

**Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil**

à l'appui :

- d'un projet de loi sur les hôpitaux publics (LHOPU)
- d'un projet de décret portant octroi d'un crédit-cadre de 4'400'000 francs pour la conduite du projet « Hôpitaux publics » ;
- d'un projet de décret portant octroi d'un crédit-cadre de 33'900'000 francs pour la reprise du bâtiment d'exploitation hospitalière de La Chaux-de-Fonds à l'Hôpital neuchâtelois et la capitalisation de la société anonyme « Hôpital des Montagnes neuchâteloises » ;
- d'un projet de décret portant octroi d'un crédit d'engagement extraordinaire de maximum 200'000'000 francs permettant la liquidation de l'Hôpital neuchâtelois
- d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale intitulée « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises » ;
- d'un projet de décret abrogeant :
 - le décret portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'État pour l'Établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 24 avril 2012 ;
 - le décret portant approbation des options stratégiques complémentaires définies par le Conseil d'État pour l'établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 26 mars 2013 ;
 - le décret portant approbation de la modification des options stratégiques pour l'Établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 3 novembre 2015 ;
- d'un projet de décret portant octroi d'un crédit complémentaire de 4'360'000 francs pour l'acquisition du bâtiment de l'ancien Hôpital de La Chaux-de-Fonds, sis rue Sophie-Mairet 29-31 et les frais relatifs au transfert de propriété ;

(Du 21 mars 2018)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

RÉSUMÉ

Par ce rapport, le Conseil d'État soumet au Grand Conseil les mesures permettant de mettre en œuvre l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires », acceptée par le peuple le 12 février 2017. Ses propositions reprennent l'essentiel de celles formulées par le groupe de travail « H+H » constitué au lendemain de l'acceptation de l'initiative.

La mise en œuvre de l'initiative nécessitera la séparation de l'Hôpital neuchâtelois (HNE) et sa dissolution à terme. Elle verra ainsi la création de trois hôpitaux : deux de soins aigus, un pour les Montagnes neuchâteloises et un pour le Littoral, et un de réadaptation-soins palliatifs à portée cantonale. Ces hôpitaux, publics, seront constitués sous la forme de sociétés anonymes (SA), leur garantissant ainsi une plus grande autonomie dans le contexte sanitaire concurrentiel actuel. Trois policliniques, portes d'entrée du système hospitalier, seront maintenues, celle du Val-de-Travers étant rattachée à la structure de soins aigus du Littoral.

Le calendrier proposé doit permettre, pour répondre à une certaine urgence, de créer le plus rapidement possible la SA de soins aigus des Montagnes neuchâteloises et sa mise en exploitation au 1^{er} janvier 2020. Suivra l'autonomisation de l'Hôpital du Littoral et de l'Hôpital de réadaptation-soins palliatifs. La liquidation de l'HNE d'ici 2022 clôt le processus.

L'initiative demande la constitution d'hôpitaux autonomes, sûrs et complémentaires. Le présent rapport répond au volet « autonomie » de l'initiative et doit être vu comme un paquet global comprenant, en particulier, une nouvelle loi et les financements nécessaires à son application ainsi qu'à la réalisation du projet. La loi sur les hôpitaux publics (LHOPU) offre la base légale nécessaire à la création des futures SA. Les décrets financiers doivent permettre la conduite du projet d'autonomisation de la SA HMN, la capitalisation de celle-ci et garantir la fin du processus avec la reprise de la dette de l'HNE. À noter que, sur les 238,3 millions de francs sollicités, seuls 6,3 millions constituent des dépenses véritablement nouvelles, l'endettement de l'HNE existant depuis la constitution de cet établissement et le transfert des bâtiments de La Chaux-de-Fonds de l'HNE à la nouvelle SA relevant d'une opération avant tout technique.

Afin de donner un cadre de travail similaire aux deux entités de soins aigus, il est également proposé d'abroger les différents décrets en lien avec les options stratégiques applicables à l'HNE.

Considérant qu'il existe une unité de matière, le présent rapport traite également de l'initiative pendant demandant l'installation d'une maternité dans les Montagnes neuchâteloises. Le Conseil d'État, largement rejoint par les avis exprimés lors de la procédure de consultation, propose de rejeter cette initiative et de la soumettre à votation populaire, considérant qu'elle n'est pas appropriée tant sur la forme que sur le fond.

