumises à des tensions permanentes. C'est ainsi que le dispositif RH en place, tels que prévu par la CCT, devrait considérer de manière encore accentuée la question de la reconnaissance. Cela pourrait par exemple être le cas en subordonnant **une partie de l'augmentation salariale à la réalisation de prestations extraordinaires, dépassant les objectifs fixés**. Nous ne suggérons pas une rémunération au mérite individuel, mais la constitution d'un budget réservé à des **reconnaisances collectives**, ce qui est plus conforme à la culture suisse romande, dans le public en particulier, et qui tient en outre mieux compte des modes de travail dans la santé, qui sont organisés le plus souvent en équipe.
- La mise en place d'un système de **recueil de données plus systématique sur le personnel concerné par la CCT-21** serait un atout. Exploiter une telle base de données centralisée et à jour, comprenant des informations quantitatives sur les employés, les employeurs, les rémunérations et les fonctions, permettrait un

**pilotage stratégique et RH plus clairvoyant.** Les futures décisions pourraient être prises sur la base d'éléments plus objectifs.

### 7.3 Au niveau de l'analyse liée à la perception des acteurs

- Nous observons **une large convergence des arguments invoqués** par les différents acteurs interviewés sur les forces et faiblesses de la CCT-21.
- Plusieurs critiques de la CCT-21, souvent portées par l'opinion publique, ne paraissent pas se vérifier dans les faits :
  - **La CCT-21 serait trop rigide, en particulier sur la gestion des horaires** : en réalité, la marge de manœuvre sur la planification des horaires existe et pourrait être davantage exploitée.
  - **La CCT-21 serait responsable de surcoûts dans le domaine de la santé** : ce grief n'est pas avéré et l'argument devrait être pour le moins relativisé car beaucoup d'autres facteurs que la CCT-21, laquelle cristallise actuellement les critiques, influencent les coûts de la santé, comme le niveau de richesse, la structure socio-démographique ou encore la situation géographique. Les indicateurs traités dans ce rapport ne confirment pas de surcapacités des services de santé ou de surcoûts significatifs pour Neuchâtel (excepté pour les EMS) et nous n'observons pas de relation significative entre le degré de couverture CCT/Lpers et ces coûts sur la base de notre échantillon de cantons, en tous les cas pas pour les hôpitaux.
  - **La CCT-21 permettrait de lutter contre la pénurie du personnel** : c'est vrai pour les métiers du domaine des soins, du fait de l'attractivité démontrée. Il n'en demeure pas moins que les motifs principaux pour choisir un employeur ou le quitter ne sont pas avant tout liés à la CCT-21 mais davantage à des facteurs internes liés à l'organisation-employeur (climat de travail, qualité de l'organisation en général, perspectives de développement professionnel, etc.). Cela renvoie à des attentes essentielles sur le marché de l'emploi (cf. ci-dessus).
- La plupart des acteurs reconnaissent **le bon fonctionnement du secrétariat** de la CCT -21, pour un coût finalement raisonnable.
- La perception générale par rapport à la CCT-21, appréhendée dans l'ensemble de ses dispositions, est un **sentiment de rigidité** avec un niveau de réglementation ressenti comme trop détaillé. Plusieurs interlocuteurs souhaiteraient **une marge de manœuvre plus élevée** tout en visant des conditions globalement *équivalentes* pour le personnel.
- La **concurrence apparaît de plus en plus forte entre les différents acteurs de la santé**, plus particulièrement entre les hôpitaux au sein d'un même canton, mais aussi entre hôpitaux universitaires, et entre hôpitaux universitaires et hôpitaux cantonaux. A Neuchâtel, il faut relever un conflit ouvert entre un secteur privé encore embryonnaire, portant des critiques récurrentes par rapport à la CCT-21, par la voie parlementaire, et un secteur para-public peu enclin à lâcher des parts de marché, caractéristique d'un clivage politique historique entre une droite libérale et proches des milieux économiques et une gauche plutôt conservatrice et proche des milieux syndicaux.
- **La formation continue, la professionnalisation et la spécialisation**, mesures reconnues comme nécessaires par la plupart des acteurs de la santé, **mènent à une augmentation des coûts de la santé**. Le renoncement à ces mesures peut mener à des formes de parasitisme, c'est-à-dire à l'exploitation des ressources

d'autres cantons, voire d'autres pays voisins, par un effet boule de neige déjà en partie documenté (v. références bibliographiques de l'OCDE). Neuchâtel n'apparaît pas plus touché que les autres cantons de référence par ces nouveaux challenges. Ces aspects mériteraient toutefois une étude plus approfondie par canton. Ils plaident en tous les cas pour une collaboration accrue, y compris dépassant les frontières cantonales.

### Recommandations qui en découlent

- Un important **effort de communication externe** devrait être entrepris suite à cette analyse, de manière à tenter de rectifier des perceptions faussées de la CCT-21. Il pourrait intervenir en utilisant les canaux de communication existants ou alors faire l'objet d'une action spécifique consécutive à ce rapport.
- De même, un **effort de communication interne** (aux acteurs de la CCT) devrait être entrepris, tant auprès des employés que des employeurs, dans le même esprit que le point précédent.
- Au niveau des employeurs, une **valorisation des éléments de flexibilité touchant la planification des horaires**, mériterait d'être réalisée. La sous-utilisation de ce levier d'action, particulièrement important, est regrettable.
- Capitalisant sur le bon fonctionnement du secrétariat de la CCT-21, et compte tenu des attentes en la matière, un **élargissement du soutien à l'application des dispositions non uniquement liées au salaire**, ainsi qu'un contrôle correspondant, devraient être étudiés.
- Dans ce cadre et d'une manière plus générale, une **coordination renforcée entre ce secrétariat et les unités en charge des questions RH auprès des employeurs**, serait à saluer. En effet, il y a ici manifestation des synergies à mieux exploiter, même si des recommandations précises en la matière ne peuvent être formulées à ce stade, l'analyse n'ayant pas porté sur les dispositifs RH en place. Mais il apparaît certain qu'en l'absence du secrétariat de la CCT, certains employeurs devraient renforcer leur unité RH.
- La réflexion consistant à **accorder à l'employeur davantage de marge de manœuvre pour mettre en œuvre des conditions d'emploi « équivalentes » à la CCT** mais pas strictement les mêmes, le cas échéant, en **déterminant des conditions minimales ou un socle minimum impératif**, est certainement à creuser. Elle permettrait, tout en gardant une bonne équité externe entre employeurs (et donc également du point de vue des salariés qui pourraient s'attendre à une rémunération globale, financière et non-financière, équivalente, ou à un socle minimal impératif), de configurer de manière plus spécifique les conditions d'emploi, de manière à correspondre à la stratégie de gestion et à la culture des employeurs respectifs. De même pour les employés, dont les attentes et les préférences diffèrent, cela serait un moyen d'affiner leur recherche d'emploi et de trouver un employeur « collant » mieux à leur profil individuel. Ainsi, ne pas viser nécessairement une CCT « de force obligatoire », mais plutôt une stratégie d'équivalence.
- En lien avec le point précédent, une réflexion sur **le financement par l'Etat de l'application de la CCT** (nous faisons référence au financement différencié selon que l'employeur applique ou non la CCT) doit être faite. A notre sens, l'Etat ne devrait plus financer les « surcoûts », surtout au terme des conclusions de cette analyse, mais prévoir des modalités de financement a priori égales pour tous les employeurs.

- Une **vision plus large, intercantonale**, telle que celle qui s'annonce déjà dans d'autres cantons collaborant (VD et VS par ex.), est intéressante. Elle permettrait, dans un domaine devant affronter des défis sans précédent les prochaines années (voir décennies avec les projections disponibles), de mutualiser certaines ressources tout en renforçant le cadre et les conditions de travail offertes au personnel, amené peut-être à augmenter sa mobilité au sein de la Suisse romande, voire de la Suisse alémanique, mais en tous les cas entre employeurs d'un même canton.

\*\*\*

Ce rapport fournit de nombreux éléments quantitatifs (ratios, indicateurs) et qualitatifs (perception d'acteurs-clés) permettant de mieux comprendre les coûts générés par la CCT-21, et plus généralement les coûts de la santé (dépenses, effectifs) dans le canton de Neuchâtel. Mais si l'on voulait avoir une vision plus claire de ces coûts, l'analyse à mener ne devrait pas se focaliser uniquement sur la CCT-21, qui a tendance à cristalliser les critiques, de manière parfois infondée, mais porter aussi sur une série d'autres facteurs. Les analyses effectuées par l'IDHEAP dans le cadre du présent rapport révèlent des coûts supplémentaires, mais également des coûts moindres, selon les fonctions concernées. Le rapport pointe également certains décalages en comparaison intercantonale par domaine-employeur (hôpitaux, EMS et SASD) qui ont été relevés et commentés sous différents angles. Il appartient aux autorités politiques et aux partenaires concernés de répondre au mieux à ces défis en fonction des besoins de la population et des ressources disponibles.

Une maîtrise, voire une réduction des coûts de la santé dans le canton de Neuchâtel passe par une meilleure exploitation de ces ressources (importantes), et une meilleure intégration des principaux acteurs de la santé dans la planification des soins et dans l'offre de prestations. Le canton de Neuchâtel devrait aussi davantage s'inspirer des bonnes pratiques d'autres cantons à situation comparable, tout en visant le maintien d'un système de santé de qualité, et en acceptant de diminuer quelque peu sa voilure dans les domaines identifiés dans cette étude.

Comme toujours, les constats et analyses effectués découlent de choix méthodologiques, en l'occurrence basés sur des comparaisons intercantionales (neuf, sans compter Neuchâtel), des barèmes sélectionnés (13), des fonctions-types (34) et un profil spécifique de l'employé retenu. Les résultats auxquels nous sommes parvenus sont le reflet d'estimations basées sur les indicateurs et les données disponibles (partie quantitative) ainsi que sur la perception des employeurs consultés (partie qualitative). Plus que les résultats, ce sont des clés de lecture et des indicateurs de pilotage que nous proposons ici, qui pourraient venir compléter le dispositif en place et contribuer à renforcer un secteur de la santé répondant plus efficacement encore aux besoins de la population, tout en promouvant une saine *coopétition* (néologisme issu de la combinaison entre coopération et compétition) entre acteurs. *Compétition* parce que la *concurrence* répond à des choix politiques effectués ces dernières années en Suisse, mais aussi parce que la *coopération* entre acteurs publics, entre acteurs publics et privés, entre acteurs cantonaux et hors canton, est indispensable. Sans coopération, les synergies pertinentes ne pourront pas être exploitées de manière optimale.