Par ailleurs, des propositions sont présentées ci-après pour la reprise par l'État de trois bâtiments dont l'HNE n'a plus directement l'usage, soit ceux de La Béroche, de Couvet et de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds. Seule la reprise du dernier d'entre eux relève de la compétence du Grand Conseil

Le Conseil d'État souligne que la concrétisation de l'initiative conduira à une modification majeure du système hospitalier neuchâtelois. Le développement du volet « complémentarité » de l'initiative sera essentiel pour que le modèle soit viable à moyen et long terme dans un contexte où les hôpitaux sont mis en concurrence. Ce volet relèvera essentiellement de la compétence des futurs organes dirigeants qui devront

parvenir à s'entendre et à nouer des partenariats pour minimiser les coûts et permettre l'accès à des prestations de qualité.

Concernant le volet « sécurité », le Conseil d'État entend rester attentif à la sécurité sanitaire pour l'ensemble de la population neuchâteloise qui, au même titre que la qualité des prestations, constitue une exigence permanente et doit rester au cœur des préoccupations. Elle est clairement LA priorité du gouvernement. Il s'agira notamment de respecter les règles fédérales (LAMal), de maintenir les critères de qualité posés par la planification hospitalière, de maintenir un système pré-hospitalier cantonal offrant un traitement efficace, de qualité et équitable à l'ensemble de la population neuchâteloise et de garantir l'accès à des prestations de premier recours.

Le Conseil d'État propose au Grand Conseil un projet concret conforme à la volonté du peuple neuchâtelois et respectant les recommandations du groupe de travail H+H. S'il reste d'avis que l'initiative H+H risque de fragiliser le tissu hospitalier de notre canton, il relève que ces risques étaient connus lors du vote de février 2017 et que le Conseil d'État d'abord, le Grand Conseil désormais, ont reçu mandat du peuple neuchâtelois de mettre en œuvre ses décisions. Pour le gouvernement, il n'est donc pas question de remettre en cause la légitimité de l'initiative ou de poursuivre le débat sur les avantages et désavantages des deux options soumises au vote il y a un an. Tout doit en revanche être entrepris pour minimiser les risques inhérents au modèle retenu. C'est dans ce but que le rapport rappelle les principaux risques découlant de la voie choisie. Quant aux propositions présentées dans le présent rapport, le gouvernement considère qu'elles représentent la voie la plus réaliste et crédible pour la mise en œuvre de cette initiative dont le succès dépendra de l'implication des organes de conduite et de tous les partenaires dans la construction et la mise en œuvre de ce projet et des complémentarités nécessaires.

1. INTRODUCTION

Suite à l'acceptation par le peuple neuchâtelois, le 12 février 2017, de l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires » (ci-après initiative H+H), le Conseil d'État a nommé un groupe de travail (GT H+H) chargé de lui faire des propositions sur la mise en œuvre concrète de cette dernière. Le GT H+H a rendu son rapport début octobre 2017 et le Conseil d'État a pu définir, en novembre 2017, les grandes orientations qu'il entend retenir.

Sur cette base, il transmet le présent rapport au Grand Conseil dans lequel il décrit son appréciation des propositions du GT H+H et leurs possibles conséquences. Il l'invite à prendre les premières décisions qui s'imposent, soit la concrétisation le plus rapidement possible des éléments les plus significatifs et, en particulier, la création d'une société anonyme (SA) chargée d'exploiter un hôpital de soins aigus dans les Montagnes neuchâteloises.

Le présent rapport contient les éléments suivants :

- la position du Conseil d'État sur les propositions du GT H+H et ses propositions de mise en œuvre de l'initiative ;
- un projet de loi permettant la constitution de SA pour l'exploitation d'hôpitaux publics ;
- une demande de crédit d'engagement pour la capitalisation de la SA de soins aigus des Montagnes neuchâteloises ;

- une demande de crédit-cadre pour le financement des travaux à mener dans la phase 2 ;
- une demande de crédit d'engagement pour assainir financièrement l'HNE ;
- une proposition de traitement de l'initiative « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâtelaises » ;
- une proposition de clarification du cadre stratégique de l'HNE ;
- une proposition de reprise de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds (destiné à accueillir des classes du Centre Pierre-Coullery) et une information sur la reprise par l'État des bâtiments hospitaliers de La Béroche et de Couvet.

Il propose ainsi au Grand Conseil de prendre une série de décisions devant permettre la mise en œuvre de l'initiative H+H. Ces décisions sont conçues sous la forme d'un paquet global et sont donc liées entre elles. Le Conseil d'État considère en effet que si l'une des pièces du puzzle devait être refusée, cela remettrait en question l'entier du projet. À défaut, la mise en œuvre se heurterait inévitablement à des difficultés et à de nouveaux blocages dommageables.

2. CONTEXTE

2.1. HNE-Demain

En avril 2012, dans le cadre des options stratégiques de l'HNE (Rapport 12.005 du Conseil d'État au Grand Conseil), le Grand Conseil demande de mener des études visant à déterminer l'opportunité et la faisabilité de créer un site unique de soins aigus, respectivement de réadaptation. En 2013, il accorde un crédit d'investissement de 500'000 francs afin de réaliser ces études (Rapport 12.055 du Conseil d'État au Grand Conseil).

Le projet dit de « réorganisation spatiale de l'HNE » - ultérieurement renommé « HNE-Demain » - est lancé par le Conseil d'État en 2015. Il vise, par des études poussées et multidimensionnelles, à définir le positionnement de l'HNE dans le paysage sanitaire et son organisation spatiale. Après deux ans de travail intensif, il aboutit au rapport du Conseil d'État au Grand Conseil 16.029, contenant non seulement les lignes stratégiques mais également une révision de la législation fondant l'existence de l'hôpital, une solution d'assainissement du bilan de l'HNE et différents cautionnements.

L'organisation spatiale de l'HNE, initialement prévue d'ici 2022, se serait alors articulée autour de:

- trois polycliniques : une située dans les Montagnes neuchâtelaises (y compris des prestations de polyclinique pédiatrique), une située à Neuchâtel et une située au Val-de-Travers ;
- deux sites hospitaliers : le premier dédié aux soins aigus, situé à Neuchâtel, et le second dédié au traitement et à la réadaptation, sis dans les Montagnes neuchâtelaises.

Le Grand Conseil se positionne sur le rapport le 2 novembre 2016 ; il accepte tous les objets soumis à sa décision. La loi et les décrets suivants sont ainsi validés :

- Loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE) ;
- Décret portant octroi d'un crédit d'engagement extraordinaire de 200'000'000 francs permettant l'assainissement du bilan de l'Hôpital neuchâtelois ;
- Décret portant octroi d'un crédit d'engagement de 57'000'000 francs permettant un cautionnement simple pour l'Hôpital neuchâtelois nécessaire à son fonds de roulement ;
- Décret portant octroi d'un crédit d'engagement de 55'000'000 francs permettant un cautionnement simple pour l'Hôpital neuchâtelois nécessaire à ses investissements ;
- Décret portant octroi d'un crédit d'engagement de 240'000'000 francs permettant un cautionnement simple pour l'Hôpital neuchâtelois nécessaire à ses investissements futurs ;
- Décret portant approbation de la réorganisation spatiale de l'Hôpital neuchâtelois (Établissement hospitalier multisite cantonal) ;
- Décret soumettant au vote du peuple :
 - a) l'initiative législative populaire cantonale intitulée «Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires»,
 - b) le contre-projet du Grand Conseil sous forme d'un décret portant approbation de la réorganisation spatiale de l'Hôpital neuchâtelois (Établissement hospitalier multisite cantonal).

Ce dernier décret est expliqué plus en détail dans les chapitres suivants.

2.2. Initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires »

L'initiative législative populaire cantonale «Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires» (ci-après initiative H+H) est déposée le 9 septembre 2016. Son texte est le suivant :

« Le canton de Neuchâtel assure la présence d'un site hospitalier de soins aigus, associé à un CTR, dans chacune des deux agglomérations du canton (Littoral et Montagnes). Chacun des sites est autonome d'un point de vue financier, décisionnel (direction et Conseil d'administration) et stratégique (ouverture régionale). Ces hôpitaux travaillent en synergie, mais comprennent au minimum: des urgences médicochirurgicales 24h/24, un service de médecine avec soins intensifs (ou au minimum soins continus), un service de chirurgie, des blocs opératoires ouverts 24h/24 et une équipe d'anesthésie disponible en permanence. L'État veille à ce que chaque établissement dispose de moyens financiers suffisants permettant de maintenir un budget équilibré. »

Le Grand Conseil rejette cette initiative lors de sa session du 2 novembre 2016 et la soumet en votation populaire. Il accepte, en outre, la proposition du Conseil d'État d'y opposer, comme contre-projet, le décret portant approbation de la réorganisation spatiale de l'Hôpital neuchâtelois (« HNE-Demain », voir chapitre 2.1). Le Grand Conseil recommande au peuple le rejet de l'initiative et l'adoption du contre-projet.