## 8. Bibliographie citée

- Burla L., Vilpert S., Widmer M. (2014), *Monitoring du personnel des professions de la santé non-médicales – 1<sup>ère</sup> partie : personnel soignant*, Neuchâtel : Obsan.
- Cangemi V. et al. (2015), *L'enquête suisse sur la structure des salaires 2012. Résultats commentés*, Neuchâtel: OFS.
- Cosandey J. (2016), *De nouvelles mesures pour les soins aux personnes âgées. Organisation et financement d'une mission toujours plus importante (résumé en français)*, Zürich : Avenir suisse.
- Dutoit L., F.-D. S. P. S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons : un même défi, différentes solutions : évolutions 2006-2013*.
- Huber K. (2015) *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl Analyse der stationären akutsomatischen, Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013*, Neuchâtel, Obsan Dossier 48.
- Jaccard Ruedin, H., Widmer, M. (2010). *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse*. Neuchâtel, Obsan.
- Jaccard Ruedin, H. (2010). *Soins de longue durée - comparaison des coûts par cas dans le Canton du Tessin*. Neuchâtel, Obsan.
- Jaccard Ruedin H., Weber A., Pellegrini S., Jeanrenaud C. (2006). *Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse*. Neuchâtel, Obsan.
- Lobsiger M., Kägi W. (2016), *Analyse der Strukturhebung und Berechnung von Knappheitsindikatoren zum Gesundheitspersonal*, Neuchâtel: Obsan Dossier 53
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 (Etat le 1er janvier 2016).
- Message concernant la loi fédérale sur les professions de la santé du 18.11.2015, Conseil fédéral : 15.077.
- Neuchâtel, C. d. E. d. c. d. (2009). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de décret sur le redressement des finances et la réforme de l'Etat*. Neuchâtel, Conseil d'Etat neuchâtelois.
- OCDE (2004). *Vers des systèmes de santé plus performants*, Paris, OCDE.
- OCDE (2008). *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : comment répondre à la crise imminente?* Paris, OCDE.
- OCDE (2010). *Optimiser les dépenses de santé*. Paris, OCDE.
- OFS (2008), *NOGA 2008. Nomenclature générale des activités économiques , Notes explicatives*, Neuchâtel : OFS.
- Palier, B. (2005), *La réforme des systèmes de santé*, Paris : PUF-QSJ.
- Pellegrini S., R., Sacha (2015). *Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier : étude de base 2010-2012*, Obsan.
- *Rapport de la Commission paritaire CCT santé 21 sur la comparaison salariale inter-cantonale (2012)*. Neuchâtel : Secrétariat CCT-21.
- Rossel, R. (2007). *L'emploi dans le domaine de la santé. Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005*. Neuchâtel, OFS.
- Santé21, *Convention collective de travail du secteur de la santé du canton de Neuchâtel 2013-2016 (versions de droit public et de droit privé)*.
- Zimmermann-Sloutskis D., M.-G. F., Zimmermann E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Neuchâtel : Obsan.

## 9. Liste des figures

Fig. 1 Responsables des principales institutions de la santé interviewés, avril-mai 2016	11
Fig. 2 Informations-clés sur les conditions de travail de la CCT-21 (2015)	16
Fig. 3 Evolution de la population résidante permanente 2007-2014, en % du total et variation	19
Fig. 4 Rapport de dépendance des jeunes* et des personnes âgées** au 31.12.2015	19
Fig. 5 Equivalents plein-temps dans le domaine de la santé 2013 p. 1000 habitants	21
Fig. 6 EPT CCT-21 selon la fonction et le type d'employeur au 31.12.2015, en %	23
Fig. 8 Répartition des effectifs (EPT) dans les hôpitaux selon la fonction en %	25
Fig. 9 Evolution des emplois (EPT) dans les EMS selon la fonction, p. 1000 habitants	26
Fig. 10 Répartition des effectifs (EPT) dans les EMS, selon la fonction, 2007-2014, en %	27
Fig. 11 Emplois (EPT) dans les SASD selon la fonction, 2014, p. 1000 habitants	28
Fig. 12 Part des emplois (EPT) dans les SASD selon la fonction 2014, en %	28
Fig. 13 Part du personnel en EPT selon le nature juridique de l'hôpital 2012	29
Fig. 14 Degré de couverture des emplois par une CCT / Lpers, selon le type d'employeur	31
Fig. 15 Taux de couverture CCT / Lpers par rapport au total des emplois EPT 2015, en %	32
Fig. 16 Treize barèmes sélectionnés pour la comparaison avec la CCT-21	33
Fig. 17 Comparaison des fonctions soignantes, médico-techniques et médico-thérapeutiques	34
Fig. 18 Comparaison des fonctions du social	35
Fig. 19 Comparaison des fonctions de l'hôtellerie	36
Fig. 20 Comparaison des fonctions de la technique-logistique	37
Fig. 21 Analyse comparative des fonctions de l'administration	37
Fig. 22 Salaires minimums et maximums	38

## 10. Annexes

Les annexes comprennent :

1. Motion parlementaire (annexe 1.1) et étude de la commission paritaire CCT-21 (2012) (annexe 1.2)
2. Description des 34 fonctions-types retenues pour l'analyse
3. Liste des avantages des conditions de travail pris en compte
4. Calcul des indices de comparaison des rémunérations par fonction
5. Données utilisées pour l'analyse comparative des fonctions :
  - 5.1 Salaires (minimas/maximas)
  - 5.2 Avantage temps
  - 5.3 Avantages financiers
6. Calcul du nombre d'heures de nuit et de samedis travaillés par fonction
7. Les données supplémentaires (partie quantitative)
8. La table des indicateurs et analyses multivariées

## Annexe 1 Motion parlementaire et étude de la commission paritaire CCT-21

### Annexe 1.1 Motion parlementaire PLR

#### GRAND CONSEIL NEUCHÂTELOIS – MOTION

À compléter par le secrétariat général du Grand Conseil lors de la réception du document déposé:	<b>Date</b>	<b>Heure</b>	<b>Numéro</b>	<b>Département(s)</b>	
	24.03.2014	14:21	14.121	DFS	
	Annule et remplace				

**Auteur(s):** Groupe libéral-radical

**Titre:** CCT santé 21: pour la transparence, enfin!

**Contenu:**

Dans le contexte actuel d'augmentation des coûts de la santé et des finances cantonales mal en point, il apparaît indispensable d'obtenir enfin la transparence sur les surcoûts liés à la CCT santé 21. Pour cela, les députés signataires demandent au Conseil d'état de fournir un rapport détaillé appréciant les surcoûts liés à l'application de la CCT21 dans le canton.

Au minimum les points suivants devront être étudiés pour l'ensemble des employés affiliés à la CCT21, et en distinguant à chaque fois l'employeur concerné:

- Coût total de la masse salariale conventionnée par comparaison à l'application du Code des obligations d'une part et aux statuts de la fonction publique d'autre part.
- Évaluer le surcoût lié au seul personnel administratif conventionné par comparaison à l'application des statuts de la fonction publique pour ce même personnel.
- Évaluer le surcoût lié aux postes de travail devant être créés pour pallier aux congés supplémentaires octroyés par la CCT21 (Compensation jours fériés, vacances, organisation syndicale/politique par exemple).
- Évaluer le surcoût lié à l'absence d'annualisation du temps de travail du personnel conventionné (Effet pic d'activité).
- Évaluer le surcoût lié à l'indemnisation des samedis qui sont considérés comme des dimanches et non comme des jours normaux.

Il serait enfin opportun, sans pouvoir légalement l'imposer, que ce rapport soit fourni avant la prochaine négociation complète de la CCT santé 21 entre les partenaires sociaux qui aura lieu en 2016.

**Développement (obligatoire):**

Après demande au service cantonal de la santé publique, il apparaît qu'une seule étude compare la CCT21 de notre canton et ce qui s'applique ailleurs en Romandie. Cette étude a été réalisée par la commission paritaire de la CCT21 ce qui est en soit déjà très discutable en terme d'impartialité. Cette étude ne porte aussi que sur les salaires et ne tient que très peu compte des avantages annexes liés à l'application de cette CCT. Une pondération est certes proposée sur la base des heures travaillées et des jours de congé mais le calcul est complètement opaque sur les facteurs de pondération appliqués et sur le salaire pris en compte, et par la même ininterprétable.

Par ailleurs, il est actuellement impossible d'obtenir des chiffres précis et étayés sur le coût réel de la CCT21 pour le contribuable neuchâtelois. Sans remettre en cause l'application de la CCT21, les parlementaires ont le droit et le devoir de connaître les enjeux économiques liés à cette CCT21 afin de pouvoir prendre, le cas échéant, des décisions éclairées pour le bien être des employés de la santé d'une part et la sauvegarde des finances publiques d'autre part.



**Annexe 1.2 Etude de la commission paritaire CCT-21 2012<sup>32</sup>****Rapport de la Commission paritaire CCT Santé 21 sur la Comparaison salariale inter-cantonale 2012**

Afin de s'assurer de la cohérence externe du système salarial de la CCT Santé 21, la Commission paritaire a procédé à une comparaison salariale inter-cantonale. L'enquête a porté sur les cantons romands et celui de Berne.

**1. Introduction**

La comparaison concerne chaque secteur de la santé :

- Les hôpitaux (p. 4)
- Les établissements médicaux-sociaux (p. 5)
- Les soins à domicile (p. 6)

**2. Choix des fonctions**

Les fonctions choisies sont représentatives des métiers des soins :

- Infirmière avec bachelor HES ou DN II
- Infirmière spécialisée (post-diplôme ou post-grade)
- Infirmière cheffe d'unité (ICUS)
- Assistante en soins et santé communautaires (ASSC)
- Aide familiale
- Auxiliaire de santé

A ces fonctions s'ajoutent encore :

- Ergothérapeute
- Cuisinier avec CFC

**3. Bases de la comparaison selon chaque canton****Genève**

- **Hôpitaux universitaires genevois (HUG)** : grille salariale de l'Etat. Le personnel est soumis au statut de la fonction publique.
- **EMS** : Fédération genevoise des établissements médicaux-sociaux (FEGEMS). Convention collective de travail (CCT). Le salaire des employés est fixé par analogie aux principes et mécanismes salariaux de l'Etat pour la fonction publique.
- **Soins à domicile** : Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD). CCT. Le salaire des employés est fixé par analogie aux principes et mécanismes salariaux de l'Etat pour la fonction publique.

---

<sup>32</sup> Reproduction avec l'accord du secrétariat de la CCT-21 le 29.8.2016.

### Berne

- **Hôpital de l'Île** : grille salariale de l'Etat. Le personnel est soumis au statut de la fonction publique.
- **EMS** : Association bernoise des établissements médico-sociaux (ABEMS). Grille salariale de l'Etat.
- **Soins à domicile** : Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile. Grille salariale de l'Etat.

### Fribourg

- **Hôpital fribourgeois** : grille salariale de l'Etat. Statut régi par la législation sur le personnel de l'Etat.
- **EMS** : Association fribourgeoise d'institutions pour personnes âgées (AFIPA). Grille salariale de l'Etat. En l'absence de règlement propre à l'institution, le règlement du personnel de l'Etat de Fribourg est applicable.
- **Soins à domicile** : Association fribourgeoise d'aide et de soins à domicile (AFAS). Grille salariale de l'Etat. En l'absence de règlement propre à l'institution, le règlement du personnel de l'Etat de Fribourg est applicable.

### Vaud

- **Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)** : grille salariale de l'Etat.
- **Fédération des hôpitaux vaudois (FHV)** : CCT du secteur sanitaire parapublic vaudois.
- **EMS** : Association Vaudoise d'établissements Médico-sociaux (AVDEMS). Même CCT que FHV.
- **Soins à domicile** : Association vaudoise d'aide et soins à domicile (AVASAD). Même CCT que FHV.

### Valais

- **HÔPITAL DU VALAIS (RSV)** : CCT.
- **EMS** : Association valaisanne des EMS (AVALEMS). Statut du personnel et échelle salariale.
- **Soins à domicile** : Groupement valaisan des Centres médico-sociaux. Statut du personnel et échelle salariale.