2.3. Votation populaire du 12 février 2017

À l'issue d'une campagne extrêmement sensible, le peuple neuchâtelois accepte les deux textes soumis à sa décision, soit à la fois l'initiative H+H et le contre-projet des autorités cantonales HNE-Demain. À la question subsidiaire permettant de départager les deux propositions, il préfère l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires » au contre-projet « HNE-Demain » à une courte majorité, par 30'122 voix (48,22%) contre 28'857 voix (46,20%).

Le Conseil d'administration de l'HNE in corpore démissionne dans le prolongement de cette votation, estimant ne pas être à même de conduire des réformes qui vont dans un sens contraire à celui qu'il défend.

2.4. Mise en œuvre de l'initiative H+H

Le texte de l'initiative étant formulé en termes généraux et sa philosophie étant différente de l'existant, la mise en œuvre de l'initiative doit être réfléchie et précisée dans des textes législatifs. Ainsi, rapidement après la votation, le Conseil d'État annonce la manière dont il entend conduire les travaux. Il distingue, en particulier, la gestion courante de l'HNE des réflexions sur la mise en œuvre de l'initiative. Pour la gestion courante, il nomme un Conseil d'administration de transition jusqu'en août 2018, composé de quatre des sept membres du Conseil d'administration démissionnaire, estimant qu'ils connaissent l'institution et qu'ils apportent une sécurité à son fonctionnement durant une période marquée par l'incertitude. Pour la mise en œuvre de l'initiative, il nomme un groupe de travail chargé de proposer des pistes concrètes (voir chapitre 3).

Le Conseil d'État relève en outre que, suite à la décision populaire, les décrets suivants sont devenus sans objet et ont, de facto, été annulés :

- Décret portant approbation de la réorganisation spatiale de l'Hôpital neuchâtelois (Établissement hospitalier multisite cantonal) ;
- Décret portant octroi d'un crédit d'engagement de 240'000'000 francs permettant un cautionnement simple pour l'Hôpital neuchâtelois nécessaire à ses investissements futurs, qui était lié au décret ci-dessus.

Le 15 février 2017, il promulgue les actes législatifs suivants considérant qu'ils ne sont pas remis en question par la votation du 12 février 2017 :

- Loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE) ;
- Décrets relatifs aux cautionnements de 57, respectivement de 55 millions de francs.

Il reporte la promulgation du décret relatif à l'assainissement du bilan et à la reprise des bâtiments de l'HNE (voir chapitre 10) considérant que le cadre dans lequel il a été décidé a considérablement changé et que sa promulgation nécessite des analyses complémentaires.

Il précise enfin que les décrets des 24 avril 2012, 26 mars 2013 et 3 novembre 2015, relatifs aux options stratégiques de l'HNE, restent en vigueur durant la phase transitoire et qu'ils constituent un cadre de travail pour l'HNE. Ces options stratégiques sont résumées dans l'annexe 6 du rapport du GT H+H (annexe 1) et traitées au chapitre 4.2.2.

2.4.1. Groupe de travail H+H

Le Conseil d'État, convaincu que des décisions rapides constituent un impératif non seulement pour honorer le vote populaire, mais également de façon à offrir des perspectives enfin éclaircies aux collaboratrices et collaborateurs, nomme le 19 avril 2017 un groupe de travail (GT H+H) chargé de faire des propositions pour la mise en œuvre de l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ».

Présidé par le Professeur Olivier Guillod, directeur de l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel, et avec pour vice-président le Professeur Daniel Fritschy, sa composition est la suivante :

Président

Professeur Olivier Guillod

Vice-président

Professeur Daniel Fritschy

Membre

Madame Katia Babey
Monsieur Dominique Bünzli
Monsieur François Cuche
Monsieur Walter Gusmini
Monsieur Gregory Jaquet
Monsieur Armin Kapetanovic
Monsieur Jean-Emmanuel Lalive
Monsieur Frédéric Mairy
Monsieur Thierry Michel
Monsieur Miguel Perez
Monsieur Philippe Rouault
Monsieur Claude-André Moser

Membre suppléant

Monsieur Souhaïl Latrèche
Monsieur Joël Rilliot
Monsieur Cédric Cuanillon
Monsieur Reza Kehtari
Monsieur Yanick Bussy
Monsieur Nathan Erard
Monsieur Hugues Chantraine
Madame Josette Schaer
Monsieur Christian Mermet
Monsieur Cédric Dupraz
Monsieur Gérard Pulfer
Monsieur Patrick Hermann

Représentée lors des trois premières séances, la ville de Neuchâtel a finalement décidé de ne plus participer au GT H+H.