### Jura

- **Hôpital du Jura (HJU)** : CCT
- **EMS** : Association jurassienne des institutions pour personnes âgées (AJIPA). CCT, même grille salariale que l'HJU.
- **Soins à domicile** : Fondation pour l'aide et les soins à domicile (FAS). CCT, même grille salariale que l'HJU.

#### 4. Tableaux comparatifs

##### Salaires mensuels

Pour chaque fonction, les salaires mensuels minimum et maximum sont présentés sur la partie gauche du plus grand, en haut, au plus petit, en bas. Ces salaires sont versés treize fois par an.

##### Salaires horaires pondérés

Sur la partie droite, les salaires horaires minimum et maximum sont présentés, classés du plus grand, en haut, au plus petit, en bas.

Le salaire horaire minimum correspond au salaire minimum de la classe de la fonction et tient compte d'un droit aux vacances obtenu à l'âge de 21 ans.

Le salaire horaire maximum correspond au salaire maximum de la classe de la fonction et tient compte d'un droit aux vacances obtenu à l'âge de 61 ans.

Ces salaires horaires sont pondérés selon le nombre d'heures à effectuer par semaine, le droit aux vacances et le nombre de jours fériés ou chômés, selon le tableau ci-dessous :

	heures hebdo	vacances			jours fériés/ chômés
		à 20 ans	à 50 ans	à 60 ans	
NE Santé21	40	25	30	35 <sup>a</sup>	12
GE (Statut Etat)	40	25 <sup>c</sup>	25 <sup>c</sup>	30 <sup>c</sup>	9
VD FHV	41.5	25	30	30	10
VD CHUV	41.5	25	25	30	9 <sup>b</sup>
VS RSV/AVALEMS	42	25	30	30	11
JU AJIPA- FAS	42	25	30	30	12
BE (Etat)	42	23	27	32	10
FR (Lpers Etat)	42	25	28	30	13.5 <sup>b</sup>

##### Notes :

<sup>a</sup> Le droit aux vacances prévu par la CCT Santé21 pourrait atteindre 40 jours à condition que l'employé ait atteint l'âge de 60 ans et 25 ans d'ancienneté dans la CCT. Ce cas de figure est impossible avant 2029.

<sup>b</sup> Variable : le nombre indiqué correspond à 2012

<sup>c</sup> Jusqu'à 5 jours de plus de façon discrétionnaire, toujours octroyés à Noël - Nouvel An.

## 5. Secteur des hôpitaux

	Salaire mensuel				Salaire horaire pondéré (selon nb d'heures/semaine, jours de vacances et jours fériés)			
	Minimum		Maximum		Minimum (21 ans)		Maximum (61 ans)	
Infirmière HES / DN II	GE	6'539	GE	8'842	GE	43	GE	60
	FR	5'638	FR	8'503	FR	36	FR	56
	VD CHUV	5'282	BE	8'434	NE	35	BE	55
	BE	5'271	VD CHUV	8'269	VD CHUV	34	VD CHUV	54
	NE	5'210	VD FHV	7'434	BE	33	NE	52
	VD FHV	5'052	NE	7'399	VD FHV	32	VD FHV	49
	VS	4'997	VS	6'904	JU	32	VS	45
	JU	4'994	JU	6'743	VS	32	JU	44
Infirmière spécialisée	GE	6'833	BE	9'242	GE	45	GE	63
	VD CHUV	6'175	GE	9'240	VD CHUV	40	BE	61
	FR	6'097	FR	9'131	FR	39	FR	60
	JU	6'058	VD CHUV	8'954	JU	39	VD CHUV	59
	BE	5'776	VD FHV	8'345	NE	38	NE	57
	NE	5'666	NE	8'045	BE	36	VD FHV	55
	VD FHV	5'533	JU	7'875	VD FHV	36	JU	52
	VS	5'171	VS	7'544	VS	33	VS	49
ICUS	GE	7'798	GE	10'544	GE	52	GE	72
	VD CHUV	6'706	FR	10'176	VD CHUV	43	FR	67
	FR	6'598	VD CHUV	9'723	FR	43	VD CHUV	64
	NE	6'161	BE	9'698	NE	41	BE	64
	BE	6'061	VD FHV	9'005	JU	39	NE	62
	JU	6'058	NE	8'748	BE	38	VD FHV	59
	VD FHV	5'855	VS	8'073	VD FHV	38	VS	53
	VS	5'689	JU	7'875	VS	36	JU	52
Ergothérapeute	GE	6'539	GE	8'842	GE	43	GE	60
	FR	5'638	BE	8'821	FR	36	BE	58
	BE	5'513	FR	8'503	NE	35	FR	56
	VD CHUV	5'282	VD CHUV	8'269	BE	35	VD CHUV	54
	NE	5'210	VD FHV	7'434	VD CHUV	34	NE	52
	VD FHV	5'052	NE	7'399	VD FHV	32	VD FHV	49
	VS	4'997	VS	6'904	JU	32	VS	45
	JU	4'994	JU	6'743	VS	32	JU	44
Cuisinier	GE	5'021	BE	7'456	GE	33	BE	49
	BE	4'659	FR	7'114	BE	29	FR	47
	NE	4'091	GE	6'789	NE	28	GE	46
	FR	4'072	VS	6'449	FR	26	VS	42
	JU	4'038	VD CHUV	6'188	JU	26	NE	41
	VS	4'016	JU	5'856	VD FHV	26	VD CHUV	40
	VD FHV	4'012	NE	5'809	VS	26	JU	38
	VD CHUV	3'996	VD FHV	5'706	VD CHUV	26	VD FHV	37
ASSC	GE	5'247	BE	7'752	GE	35	BE	51
	BE	4'845	GE	7'095	BE	30	GE	48
	FR	4'506	FR	6'858	NE	30	FR	45
	VS	4'478	NE	6'257	FR	29	NE	44
	NE	4'406	VS	6'251	VS	29	VS	41
	VD CHUV	4'267	VD CHUV	6'188	VD CHUV	27	VD CHUV	40
	JU	4'038	JU	5'856	JU	26	JU	38
	VD FHV	4'012	VD FHV	5'706	VD FHV	26	VD FHV	37

## 6. Secteur des EMS

	Salaire mensuel				Salaire horaire pondéré (selon nb d'heures/semaine, j. vacances et j. fériés)			
	Minimum		Maximum		Minimum (21 ans)		Maximum (60 ans)	
Infirmière HES / DN II	GE	6'539	GE	8'842	GE	43	GE	59
	FR	5'638	FR	8'503	FR	36	FR	55
	VS	5'291	BE	8'434	NE	35	BE	55
	BE	5'271	VD	8'029	VS	34	VD	53
	NE	5'210	NE	7'399	BE	33	NE	52
	VD	5'052	VS	7'150	VD	32	VS	47
	JU	4'994	JU	6'743	JU	32	JU	44
Infirmier spécialisé	JU	6'058	BE	9'242	JU	39	BE	61
	FR	5'863	FR	8'811	NE	38	FR	57
	BE	5'776	VD	8'345	FR	38	NE	57
	NE	5'666	NE	8'045	BE	36	VD	55
	VD	5'633	JU	7'875	VD	36	JU	52
	VS	5'604	VS	7'567	VS	36	VS	49
	GE		GE		GE	0	GE	0
ICUS	GE	7'141	FR	9'813	GE	47	GE	64
	FR	6'097	BE	9'698	FR	39	FR	64
	BE	6'061	GE	9'656	JU	39	BE	64
	JU	6'058	VD	8'669	BE	38	VD	57
	VS	5'801	NE	8'045	NE	38	NE	57
	NE	5'666	JU	7'875	VS	37	JU	52
	VD	5'366	VS	7'775	VD	34	VS	51
Ergothérapeute	GE	6'539	GE	8'842	GE	43	GE	59
	FR	5'638	BE	8'821	FR	36	BE	58
	BE	5'513	FR	8'503	NE	35	FR	55
	VS	5'291	NE	7'399	BE	35	NE	52
	NE	5'210	VS	7'150	VS	34	VS	47
	JU	4'994	JU	6'743	JU	32	JU	44
	VD		VD		VD	0	VD	0
Cuisinier	GE	5'247	BE	7'456	GE	35	BE	49
	BE	4'659	FR	7'114	BE	29	GE	47
	VS	4'155	GE	7'095	NE	28	FR	46
	NE	4'091	VD	6'163	VS	26	NE	41
	FR	4'072	JU	5'856	FR	26	VD	41
	JU	4'038	NE	5'809	JU	26	JU	38
	VD	4'012	VS	5'696	VD	26	VS	37
ASSC	GE	5'247	BE	7'752	GE	35	BE	51
	BE	4'845	FR	7'114	BE	30	GE	47
	NE	4'406	GE	7'095	NE	30	FR	46
	FR	4'351	VD	6'405	FR	28	NE	44
	VS	4'267	NE	6'257	VS	27	VD	42
	JU	4'038	VS	5'881	JU	26	JU	38
	VD	4'012	JU	5'856	VD	26	VS	38

## 7. Secteur des soins à domicile

	Salaire mensuel				Salaire horaire pondéré (selon nb d'heures/semaine, j. vacances et j. fériés)			
	Minimum		Maximum		Minimum (21 ans)		Maximum (61 ans)	
Infirmière HES / DN II	GE	6'539	GE	8'842	GE	44	GE	59
	FR	5'638	FR	8'503	FR	36	FR	56
	BE	5'271	BE	8'434	NE	35	BE	55
	NE	5'210	VD	8'029	BE	33	VD	53
	VD	5'052	NE	7'399	VD	32	NE	52
	VS	4'997	VS	6'904	JU	32	VS	45
	JU	4'994	JU	6'743	VS	32	JU	44
Infirmier spécialisé	GE	6'833	BE	9'242	GE	46	GE	62
	JU	6'058	GE	9'240	JU	39	BE	61
	FR	5'863	FR	8'811	NE	38	FR	58
	BE	5'776	VD	8'669	FR	38	VD	57
	NE	5'666	NE	8'045	BE	36	NE	57
	VD	5'533	JU	7'875	VD	36	JU	52
	VS	5'518	VS	7'544	VS	35	VS	49
Responsable d'équipe / de centre	GE	7'798	FR	10'553	GE	52	GE	70
	FR	6'598	GE	10'544	FR	43	FR	69
	VD	6'351	VD	10'094	NE	41	VD	66
	NE	6'161	BE	9'698	VD	41	BE	64
	VS	6'131	NE	8'748	VS	39	NE	62
	BE	6'061	VS	8'281	JU	39	VS	54
	JU	6'058	JU	7'875	BE	38	JU	52
Aide familiale	GE	4'805	GE	6'531	GE	32	GE	44
	VS	4'129	VD	6'405	NE	28	VD	42
	NE	4'091	VS	5'829	VS	26	NE	41
	VD	4'012	NE	5'809	VD	26	VS	38
	BE		BE		BE	0	BE	0
	FR		FR		FR	0	FR	0
	JU		JU		JU	0	JU	0
Auxiliaire de santé	GE	4'400	BE	6'526	GE	29	BE	43
	BE	4'079	GE	5'981	BE	26	GE	40
	VD	3'896	VD	5'931	VD	25	VD	39
	VS	3'850	FR	5'749	NE	25	NE	39
	FR	3'831	NE	5'470	FR	25	FR	38
	JU	3'720	VS	4'971	VS	25	VS	32
	NE	3'699	JU	4'836	JU	24	JU	32
ASSC	GE	5'247	BE	7'752	GE	35	BE	51
	BE	4'845	FR	7'114	BE	30	GE	47
	NE	4'406	GE	7'095	NE	30	FR	47
	FR	4'351	VD	6'405	FR	28	NE	44
	VS	4'129	NE	6'257	VS	26	VD	42
	JU	4'038	JU	5'856	JU	26	JU	38
	VD	4'012	VS	5'829	VD	26	VS	38

## 8. Classement selon le rang

Le rang moyen occupé par chaque canton ou CCT est présenté dans les tableaux ci-dessous, toujours comparé selon le salaire mensuel et le salaire horaire pondéré. Le premier rang correspond au salaire le plus élevé, et le 7<sup>ème</sup> rang (8<sup>ème</sup> pour les Hôpitaux) au salaire le moins élevé.