Les membres du groupe bénéficient des informations et du soutien du service de la santé publique (SCSP), du service juridique de l'Etat de Neuchâtel (SJEN) et de l'Hôpital neuchâtelois (HNE), dont les représentants participent aux séances du GT, mais sans droit de vote. Des intervenants externes alimentent également les réflexions.

Le Conseil d'État confie mandat au GT de répondre aux questions suivantes :

- modèle institutionnel : hôpitaux publics ou privés, taille des hôpitaux, nombre de sites de réadaptation, devenir des soins palliatifs ;
- modèle de gouvernance : principes décisionnels et financiers, compétences au sein des futurs organes dirigeants ;
- validation des principes de répartition des missions hospitalières ;
- implication des autres acteurs ;

- positionnement sur l’initiative « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises » ;
- positionnement sur la reprise par l’État des bâtiments des sites de Couvet, de La Béroche et de la rue Sophie-Mairet 29 (ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds).

Le Conseil d’État fixe en outre les contraintes suivantes au GT :

- la subvention cantonale annuelle attribuée aux hôpitaux neuchâtelois au titre de prestations d’intérêt général (PIG) devra être justifiée sur la base d’une liste de prestations identifiées et validées par le Conseil d’État ;
- le montant dévolu aux investissements nécessaires à la mise en œuvre de l’initiative devra être justifié par la sécurité, l’efficacité et la compétitivité ainsi que par le volume de prestations maintenues ou développées dans le canton ;
- l’octroi de missions est soumis aux conditions de la liste hospitalière : le Conseil d’État restera ferme sur ces exigences ;
- l’exploitation de trois polycliniques sises sur le Littoral, dans les Montagnes et au Val-de-Travers, comme portes d’entrée dans le système hospitalier, reste a priori un objectif du projet d’organisation.

Le rapport final du GT a été transmis au Conseil d’État le 3 octobre 2017 et est présenté en annexe (annexe 1). Le mandat complet du GT y est décrit.

Après une première communication sur ses intentions découlant de ce rapport, le Conseil d’État soumet aujourd’hui son appréciation et ses propositions de décisions relatives à la mise en œuvre de l’initiative H+H. C’est l’objet du présent rapport.

3. RAPPORT DU GT H+H

Le GT H+H présente vingt-quatre propositions devant permettre la mise en œuvre de l’initiative. Ces propositions, ainsi que le cadre de travail et les principes ayant présidé aux réflexions du GT, sont présentées ci-dessous. Pour le détail, il est renvoyé au rapport du GT présenté à l’annexe 1.

3.1. Cadre des travaux et principes du GT H+H

Le GT précise que ses réflexions s’inscrivent dans un cadre donné, sur lequel il n’a pas d’influence, à savoir le contexte sanitaire et le cadre fédéral.

3.1.1. Contexte sanitaire

Pour le GT, la mise en place de l’initiative devra pouvoir répondre aux défis sanitaires actuels et à ceux de demain qui imposent de revoir les modes de prise en charge et de penser différemment le système :

- évolutions épidémiologiques et démographiques : vieillissement de la population et augmentation de la prévalence des affections chroniques ;
- progrès technologiques ;

- spécialisation accrue en médecine et augmentation des standards de qualité ;
- pénurie de personnel médico-soignant ;
- importance du réseau pluridisciplinaire ;
- fortes pressions financières sur les hôpitaux visant à limiter l'augmentation constante des coûts.

Il est relevé que ces éléments rejoignent ceux mis en évidence par le Conseil d'État dans son projet HNE-Demain.

3.1.2. Cadre fédéral

Les hôpitaux suisses sont soumis à des contraintes définies sur le plan national. Il s'agit, en particulier, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et les impacts de sa réforme de 2012 :

- **Financement hospitalier** : financement des prestations et non des institutions. Un nouveau mode de financement de la réadaptation entrera prochainement (2020-2022) en vigueur et devrait avoir des conséquences importantes sur l'organisation hospitalière. Des critères d'admission stricts par filière devront être respectés pour pouvoir prétendre au remboursement des prestations ;
- **Libre choix de l'hôpital** : accès à l'ensemble des hôpitaux publics et cliniques privées pour les patients. Pour autant que ces établissements soient inscrits sur une liste hospitalière, la participation financière de l'État et des assureurs-maladie est assurée ;
- **Planification hospitalière** : de compétence cantonale ; des règles et des critères sont cependant fixés au niveau national.