### Hôpitaux

Salaire mensuel				Salaire horaire pondéré (selon nb d'heures/semaine, jours de vacances et jours fériés)			
Minimum		Maximum		Minimum (21 ans)		Maximum (61 ans)	
GE	1	GE	1	GE	1	GE	1
FR	2	BE	2	FR	2	BE	2
BE	3	FR	3	NE	3	FR	3
VD CHUV	4	VD CHUV	4	BE	4	VD CHUV	4
NE	5	NE	5	VD CHUV	5	NE	5
JU	6	VD FHV	6	JU	6	VS	6
VS	7	VS	7	VD FHV	7	VD FHV	7
VD FHV	8	JU	8	VS	8	JU	8

### EMS

Salaire mensuel				Salaire horaire pondéré (selon nb d'heures/semaine, j. vacances et j. fériés)			
Minimum		Maximum		Minimum (21 ans)		Maximum (61 ans)	
GE	1	BE	1	GE	1	GE	1
BE	2	FR	2	FR	2	BE	2
FR	3	GE	3	NE	3	FR	3
VS	4	VD	4	BE	4	NE	4
NE	5	NE	5	JU	5	VD	5
JU	6	JU	6	VS	6	JU	6
VD	7	VS	7	VD	7	VS	7

## Soins à domicile

Salaire mensuel				Salaire horaire pondéré (selon nb d'heures/semaine, j. vacances et j. fériés)			
Minimum		Maximum		Minimum (21 ans)		Maximum (61 ans)	
GE	1	GE	1	GE	1	GE	1
FR	2	BE	2	NE	2	BE	2
BE	3	FR	3	FR	3	FR	3
NE	4	VD	4	BE	4	VD	4
VD	5	NE	5	VD	5	NE	5
VS	6	VS	6	JU	6	VS	6
JU	7	JU	7	VS	7	JU	7

**9. Commentaires**

En ce qui concerne le salaire mensuel maximum, la CCT Santé21 occupe le 5<sup>ème</sup> rang sur 7 (sur 8 pour les hôpitaux). Le constat est identique pour le salaire mensuel minimum, sauf dans le secteur des soins à domicile où la CCT Santé21 se positionne au 4<sup>ème</sup> rang. Le classement de la CCT Santé21 s'améliore dès que le salaire est pondéré selon le nombre d'heures hebdomadaire, le nombre de jours de vacances et de jours fériés. Si l'on considère le salaire pondéré minimum, la CCT occupe le 3<sup>ème</sup> rang, voire le 2<sup>ème</sup> (dans le secteur des soins à domicile). Pour le salaire pondéré maximum, ce classement baisse au 4<sup>ème</sup> rang, pour les EMS, voire au 5<sup>ème</sup> rang pour les Hôpitaux et les soins à domicile.

Neuchâtel, le 1<sup>er</sup> octobre 2012

Commission paritaire  
CCT Santé 21  
Le Président

Philippe Rouault



## Annexe 2 Description des 34 fonctions-types retenues pour l'analyse

	Appellation neuchâteloise (CCT 21)	Exemple d'autres appellations	Responsabilités principales	Formation minimale exigée
1. Soins, médico-technique, médico-thérapeutique				
SN1	Infirmier diplômé avec spécialisation	Infirmier spécialisé Infirmier à fonction particulière	Planifie et réalise les soins et l'encadrement des patients/résidants, dans un domaine spécifique (psychiatrie, gériatrie, etc...)	HES + formation complémentaire
SN2	Infirmier diplômé	Infirmier	Planifie et réalise les soins standards et l'encadrement des patients/résidants, et conseille les aidants naturels	HES
SN3	Personnel soignant avec diplôme secondaire II	Assistant en soin et santé communautaire (ASSC) Soignant diplômé	Planifie et réalise les soins de base et l'encadrement des patients/résidants	CFC
SN4	Aide-soignant (ASA)	Aide et soin en accompagnement	Réalise des tâches de base dans le domaine des soins et de l'accompagnement et/ou de l'économie domestique.	AFP
SN5	Assistant en soins (sans diplôme)	Aide hospitalier Aide à domicile Auxiliaire de santé	Réalise des tâches d'assistance dans le domaine des soins et/ou de l'économie domestique.	Aucune ou formation interne
SN6	Technicien avec spécialisation (ex: radiologie)	Technicien en analyses biomédicales, en radiologie, salle d'opération, etc...	Planifie et réalise des opérations de techniques médicales dans un domaine spécifique (laboratoire, pharmacie, etc...)	CFC + formation complémentaire ou HES
SN7	Personnel médicotechnique avec diplôme secondaire II	Employé médicotechnique Laborantin	Planifie et réalise des opérations de techniques médicales standards (analyses simples, gestion des stocks, maintenance des appareils médicotechniques, etc...)	CFC
SN8	Physiothérapeute		Planifie et réalise des soins de physiothérapie	HES
SN9	Ergothérapeute		Planifie et réalise des soins d'ergothérapie	HES
SN10	Diététicien		Planifie et réalise des soins de diététique	HES
S11	Logopédiste		Planifie et réalise des soins de logopédie	UNI
SN12	Psychologue		Planifie et réalise des soins de psychologie	UNI
SN13	Personnel médico-thérapeutique avec diplôme secondaire II		Réalise des soins médico-thérapeutiques standards, souvent délégués par un spécialiste	CFC
SN14	Responsable de petite unité de soins (ICUS 1)	Responsable d'équipe de soins	Gère et conduit une petite unité de soins (moins de 10 personnes subordonnées)	HES ou UNI

	<b>Appellation neuchâteloise (CCT 21)</b>	<b>Exemple d'autres appellations</b>	<b>Responsabilités principales</b>	<b>Formation minimale exigée</b>
SN15	Responsable de moyenne ou de grande unité de soins (ICUS 2)	Cadre en milieu de soins	Gère et conduit une unité de soins moyenne ou grande (plus de 10 personnes subordonnées) Ou est responsable des soins pour un établissement entier	HES ou UNI + formation complémentaire en management
<b>2. Social</b>				
SOC1	Assistant social	Travailleur social	Planifie et réalise l'encadrement et l'accompagnement personnel, psychologique, économique et culturel des bénéficiaires	HES
SOC2	Educateur/ASE/Animateur	Animateur diplômé Animateur EMS Animateur socio-culturel	Planifie et réalise l'encadrement, l'éducation et l'accompagnement des bénéficiaires.	CFC (ex : ASE) ou ES (ex : Educateur de l'enfance, Educateur spé.)
SOC3	Aide familiale-soins à domicile (diplômé)	Assistant en accompagnement	Réalise des tâches d'encadrement et d'accompagnement standards des bénéficiaires dans leur vie quotidienne dans le but d'assurer le maintien de leurs facultés psychiques, physiques et sociales.	CFC (aide-familiale, ASSC)
SOC4	Aide au foyer (sans diplôme)	Aide et auxiliaire en accompagnement	Réalise des tâches d'assistance dans l'accompagnement des bénéficiaires dans leur vie quotidienne afin d'assurer le maintien de leurs facultés psychiques, physiques et sociales.	Aucune ou formation interne ou formation complémentaire
SOC5	Cadre	Responsable d'unité socio-éducative Responsable du secteur social/accompagnement	Gère et conduit une unité socio-éducative ou est responsable « social » de l'unité ou d'un petit établissement	HES ou UNI + formation complémentaire de Management
<b>3. Hôtellerie</b>				
HO1	Cuisinier	Cuisinier/pâtissier Cuisinier-diététicien	Planifie et réalise des activités liées à la conception des menus, l'élaboration des repas, la gestion des marchandises et le contrôle des stocks.	CFC
HO2	Assistant en cuisine	Employé de cuisine Employé de cafétéria Aide de cuisine	Réalise des tâches d'assistance auprès des cuisiniers, à la plonge, au restaurant, ou à la cafétéria.	Aucune ou formation interne
HO3	Personnel d'intendance diplômé	Linger qualifié CFC Gestionnaire en intendance CFC Spécialiste en Hôtellerie Concierge	Planifie et réalise des opérations dans le domaine de l'intendance comme l'entretien, la lingerie, la buanderie, le nettoyage, l'habillage des lits, ou de la suppléance des responsables	CFC

	Appellation neuchâteloise (CCT 21)	Exemple d'autres appellations	Responsabilités principales	Formation minimale exigée
HO4	Personnel d'intendance sans diplôme	Employé de buanderie Employé de nettoyage « Femme » de chambre Aide de maison Employé de maison Nettoyeur	Assiste dans le domaine de l'intendance en exécutant des tâches liées à l'entretien, la lingerie, la buanderie, le nettoyage, l'habillage des lits, etc...	Aucune ou formation interne
HO5	Cadre ou responsable de petite unité	Responsable d'unité hôtellerie / intendance Responsable opérationnel Responsable du personnel de maison Responsable d'exploitation Chef de cuisine	Gère et conduit une petite unité d'hôtellerie, d'intendance ou de cuisine	CFC
HO6	Gouvernant ou Intendant		Gère et conduit une unité moyenne ou grande d'hôtellerie, d'intendance ou de cuisine ou est responsable de l'intendance d'une unité ou d'un petit établissement	CFC

## 4. Technique-logistique

TL1	Spécialiste technique	Responsable sécurité Informaticien Logisticien	Planifie et réalise des opérations dans un domaine technique en tant que spécialiste et conseiller	Brevet ou maîtrise fédérale, HES/ES selon le domaine
TL2	Employé technique diplômé	Agent technique Agent de maintenance Jardinier Horticulteur Electricien	Planifie et réalise des opérations d'entretien, de maintenance et de dépannage dans un vaste champ d'activité (ex : sanitaires, équipements techniques, électricité, peinture, etc...)	CFC
TL3	Assistant technique (sans diplôme)	Employé de maintenance Employé polyvalent Employé technique Aide d'exploitation Employé d'exploitation	Réalise des opérations de base dans le domaine de l'entretien des locaux communs, des extérieurs, des espaces verts, du matériel ou encore dans le transport de personnes.	Aucune ou formation interne
TL4	Chef d'atelier (Cadre)	Responsable technique Chef d'entretien Responsable d'exploitation	Gère et conduit une petite unité technique ou est responsable technique de l'unité ou d'un petit établissement	CFC technique, brevet fédéral, ou formation d'ingénieur