De plus, des critères de reconnaissance sont définis au niveau national par les sociétés savantes et la FMH :

- critères de reconnaissance comme centre de compétences (par exemple : centre du sein) ;
- critères de reconnaissance comme centre de formation.

3.1.3. Principes

Le GT s'est accordé sur les quelques principes ayant guidé ses réflexions et a invité le Conseil d'État à les reprendre à son compte. Il s'agit, en particulier, de principes liés à l'accès aux soins, à la sécurité sanitaire, à la qualité, à la formation, à la disponibilité des prestations, au contrôle des coûts et à l'attractivité.

3.2. Propositions du GT H+H

Les propositions du GT s'inscrivent dans une nouvelle vision de l'organisation et de la gouvernance hospitalières, impliquant l'octroi d'une plus grande autonomie, mais aussi d'une plus forte responsabilité – notamment financière – aux hôpitaux. La création de sociétés anonymes, qui est une mesure phare proposée par le GT, va dans ce sens.

Les vingt-quatre propositions faites par le GT soutiennent cette vision générale et sont résumées dans ce chapitre. Pour les détails, il est renvoyé au rapport du GT présenté en Annexe 1.

3.2.1. *Modèle institutionnel*

Le GT est attaché à la mise en place d'hôpitaux publics, collaborant entre eux et avec d'autres partenaires. Une réflexion devra être menée pour permettre à chaque entité d'être pérenne, tout en se souciant des coûts et des besoins de santé publique. C'est dans ce sens qu'il fait les propositions suivantes :

N°	Résumé	Complément
1	Mise en place d'hôpitaux publics collaborant avec le privé	Collaboration des hôpitaux publics entre eux et ouverture aux coopérations intra et extracantonales
2	Création de deux hôpitaux de soins aigus d'une taille suffisante pour assurer leur pérennité	
6	Maintien de trois policliniques comme portes d'entrée du système hospitalier	À La Chaux-de-Fonds, à Neuchâtel et à Couvet. Maintien de prestations de proximité
7	Rattachement de la policlinique du Val-de-Travers au site de soins aigus du Littoral	
8	Maintien de l'activité de réadaptation sur les deux sites actuels du Locle et de Landeyeux sous une gouvernance unique	Charge à la nouvelle entité gérant la réadaptation de prendre les décisions nécessaires pour répondre à l'évolution du secteur de la réadaptation
9	Rattachement des soins palliatifs laissé ouvert	
10	Exploitation de services transversaux à recommander dès qu'elle se justifie par des gains économiques, organisationnels ou de santé publique	
11	Maintien de l'affiliation à prévoyance.ne	
12	Assainissement de la dette actuelle de l'HNE	

3.2.2. *Modèle de gouvernance*

Le GT souhaite un changement dans la gouvernance des hôpitaux pour leur permettre une plus grande autonomie. Il estime ainsi que le politique doit se distancier de la gestion hospitalière. Les propositions qu'il fait s'inscrivent dans cette perspective et sont résumées ci-dessous :

N°	Résumé	Complément
13	Mise en place d'entités de type « sociétés anonymes d'utilité publique »	Modèle permettant une plus grande souplesse d'organisation, une forte réactivité sur un marché hospitalier concurrentiel, une large autonomie décisionnelle et, en même temps, une plus grande responsabilité financière

14	Loi d'organisation allégée faisant référence au Code des obligations	
15	Conseils d'administration (CA) nommés par le Conseil d'État	Priorité aux compétences métier, représentation régionale souhaitée. CA de l'hôpital de réadaptation comprenant des représentants des deux hôpitaux de soins aigus
16	Directions générales nommées par les CA	
17	Nouvelle répartition des compétences entre le Grand Conseil et le Conseil d'État	Concentrer en mains du Conseil d'État la compétence de planification hospitalière, la stratégie du propriétaire et l'actionnariat dans les hôpitaux. Grand Conseil : compétences législatives
18	Implication financière des communes à discuter dans un cadre bilatéral communes – Conseil d'État	
19	Pas de participation financière des acteurs privés dans les SA d'utilité publique	

3.2.3. Répartition des missions hospitalières

Le GT a pris la mesure de la complexité d'un processus de répartition des missions qui demande de prendre en considération une foule de paramètres à la fois médicaux, organisationnels, techniques, administratifs et financiers. Il souligne l'importance que les deux hôpitaux de soins aigus du Littoral et des Montagnes puissent conserver les missions existantes qui leur ont été dévolues et qui fonctionnent à satisfaction.