5. Administratif				
AD1	Spécialiste (diplôme supérieur)	Spécialiste qualité Responsable RH Comptable Economiste	Planifie et réalise des opérations de spécialiste et de conseiller dans un domaine de gestion administrative, financière, de ressources humaines, de procédures, etc...	Formation de type Brevet fédéral, HES, ou UNI en fonction du domaine
AD2	Employé administratif diplômé	Secrétaire de direction Employé de commerce qualifié Comptable CFC	Planifie et réalise des opérations standards dans le domaine administratif (ex : gestion d'un secrétariat, d'une réception, des salaires, de la facturation, de la caisse, assistance aux supérieurs, etc...)	CFC
AD3	Assistant administratif (sans diplôme)	Employé de bureau Téléphoniste Réceptionniste Employé administratif Aide de bureau	Réalise des opérations de base dans le domaine administratif (ex : correspondance, formalités, saisie de données, gestion des agendas, gestion d'un central téléphonique, etc...)	Aucune ou formation interne
AD4	Cadre	Responsable administratif Chef de service administratif	Gère et conduit une petite unité administrative ou est responsable administratif de l'unité ou d'un petit établissement	CFC ou formation de spécialiste (Brevet fédéral) ou HES ou UNI

**Annexe 3 Liste des avantages des conditions de travail pris en compte**

<b>Avantages accordés</b>
Allocation pour 1 enfant (hors allocation familiale)
Forfait « panier » pour les repas (hors déplacement)
Allocation pour l'utilisation des transports publics
Participation de l'employeur à l'assurance maladie
Journées de formations garanties par an *
Chèques vacances, culture ou sport
Indemnités de travail de nuit (selon moyenne de nuits effectuées par fonction)
Indemnités de travail le samedi (selon moyenne de samedis effectués par fonction)

**Temps de travail : conditions intégrées dans l'analyse comparative**

<b>Poste</b>
Nombre de jours de vacances annuelles à 45 ans et 15 ans d'ancienneté
Nombre de jours fériés garantis par an
Temps de travail hebdomadaire
Temps de pause par jour de travail

\*Le coût d'une journée de formation garantie a été estimé à une journée de salaire + CHF 250.-.

### Annexe 4 Calcul des indices de comparaison des rémunérations par fonction (couvertures = barèmes)

<b>Indice 1 (i1) Indice de salaires bruts</b>	
Calcul	$\frac{\text{Salaire au milieu de carrière de la fonction dans la CCT} - 21}{\text{Médiane des salaires de milieu de carrière de la même fonction dans les autres couvertures}} \times 100$
Interprétation	Base 100 = médiane des salaires de cette fonction dans les couvertures comparées
Exemple de lecture	Un indice de 102 pour la fonction X signifie que le salaire brut de cette fonction est 2% supérieur aux salaires de la même fonction dans les couvertures comparées

<b>Indice 2 (i2) Indice temps de travail</b>	
Calcul	$\frac{\text{Médiane des avantages temps des autres couvertures}}{\text{avantages temps CCT} - 21} \times 100$
Calculs intermédiaires	Jours nets dus (par an) = <b>jours ouvrés</b> – <b>jours fériés garantis</b> – <b>jours de congés en milieu de carrière</b>  Horaires journaliers net = <b>Horaires bruts</b> – <b>pauses</b>  Avantage temps = jours net dus * horaires journaliers net
Interprétation	Base 100 = avantage temps de la CCT-21
Exemple de lecture	Un indice de 107.6 signifie que le temps de travail est 7.6 % plus grand sous les autres couvertures que sous la CCT-21

<b>Indice 3 (i3) Indice d'avantages financiers</b>	
Calcul	$\frac{\text{Avantages financiers de la CCT} - 21}{\text{Médiane des avantages financiers des autres couvertures}} \times 100$
Calculs intermédiaires	Avantages financiers = allocations familiales supplémentaires + subventions pour transport public + forfaits repas midi + subventions supplémentaire assurance maladie + journées de formations garanties + chèques culture et vacances + majoration travail de nuit (*) + majoration samedis travaillés (*)  *Les majorations sont calculés à partir d'une estimation du nombre d'heures de nuit et de samedi travaillés par fonction. Le détail de cette estimation se trouve dans l'annexe 6
Interprétation	Base 100 = médiane des avantages financiers dans les couvertures comparées
Exemple de lecture	Un indice de 110 pour la fonction X sous la CCT-21 correspond à des avantages financiers 10% supérieurs à ce dont dispose la même fonction dans les autres couvertures

<b>Indice 4 (i4) Indice de rémunérations globales</b>	
Objectif	Agrégation des salaires bruts et des avantages financiers
Calcul	$\frac{\text{Salaire milieu de carrière CCT-21} + \text{avantages financiers CCT 21}}{\text{Médiane salaire milieu de carrière autres couvertures} + \text{avantages financiers autres couvertures}} \times 100$
Interprétation	Base 100 = rémunération globale médiane des autres couvertures par fonction
Exemple de lecture	Un indice de 120 signifie que la rémunération globale de la fonction CCT-21 est 20% supérieure à la rémunération globale de la même fonction dans les autres couvertures

Indice 5 (i5)	Indice de salaires horaires globaux
Objectif	Rapporter la rémunération globale à l'heure effectivement travaillée, en tenant compte des avantages horaires
Calcul	$\frac{\left( \frac{\text{Rémunération globale CCT-21 par fonction}}{\text{Avantages temps CCT}} \right)}{\left( \frac{\text{Médiane des rémunérations globales autres couvertures par fonction}}{\text{Médiane des avantages temps autres couvertures}} \right)} \times 100$
Interprétation	Base 100 = médiane des rémunérations globales horaires de la fonction dans les autres couvertures
Exemple de lecture	Un indice de 105 pour la fonction x correspond à une rémunération horaire de 5% supérieure à la rémunération horaire médiane de la même fonction dans les autres couvertures







No	CCT-21	CCT Hôpitaux BE	Lpers BE*	CCT Hôpitaux BL	Lpers FR*	CCT EMS GE	Lpers GE	CCT Hôpitaux JU	CCT EMS et soins à domicile JU	CCT personnel canton SO*	CCT EMS TI	CCT secteur santé VD	Lpers VD	CCT hôpitaux VS	
SN12	72930	75543	82875	98257	85768	81347	81347	85657				76115	74139	101203	73953
	103560	75543	82875	98257	85768	81347	81347	85657				76115	74139	90099	64959
	72930	75543	82875	98257	85768	81347	81347	85657				76115	74139	101203	73953
SN13	56720	58734	61087	58584	60707	74491	74491	52494		47103		52156	55476	101203	73953
	72930	58734	61087	58584	60707	74491	74491	52494		47103		52156	55476	101203	73953
	56720	58734	61087	58584	60707	74491	74491	52494		47103		52156	55476	101203	73953
SN14	72930	79261	78871	80447	92847	92832	92832	79000	78754	69804	72366	76115	80278	105361	76195
	103560	79261	78871	80447	92847	92832	92832	79000	78754	69804	72366	76115	80278	105361	76195
	72930	79261	78871	80447	92847	92832	92832	79000	78754	69804	72366	76115	80278	105361	76195
SN15	79304	87620	87191	85825	96581	101376	101376	78754	85657	76997	77972	82563	94932	105361	76195
	112612	87620	87191	85825	96581	101376	101376	78754	85657	76997	77972	82563	94932	105361	76195
	79304	87620	87191	85825	96581	101376	101376	78754	85657	76997	77972	82563	94932	105361	76195
SOC.															
SOC1	67068	75543	75166	62715	76217	85008	85008	64922	71851	54522	69448	65676	80278	97126	71134
	95237	75543	75166	62715	76217	85008	85008	64922	71851	54522	69448	65676	80278	97126	71134
	67068	75543	75166	62715	76217	85008	85008	64922	71851	54522	69448	65676	80278	97126	71134
SOC2	52660	133263	126191	53974	117447	114946	114946	90090	90090	90277.5	69448	90769	68667	81574	58210
	74778	133263	126191	53974	117447	114946	114946	90090	90090	90277.5	69448	90769	68667	81574	58210
	52660	133263	126191	53974	117447	114946	114946	90090	90090	90277.5	69448	90769	68667	81574	58210

No	CCT-21	CCT Hôpitaux BE	Lpers BE*	CCT Hôpitaux BL	Lpers FR*	CCT EMS GE	Lpers GE	CCT Hôpitaux JU	CCT EMS et soins à domicile JU	CCT personnel canton SO*	CCT EMS TI	CCT secteur santé VD	Lpers VD	CCT hôpitaux VS					
														SO3	SO4	SO5	HO.	HO1	HO2
														81574	62481	101203	84163	59077	76155
														58210	52000	73953	52211	52000	54344
														92483	75324	150358	86134	70714	86134
														55476	48768	87174	51949	48113	51949
														83265	71383	121615	80119	71383	80119
														52156	48724	67717	52156	48724	52156
														78326	58992		68098	61941	68098
														55011	46976		52070	52070	52070
														85920	58665	109982	74154	58665	74154
														49436	34442	69804	40913	34442	40913
														76128	57273	102375	76128	57473	76128
														52494	44200	78754	52494	44200	52494
														77752	72854	131172	88257	72854	100721
														57200	52378	97010	65275	52378	52378
														77752	72854	131172	88257	72854	100721
														57200	52378	97010	65275	52378	52378
														92793	77723	137500	92793	75046	92793
														58576	49799	92847	52932	47128	52932
														86150	71776	125654	78330	60606	62346
														49291	39834	66500	58584	45626	46910
														100880	84916	139503	100880	82628	100880
														63050	53066	87191	60632	49270	60632
														97500	79222	140205	97500	81016	101374
														60931	49504	87620	60931	49504	60931
														80543	70406	103561	74778	66655	70406
														52660	49581	72930	52660	46644	49581





**Annexe 5.2 Indicateurs du temps de travail selon les barèmes en vigueur au 31.12.2015**

Barèmes	Vacances (en jours par an)	Jours fériés garantis par an	Horaires bruts (en heures décimales par jour)	Pauses journalières (en heures décimales par jour)
CCT-21	30	12	8	0.5
CCT Hôpitaux BE	27	10	8.4	0.5
Lpers BE*	25	10	8.4	0.41
CCT Hôpitaux BL	27	11	8.4	0.5
Lpers FR*	20	11	8.4	0.5
CCT EMS GE	25	9	8	0.33
Lpers GE	25	9	8	0.33
CCT Hôpitaux JU	30	12	8.4	0.33
CCT EMS JU	30	12	8.4	0.5
CCT pers. SO*	23	13	8.4	0.5
CCT EMS TI	25	10	8	0.5
CCT VD	25	10	8.3	0.25
Lpers VD	25	10	8.3	0.5
VS CCT Hôpitaux	30	11	8.4	0.5

Sources: conventions et Lpers diverses.

### Annexe 5.3 Indicateurs des avantages financiers\* selon le barème en vigueur au 31.12.2015

\*Pour un employé type de 45 ans (milieu de carrière), de quinze ans d'ancienneté, travaillant à 100%, ayant un enfant à charge, qui mange à midi sur son lieu de travail, et qui travaille occasionnellement la nuit et le samedi. (voir annexe 6)

Avantages financiers	Allocations suppl pour 1 enfant (en CHF par mois)	Forfait pour les repas (hors déplacement)	Allocation pour l'utilisation des transports publics	Participation de l'employeur à l'assurance maladie	Journées de formations garanties par an <sup>33</sup>	Chèques vacances, culture ou sport	Indemnités de travail de nuit	Indemnités de travail le samedi
CCT-21	135.-	0.-	0.-	0.-	0 jour	0.-	>25 nuits par an : majoration de salaire de 15% + 10% en temps Sinon 25% de majoration	8.- par heure
CCT Hôpitaux BE	0.-	0.-	0.-	0.-	2 jours	0.-	6.- par heure + 20% de bonus temps (10% pour les classes à partir de 19)	6.- par heure à partir de midi
Lpers BE*	0.-	0.-	0.-	0.-	0 jour	0.-	5.- par heure + 20% de bonus temps + 10.63 % de bonus au titre des vacances	5.- par heure à partir de midi + 10.63 % de bonus sur le salaire
CCT Hôpitaux BL	200.-	0.-	0.-	0.-	0 jour	0.-	10.- par heure	10.- par heure
Lpers FR*	150.-	0.-	0.-	0.-	3 jours	0.-	5.80 par heure	0.-
CCT EMS GE	0.-	0.-	0.-	0.-	0 jour	0.-	7.55 par heure +10% en temps	7.55 par heure
Lpers GE	0.-	0.-	80.- par an	0.-	0 jour	0.-	7.55 par heure	7.55 par heure
CCT Hôpitaux JU	0.-	0.-	0.-	0.-	5 jours	0.-	5.- par heure	0.-
CCT EMS JU	0.-	0.-	0.-	70.-/ par mois si en classe 1, échelons 0 à 3 ou classe 2, échelon 0	5 jours	0.-	5.- par heure + indemnité afférente aux vacances 13.04% + 10% en temps	0.-

<sup>33</sup> Les données ont été annualisées : trois journées sur trois ans, par exemple, reviennent à une journée par an.

Avantages financiers	Allocations suppl pour 1 enfant (en CHF par mois)	Forfait pour les repas (hors déplacement)	Allocation pour l'utilisation des transports publics	Participation de l'employeur à l'assurance maladie	Journées de formations garanties par an <sup>33</sup>	Chèques vacances, culture ou sport	Indemnités de travail de nuit	Indemnités de travail le samedi
<b>CCT pers. SO*</b>	0.-	0.-	0.-	0.-	0 jour	0.-	6.- par heure + 20% en temps	6.- par heure
<b>CCT EMS TI</b>	0.-	0.-	0.-	0.-	5 jours (max. 20 jours sur 4 ans)	0.-	5.90 par heure	5.- par heure
<b>CCT VD</b>	0.-	0.-	0.-	0.-	1.6 jour (5 jours sur 3 ans)	0.-	5.- par heure + 20% en temps	0.-
<b>Lpers VD</b>	0.-	0.-	0.-	0.-	3 jours	0.-	7.- par heure	2.- par heure
<b>VS CCT Hôpitaux</b>	160.-	0.-	0.-	0.-	2 jours	0.-	6.50 par heure + 10% en temps	0.-



## Annexe 6 Calcul du nombre d'heures de nuit et de samedi travaillés par fonction

NB. Données utilisées dans le cadre de la comparaison des rémunérations par fonction (données fournies par les institutions).

Parmi les avantages financiers comptés dans la comparaison, se trouvent les indemnités pour travail de nuit et de samedi. Sachant que les heures de nuit et le nombre de samedi différent d'une fonction à une autre, nous avons estimé le nombre moyen d'heures de nuit et de samedi par fonction. Pour se faire, nous avons rassemblé des données sur :

1. Le nombre d'heures de nuit total par an et par fonction pour HNE, NOMAD, CNP ainsi que plusieurs EMS du canton de Neuchâtel. Nous avons ensuite divisé ces heures par le nombre d'EPT par fonction de ces établissements afin d'obtenir un nombre d'heures de travail de nuit moyen par an, par fonction et par établissement. La médiane de ces heures de nuit par fonction et par établissement a été utilisé dans le calcul des avantages financiers.

### Nombre d'heures de nuit (moyenne par EPT et par an) (état au 31.12.2015)

Fonctions	NOMAD	HNE	CNP	EMS	Médiane
<b>1.Fonction des catégories « soins », « médico-techniques » et « médico-thérapeutiques »</b>	Heures de nuit moyennes par EPT et par an (arrondi)				
Infirmier diplômé avec spécialisation	11	400	1	150	80
Infirmier diplômé	19	330	327	236	282
Personnel soignant avec diplôme secondaire II	23	57	230	201	129
Aide-soignant (ASA)	25	103	264	267	183
Assistant en soins (sans diplôme)	22	1014	207	291	249
Technicien avec spécialisation (ex: radiologie)		117			117
Personnel médicotechnique avec diplôme secondaire II			0		0
Physiothérapeute		0	0	0	0
Ergothérapeute		0	0	0	0
Diététicien		0	0		0
Logopédiste		0			0
Psychologue		357	0		178
Personnel médico-thérapeutique avec diplôme secondaire II		175	0	0	0
Responsable de petite unité de soins (ICUS 1)	1		62	73	62
Responsable de moyenne ou de grande unité de soins (ICUS 2)		15	36	7	15
<b>2. Fonctions du social</b>					
Assistant social		0	0		0
Educateur/ASE/Animateur			111	30	71
Aide familiale-soins à domicile (diplômé)	21			0	11
Aide au foyer (sans diplôme)				0	0
Cadre (social)			13	1	7
<b>3. Fonctions d'intendance</b>					
Cuisinier		0	0	9	0
Assistant en cuisine		0	0	9	0
Personnel d'intendance diplômé			0	0	0
Personnel d'intendance sans diplôme		0	0	0	0
Cadre ou responsable de petite unité (hôtellerie)		0	0	1	0
Gouvernant ou Intendant		0	0	1	0

<b>4. Fonctions de la technique et logistique</b>	<b>NOMAD</b>	<b>HNE</b>	<b>CNP</b>	<b>EMS</b>	<b>Médiane</b>
Spécialiste technique		0		0	0
Employé technique diplômé		0	0	1	0
Assistant technique (sans diplôme)			0	0	0
Chef d'atelier (Cadre)		0	0	0	0
<b>5. Les fonctions administratives</b>					
Spécialiste (diplôme supérieur)		0	0	0	0
Employé administratif diplômé		0	0		0
Assistant administratif (sans diplôme)			0	0	0
Cadre (administration)		0	2		1

Source : Enquête complémentaire IDHEAP via SSP, juin 2016. Les cases vides indiquent l'absence de cette fonction dans l'institution correspondante.

2. Le nombre total de samedi par an et par fonction pour HNE, NOMAD, CNP ainsi que pour plusieurs EMS du canton de Neuchâtel. Nous avons ensuite divisé ces samedis travaillés par le nombre d'EPT par fonction de ces établissements afin d'obtenir un nombre de samedis moyen par an, par fonction et par établissement. La médiane de ces samedis par fonction et par établissement a été utilisée dans le calcul des avantages financiers.

### Nombre de samedis moyen par EPT et par an (état au 31.12.2015)

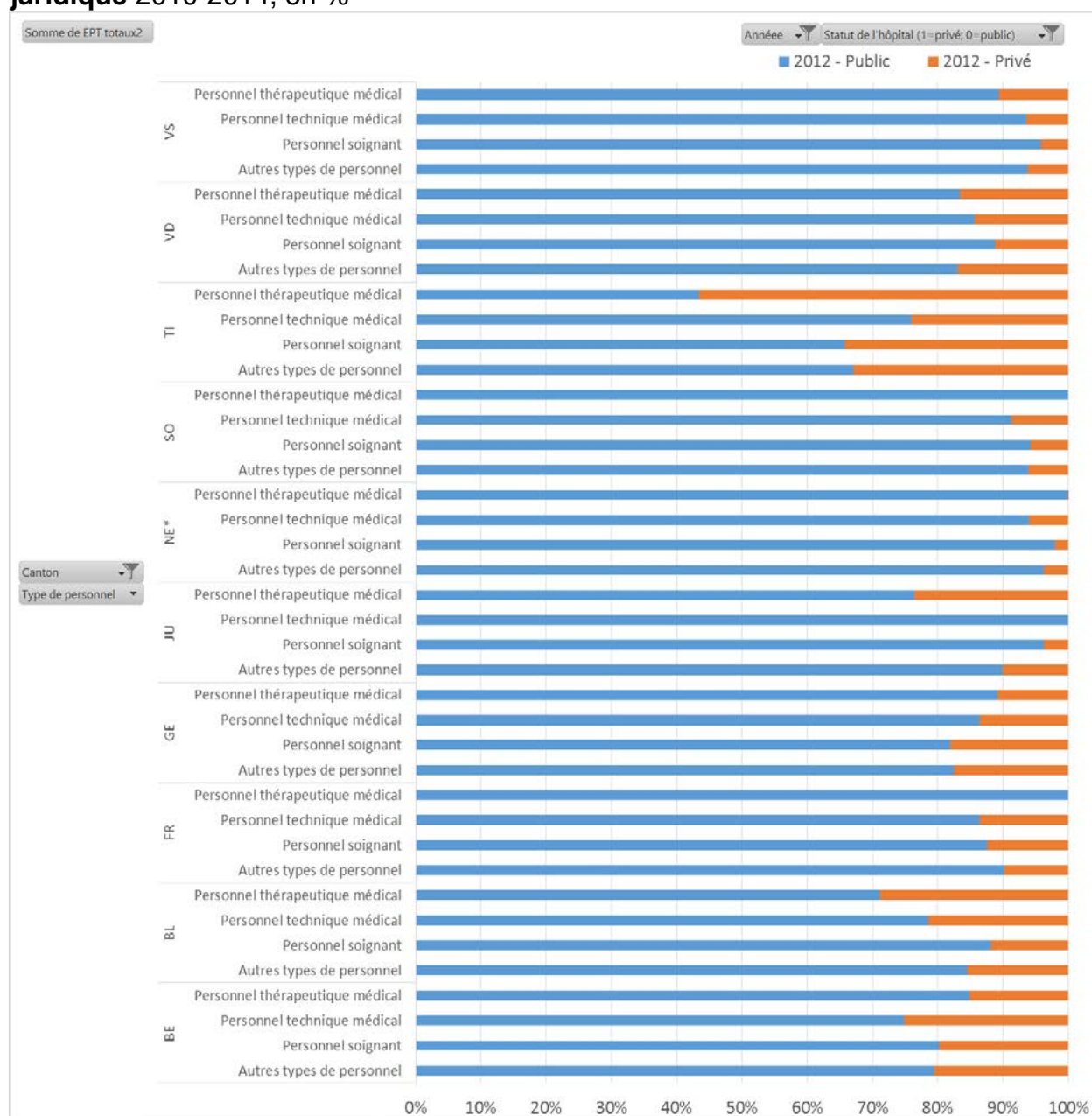
<b>Fonctions</b>	<b>NOMAD</b>	<b>HNE</b>	<b>CNP</b>	<b>EMS</b>	<b>Médiane</b>
<b>1. Fonction des catégories soins, médico-techniques et médico-thérapeutiques</b>	Nombre de samedis moyens par EPT et par an (arrondi)				
Infirmier diplômé avec spécialisation	22	10	5	7	13
Infirmier diplômé	14	14	16	21	15
Personnel soignant avec diplôme secondaire II	18	14	18	32	18
Aide-soignant (ASA)	24	14	23	23	23
Assistant en soins (sans diplôme)	24	17	22	27	23
Technicien avec spécialisation (ex: radiologie)		4			4
Personnel médicotechnique avec diplôme secondaire II			0		0
Physiothérapeute		3	0	0	0
Ergothérapeute		0	0	0	0
Diététicien		9	0		4
Logopédiste		0			0
Psychologue		10	0		5
Personnel médico-thérapeutique avec diplôme secondaire II		13	0	0	0
Responsable de petite unité de soins (ICUS 1)	3		6	15	6
Responsable de moyenne ou de grande unité de soins (ICUS 2)		3	4	14	4
<b>2. Fonctions du social</b>					
Assistant social		1	0		0
Educateur/ASE/Animateur			13	7	10
Aide familiale-soins à domicile (diplômé)	25			0	13
Aide au foyer (sans diplôme)				21	21
Cadre (social)			1	5	3
<b>3. Fonctions d'intendance</b>					
Cuisinier		18	14	36	18
Assistant en cuisine		23	22	36	23
Personnel d'intendance diplômé			0	18	9
Personnel d'intendance sans diplôme		20	20	46	20
Cadre ou responsable de petite unité (hôtellerie)		14	7	5	7
Gouvernant ou Intendant		0	0	3	0