Après de longues discussions sur le sujet, le GT a pu mettre en avant les propositions suivantes :

N°	Résumé	Complément
2	Répartition 40/60 des prestations stationnaires (Hôpital des Montagnes/Hôpital du Littoral).	
20	Respect du texte de l'initiative en tête des principes de répartition des missions de soins aigus	
21	Validation des principes de répartition des missions hospitalières	<ol style="list-style-type: none"> 1) respect des exigences de la liste hospitalière 2) respect des critères économiques, financiers et de sécurité sanitaire 3) prise en compte des critères de reconnaissance comme centre de formation 4) prise en compte des critères de reconnaissance comme centre de compétence

3.2.4. Initiative maternité

Le GT n'a pas réussi à trouver un consensus sur la question du maintien du centre femme-mère-enfant existant actuellement sur le site de Pourtalès ou de l'éclatement de celui-ci en deux maternités comme le demande l'initiative « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises ». Il a toutefois réussi à s'accorder sur les points suivants :

- il accepte que l'actuel site unique du centre femme-mère-enfant à Pourtalès subsiste durant la période transitoire ;
- il se montre favorable à ce que cette question soit discutée, si possible en priorité, par les futurs organes des deux hôpitaux à créer ;
- il note que cette initiative n'a plus de réelle signification si le GT retient l'idée que les missions femme-mère-enfant devront être décidées par les futurs organes dirigeants des deux hôpitaux. En effet, ce principe entrerait en contradiction avec l'option de confier la décision au peuple en le faisant voter sur l'initiative.

3.2.5. Bâtiments

S'agissant des bâtiments, le GT fait les propositions suivantes :

N°	Résumé	Complément
3	Poursuite de l'exploitation des sites actuels de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès pour les soins aigus	Charge aux futurs dirigeants de déterminer les travaux à réaliser et d'en trouver les sources de financement
8	Poursuite de l'exploitation des sites du Locle et de Landeyeux pour la réadaptation	Maintien des deux sites au moins pour les dix ans à venir
4	Reprise par l'État des bâtiments de Couvet et de La Béroche	
5	Reprise par l'État du bâtiment de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds	

3.2.6. Phase transitoire et suite des travaux

Le GT souligne avoir pris connaissance du processus complexe à mettre en place pour parvenir à la séparation de l'HNE en trois entités. Il souhaite que la période de transition soit la plus courte possible et que soient données des chances égales de développement à toutes les institutions à créer. Il propose dès lors ce qui suit :

N°	Résumé	Complément
22	Période de transition la plus courte possible	
23	Création de deux groupes de travail et engagement d'un chef de projet	Groupes de travail liés aux futurs hôpitaux de soins aigus à créer et représentation des futurs organes dirigeants dans les groupes de travail
24	Dissolution du GT H+H	

4. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT

Le Conseil d'État a pris connaissance du rapport du GT H+H et est aujourd'hui en mesure de faire des propositions concrètes de mise en œuvre de l'initiative H+H. Il constate qu'au gré de ses vingt-quatre propositions, le GT H+H dessine des orientations générales utiles pour la mise en œuvre, sans toutefois analyser les conséquences essentielles de l'organisation envisagée (capacités de recrutement, de formation et de certification ainsi qu'impacts financiers). Les propositions du Conseil d'État tiennent compte ou mettent en évidence, dans toute la mesure du possible, les conséquences possibles des mesures proposées par le GT H+H, mais non évaluées par ce dernier (voir chapitres 4.1 et 8).

4.1. Appréciation concernant les propositions du GT H+H

Le Conseil d'État rejoint le GT H+H sur le concept général proposé. Il considère également que la mise en œuvre de l'initiative doit passer par l'octroi aux hôpitaux d'une plus grande autonomie, mais également d'une plus grande responsabilité, permettant ainsi de mieux s'adapter aux contraintes fédérales et cantonales.