<b>4. Fonctions de la technique et logistique</b>	<b>NOMAD</b>	<b>HNE</b>	<b>CNP</b>	<b>EMS</b>	<b>Médiane</b>
Spécialiste technique		0		0	0
Employé technique diplômé		0	0	8	0
Assistant technique (sans diplôme)			0	9	5
Chef d'atelier (Cadre)		0	1	3	1
<b>5. Les fonctions administratives</b>					
Spécialiste (diplôme supérieur)		0	0	1	0
Employé administratif diplômé	1	3	4	1	2
Assistant administratif (sans diplôme)			0	1	0
Cadre (administration)		0	3	5	3

Source : Enquête complémentaire IDHEAP via SSP, juin 2016.

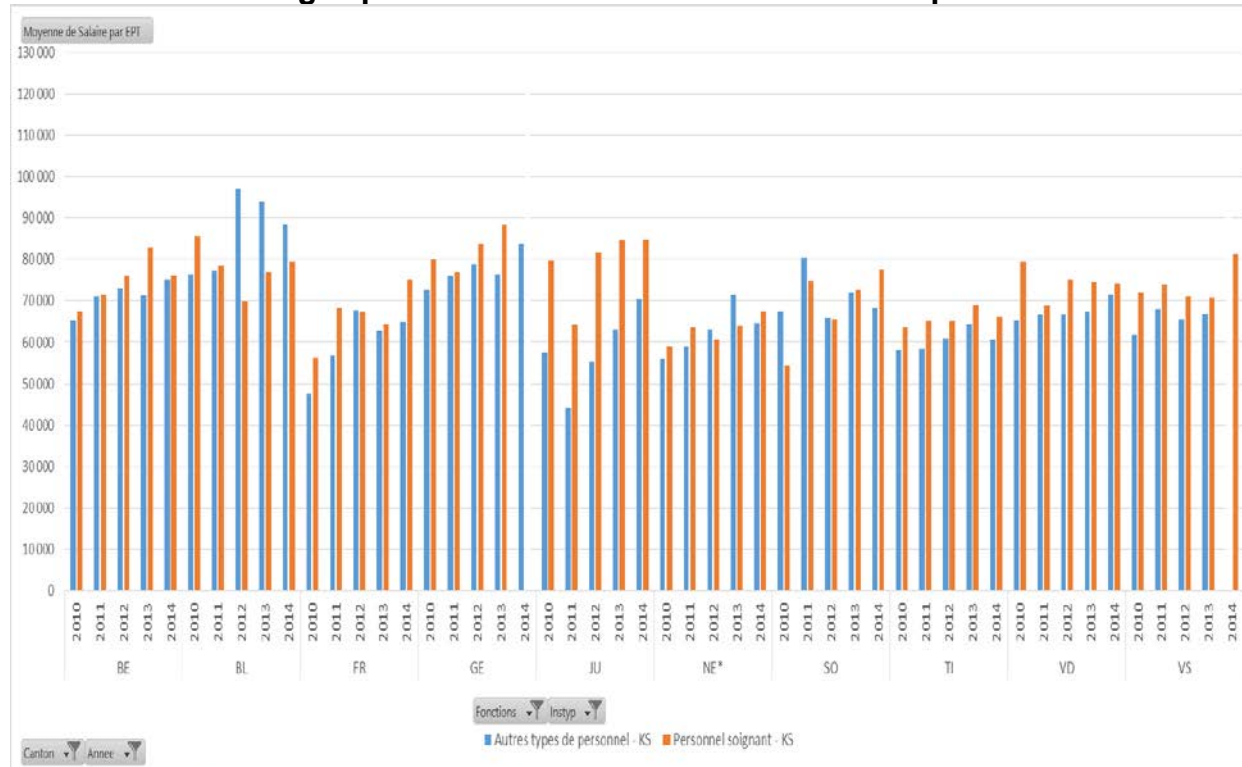
## Annexe 7 Données supplémentaires (partie quantitative)

## Répartition des emplois (EPT) dans les hôpitaux selon la fonction et la nature juridique 2010-2014, en %



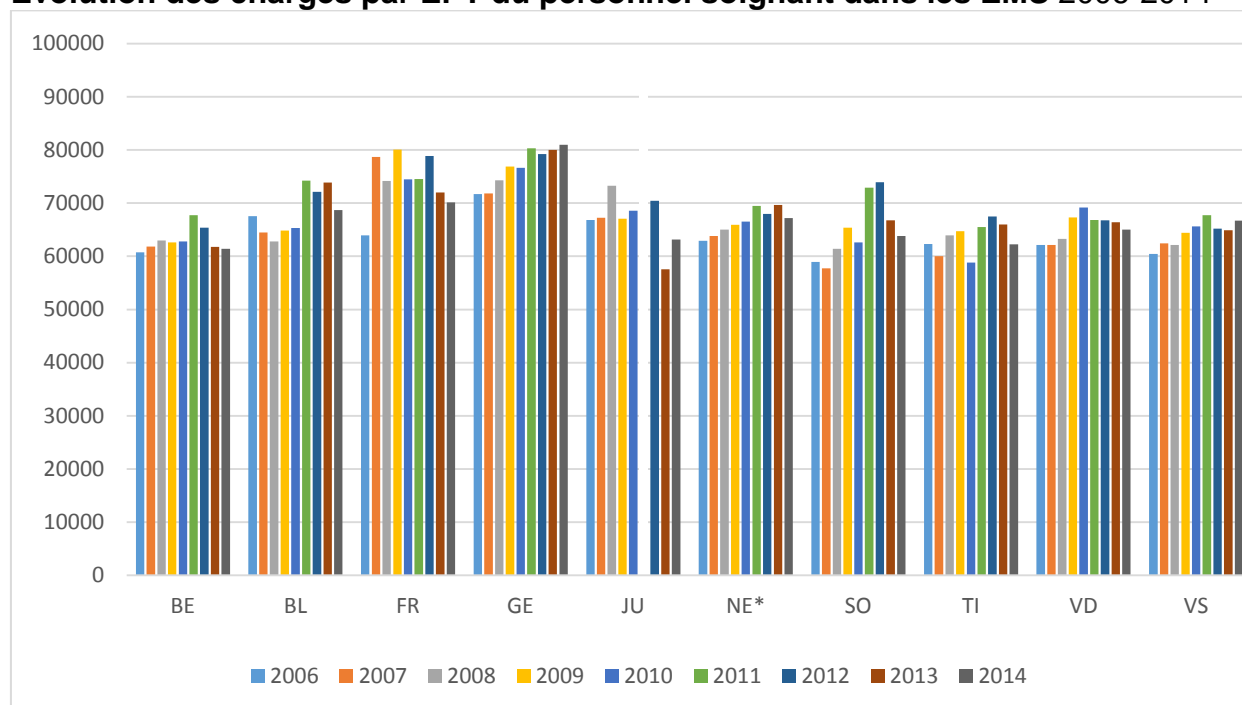
Source : OFS-KS, calculs propres.

## Evolution des charges par EPT selon la fonction dans les hôpitaux 2010-2014



Source : OFS-KS, calculs propres..

## Evolution des charges par EPT du personnel soignant dans les EMS 2006-2014



Source : OFS-SOMED, calculs propres.

## Annexe 8 Analyse exploratoire multivariée : liste des indicateurs

NB. Les analyses plus pointues peuvent être obtenues auprès du mandataire.

Emplois, CCT et déterminants des coûts de la santé par canton 2012-2016				Ecart à la moyenne:		plus (+)		moins (-)														
Liste des indicateurs utilisés dans cette étude (analyse exploratoire multivariée)													Cantons									
Nr	Variables explicatives, à expliquer / indicateurs	Années	Unités	Sources	BE	BL	FR	GE	JU	SO	TI	VD	VS	NE*	10 cantons							
<b>A. Contexte socio-démographique (PRP)</b>																						
1	65-79 ans	2014	%	OFS-ESPOP	14.4%	15.3%	11.3%	11.7%	14.2%	13.5%	15.5%	11.6%	13.9%	12.9%	13.2%	13.2%						
2	80 ans et plus	2014	%	OFS-ESPOP	5.8%	5.9%	3.8%	4.9%	5.7%	5.4%	6.3%	4.7%	4.8%	5.6%	5.2%							
3	65 ans et plus	2014	%	OFS-ESPOP	20.2%	21.2%	15.0%	16.5%	20.0%	18.9%	21.8%	16.3%	18.8%	18.5%	18.3%							
4	Rapport dépendance des jeunes (< 20 ans / 100 pers. 20-64 ans)	2014	%	OFS-ESPOP	31.4	32.2	36.7	33.8	37.1	31.1	30.8	35.8	32.8	35.6	33.4							
5	Rapport dépendance des pers. âgées (65 + / 100 pers. 20-64 ans)	2014	%	OFS-ESPOP	33.2	35.6	24.1	26.5	34.2	30.6	36.5	26.4	30.6	30.8	30.0							
<b>B. Contexte socio-économique</b>																						
6	PIB par habitant	2012	en 1000 CHF	OFS	75.1	68.1	56.6	102.3	59.9	64.9	79.3	67.2	53.1	80.8	70.7							
7	Part des emplois de frontaliers dans la santé / total emplois de la santé	2013	%	stat. frontaliers	0.2%	9.1%	0.2%	32.4%	14.6%	0.7%	19.5%	7.0%	1.6%	10.0%								
8	Densité des habitants / km2	2014	hab./km2	OFS	169.4	543.4	181.5	1689.9	86.4	333.6	124.6	237.1	63.5	221.0	182.2							
<b>C. Emplois par type d'activités = X</b>																						
9	Emplois hôpitaux (EPT) (NOGA 861001+861002)	2013	EPT	OFS-STATENT	20 251	4 046	3 318	10 411	1 265	3 025	5 730	16 534	4 660	3 186	72 427							
10	Emplois EMS (EPT) (NOGA 871000)	2013	EPT	OFS-STATENT	12 788	2 710	2 580	3 788	577	2 469	3 848	6 530	3 821	2 094	40 204							
11	Emplois: act. des infirmières, soins à domicile (Spitex) EPT (NOGA 861001+861002)	2013	EPT	OFS-STATENT	2 573	598	502	1 336	232	494	864	2 655	2 721	2 477	9 871							
12	Emplois hôpitaux (EPT) (NOGA 861001+861002), %	2013	%	OFS-STATENT	38.5%	32.7%	31.1%	40.4%	43.2%	27.4%	35.2%	42.5%	37.0%	39.1%	37.9%							
13	Emplois EMS (EPT) (NOGA 871000) %	2013	%	OFS-STATENT	24.3%	21.9%	24.2%	14.7%	19.7%	22.4%	23.7%	16.8%	22.4%	25.7%	21.0%							
14	Emplois: act. des infirmières, soins à domicile (Spitex) EPT (NOGA 861001+861002)	2013	%	OFS-STATENT	4.9%	4.8%	4.7%	5.2%	7.9%	4.5%	5.3%	6.8%	2.9%	3.0%	5.2%							
15	Emplois dans le secteur de la santé (NOGA 86+87) p. 1000 hab.	2013	p. 1000 hab.	OFS-STATENT	52.5	44.5	35.8	54.9	40.8	42.2	46.9	51.9	38.5	46.2	48.1							
16	Emplois hôpitaux (EPT) (NOGA 861001+861002) p. 1000 hab.	2013	p. 1000 hab.	OFS-STATENT	20.1	14.4	10.9	21.8	17.5	11.5	16.4	21.7	14.0	18.0	18.0							
17	Emplois EMS (EPT) (NOGA 871000) p. 1000 hab.	2013	p. 1000 hab.	OFS-STATENT	12.7	9.6	8.5	7.9	8.0	9.4	11.0	8.6	8.5	11.8	10.0							
18	Emplois: act. infirmières, soins à domicile (Spitex) EPT (NOGA 869003)	2013	p. 1000 hab.	OFS-STATENT	2.5	2.1	1.7	2.8	3.2	1.9	2.5	3.5	1.1	1.4	2.5							
<b>D. Emplois par fonction et type d'employeur</b>																						
<b>D.1 Hôpitaux</b>																						
19	Personnel soignant KS	2014	EPT	OFS-KS	16 919.4	3 437.3	3 565.0	7 503.5	939.9	3 049.8	5 605.0	11 210.7	3 717.4	2 648.0	58 595.9							
20	Personnel technique médical KS	2014	EPT	OFS-KS	1 509.3	376.6	201.6	754.5	98.7	239.9	444.5	1 632.5	168.9	133.0	5 559.5							
21	Personnel thérapeutique médical KS	2014	EPT	OFS-KS	1 110.9	258.1	124.5	384.4	63.1	134.1	241.8	812.8	253.5	137.9	3 521.0							
22	Autres types de personnel KS	2014	EPT	OFS-KS	6 350.4	1 230.8	936.5	3 818.7	354.8	837.4	2 064.9	5 589.1	1 117.4	956.7	23 256.7							
23	Total KS	2014	EPT	OFS-KS	25 890.0	5 302.7	4 827.6	12 461.1	1 456.5	4 261.2	8 356.1	19 245.1	5 257.2	3 875.5	90 933.1							
24	Personnel soignant % KS	2014	%	OFS-KS	65.4%	64.8%	73.8%	60.2%	64.5%	71.6%	67.1%	58.3%	70.7%	68.3%	64.4%							
25	Personnel technique médical % KS	2014	%	OFS-KS	5.8%	7.1%	4.2%	6.1%	6.8%	5.6%	5.3%	8.5%	3.2%	3.4%	6.1%							
26	Personnel thérapeutique médical % KS	2014	%	OFS-KS	4.3%	4.9%	2.6%	3.1%	4.3%	3.1%	2.9%	4.2%	4.8%	3.6%	3.9%							
27	Autres types de personnel % KS	2014	%	OFS-KS	24.5%	23.2%	19.4%	30.6%	24.4%	19.7%	24.7%	29.0%	21.3%	24.7%	25.6%							
28	Total en %	2014	%	OFS-KS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%							
29	Personnel soignant p. 1000 KS	2014	p. 1000 hab.	OFS-KS	18.8	12.2	11.8	15.7	13.0	11.6	16.0	14.7	11.2	14.9	14.5							
30	Personnel technique médical p. 1000 KS	2014	p. 1000 hab.	OFS-KS	1.5	1.3	0.7	1.6	1.4	0.9	1.3	2.1	0.5	0.8	1.4							
31	Personnel thérapeutique médical p. 1000 KS	2014	p. 1000 hab.	OFS-KS	1.1	0.9	0.4	0.8	0.9	0.5	0.7	1.1	0.8	0.8	0.9							
32	Autres types de personnel p. 1000 KS	2014	p. 1000 hab.	OFS-KS	6.3	4.4	3.1	8.0	4.9	3.2	5.9	7.3	3.4	5.4	5.8							
33	Total Hop. p. 1000 KS	2014	p. 1000 hab.	OFS-KS	25.6	18.9	15.9	26.1	20.1	16.2	23.8	25.3	15.8	21.9	22.6							
<b>D.2 EMS</b>																						
34	Personnel soignant EMS (EPT)	2014	EPT	OFS-SOMED	8463.8	1868.0	2122.4	2339.2	453.3	1727.4	2874.0	4185.2	1861.3	1451.4	27345.9							
35	Personnel autres discip. médicales et animation EMS (EPT)	2014	EPT	OFS-SOMED	434.9	75.4	60.7	220.8	39.5	56.9	151.8	726.6	106.9	146.7	2020.2							
36	Autre personnel EMS (EPT)	2014	EPT	OFS-SOMED	4577.6	993.1	832.7	1248.9	227.3	888.1	1340.3	2379.6	825.3	769.0	14082.0							
37	Total EMS (EPT)	2014	EPT	OFS-SOMED	13476.4	2936.6	3015.8	3808.9	720.0	2672.4	4366.0	7291.5	2793.5	2367.0	43448.1							
38	Personnel soignant % EMS	2014	%	OFS-SOMED	62.8%	63.6%	70.4%	61.4%	63.0%	64.6%	65.8%	57.4%	66.6%	61.3%	62.9%							
39	Personnel des autres discip. médicales et animation % EMS	2014	%	OFS-SOMED	3.2%	2.6%	2.0%	5.8%	5.5%	2.1%	3.5%	10.0%	3.8%	6.2%	4.6%							
40	Autre personnel % EMS	2014	%	OFS-SOMED	34.0%	33.8%	27.6%	32.8%	31.6%	33.2%	30.7%	32.6%	29.5%	32.5%	32.4%							
41	Total % EMS	2014	%	OFS-SOMED	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%							
42	Personnel soignant p. 1000 EMS	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	8.4	6.6	7.0	4.9	6.3	6.6	8.2	5.5	5.6	8.2	6.8							
43	Personnel des autres discip. médicales et animation p. 1000 EMS	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	0.4	0.3	0.2	0.5	0.5	0.2	0.4	1.0	0.3	0.8	0.5							
44	Autre personnel p. 1000	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	4.5	3.5	2.7	2.6	3.1	3.4	3.8	3.1	2.5	4.3	3.5							
45	Total EMS p. 1000	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	13.4	10.4	9.9	8.0	9.9	10.1	12.5	9.6	8.4	13.3	10.8							
46	Personnel soignant p. 1000 65+ EMS	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	41.3	31.1	46.0	29.2	31.2	34.3	37.4	33.2	29.6	44.1	39.4							
47	Personnel des autres discip. médicales et animation p. 1000 65+ EMS	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	2.1	1.3	1.3	2.8	2.7	1.1	2.0	5.8	1.7	4.5	2.9							
48	Autre personnel p. 1000 65+ EMS	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	22.3	16.5	18.0	15.6	17.7	17.5	18.9	13.1	23.4	20.3								
49	Total p. 1000 65+ EMS	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	65.7	48.8	65.4	47.6	49.6	53.0	56.9	57.9	44.4	71.9	62.5							
50	Personnel soignant p. 1000 80+ EMS	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	144.6	112.1	184.0	99.3	108.3	120.5	129.9	116.3	114.9	145.7	139.2							
51	Personnel des autres discip. médicales et animation p. 1000 80+ EMS	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	7.4	4.5	5.3	9.4	9.4	4.0	6.9	20.2	6.6	14.7	10.3							
52	Autre personnel p. 1000 80+ EMS	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	78.2	59.6	72.2	53.0	54.3	62.0	60.6	66.1	50.9	77.2	71.7							
53	Total p. 1000 80+ EMS	2014	p. 1000 hab.	OFS-SOMED	230.3	176.3	261.4	161.7	172.1	186.4	197.4	202.7	172.4	237.6	221.2							
<b>D.3 SASD</b>																						
54	Personnel de soins SASD (EPT)	2014	EPT	OFS-SASD	2270.5	520.9	428.0	1611.9	232.3	424.3	866.4	2186.8	604.8	388.9	9534.8							
55	Personnel direction & administration SASD (EPT)	2014	EPT	OFS-SASD	362.5	92.5	37.2	218.2	29.1	69.1	98.2	498.7	78.0	82.4	1565.8							
56	Total EPT SASD	2014	EPT	OFS-SASD	2633.1	613.4	465.2	1830.1	261.4	493.3	964.6	2685.5	682.8	471.3	11100.7							
57	Personnel de soins SASD (%)	2014	%	OFS-SASD	86.2%	84.9%	92.0%	88.1%	88.9%	86.0%	89.8%	81.4%	88.6%	82.5%	85.9%							
58	Personnel direction & administration SASD (%)	2014	%	OFS-SASD	13.8%	15.1%	8.0%	11.9%	11.1%	14.0%	10.2%	18.6%	11.4%	17.5%	14.1%							
59	Total SASD (%)	2014	%	OFS-SASD	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%							
60	Total pers. soins SASD p. 1000	2014	p. 1000 hab.	OFS-SASD	2.2	1.9	1.4	3.4	3.2	1.6	2.5	2.9	1.8	2.2	2.4							
61	Total pers. direct. & admin. SASD p. 1000	2014	p. 1000 hab.	OFS-SASD	0.4	0.3	0.1	0.5	0.4	0.3	0.3	0.7	0.2	0.5	0.4							
62	Total EPT SASD p. 1000	2014	p. 1000 hab.	OFS-SASD	2.6	2.2	1.5	3.8	3.6	1.9	2.8	3.5	2.1	2.7	2.8							
<b>E. Usagers</b>																						
63	Destination des patients neuchâtelois dans les hôpitaux 2013	2013	%	OFS-KS (Huber)	12.6%	0.0%	0.2%	2.0%	0.2%	0.0%	0.1%	5.2%	0.3%	79.0%								
64	Part des patients neuchâtelois	2013	%	OFS-KS (Huber)	1.6%	0.0%	0.1%	0.7%	0.5%	0.0%	0.0%	1.1%	0.2%	95.5%								
65	Total des patients	2013	p. 1000 hab.	OFS-KS (Huber)	168.8	107.1	97.9	128.8	99.2	101.3	159.2	132.6	100.4	103.2	132.5							
66	Total des patients, p. 1000 personnes de 80+ ans	2013	p. 1000 hab.	OFS-KS (Huber)	2911.1	1808.3	2573.5	2609.8	1716.3	1862.8	2522.0	2805.7	2055.5	1837.5	2718.4							
<b>F. Degré de couverture (DC) CCT / Lpers</b>																						
67	DC-CCT_Lpers_Hôpitaux	2014	%	UNIL-IDHEAP	34.4%	86.6%	94.0%	82.7%	97.4%													