Une séparation adéquate des rôles doit être réalisée entre l'autorité politique - compétente en matière de planification hospitalière, de financement, de surveillance et, dans une certaine mesure, de fixation tarifaire - et les directions hospitalières qui postulent pour obtenir des mandats hospitaliers, négocient des tarifs et définissent une stratégie. L'expérience de ces dernières années - durant lesquelles le politique et l'opérationnel se sont entremêlés - a démontré toutes les difficultés qu'une telle situation peut engendrer. Trop contraints par les préoccupations politiques, les hôpitaux neuchâtelois n'ont pas suffisamment réussi à s'adapter aux nouvelles règles fédérales et aux changements du système de santé.

Par souci de cohérence avec le chapitre 3, l'appréciation du Conseil d'État concernant les propositions du GT est découpée par thématiques et présentée dans les sous-chapitres suivants. Afin de simplifier la lecture et permettre une vision rapide de cette appréciation, un tableau récapitulatif et synthétique est présenté en début de chaque sous-chapitre. Le lien y est fait avec les propositions principales du GT H+H et il y est indiqué si le Conseil d'État suit ou non les différentes propositions. Un argumentaire plus complet est présenté dans le prolongement de chaque tableau.

4.1.1. Appréciation concernant le modèle institutionnel

Thème	Propositions GT H+H N°	Suivi par le Conseil d'Etat des propositions du GT	Propositions du Conseil d'État
Soins aigus	2	Oui	Création de deux structures autonomes de soins aigus, dans le respect du texte de l'initiative
Réadaptation	8	En partie	Gouvernance unique, séparée de celle des hôpitaux de soins aigus ; liberté aux futurs organes dirigeants de définir leur organisation
Soins palliatifs	9	-	Rattachement à la structure de réadaptation

Policliniques	6,7	Oui	Maintien des trois policliniques de Neuchâtel, de La Chaux-de-Fonds et de Couvet, rattachement de cette dernière à l'Hôpital du Littoral
Types d'hôpitaux	1, 11	Oui	Hôpitaux publics
Collaborations	1	Oui	Collaborations à privilégier, notamment entre hôpitaux, y compris privés et les entités extra-cantoniales

Soins aigus

La création de deux hôpitaux de soins aigus autonomes relevant du texte même de l'initiative, les discussions devront porter sur la répartition des missions et la pérennité des structures (voir chapitre 4.1.3).

Réadaptation

Le Conseil d'État est convaincu de l'importance de la réadaptation, discipline appelée à se développer avec le vieillissement de la population et les contraintes posées sur les soins aigus, même si les prises en charge ambulatoires vont également se développer dans ce domaine. Des changements importants surviendront avec l'entrée en vigueur en 2020 (initialement prévue pour 2018) du nouveau système de financement de la réadaptation (ST-Reha), à l'image de ce qui s'est fait en 2012 avec l'introduction des SwissDRG pour les soins aigus. Ce changement imposera une organisation en filières de soins, avec des critères de qualité à respecter pour prétendre aux remboursements de ces prestations. Il est dès lors important de conserver groupée, sous une gouvernance unique, cette activité pour lui donner la possibilité d'exploiter au mieux les compétences et les infrastructures nécessaires. Ce constat rejoint celui du GT H+H.

Le Conseil d'État, dans le cadre du projet HNE-Demain, avait proposé de développer un centre de compétence cantonal pour la réadaptation, à même de rayonner à l'intérieur comme à l'extérieur du canton. La proposition du GT H+H s'inscrit dans ces réflexions. Il note également l'importance de disposer d'une entité cantonale neutre.

En marge de cette proposition, le GT H+H pose cependant une condition sur les bâtiments et souhaite que les deux sites actuels soient maintenus pour la décennie à venir. Cette proposition soulève des questions de viabilité et constitue une contrainte forte pour la future entité de réadaptation. En la contraignant sur deux sites, on ne peut pas s'assurer qu'elle puisse répondre aux futurs critères de reconnaissance pour ST-Reha, être attractive pour le personnel spécialisé et viable sur le plan financier. En outre, une telle contrainte contrevient au principe d'autonomie des hôpitaux voulu par le GT. Le Conseil d'État souhaite que les organes dirigeants de la future société anonyme de réadaptation puissent avoir la latitude pour s'organiser également du point de vue des infrastructures.

Sur ce point, il s'écarte donc de la proposition du GT dans la mesure où il n'entend pas contraindre le maintien de l'activité de réadaptation sur les deux sites pour dix ans. Il reviendra aux futurs organes dirigeants de déterminer la meilleure organisation, que ce soit sur un ou deux sites – existant-s ou à construire - et ceci dans quelque région du canton que ce soit. Le Conseil d'État relève que, dans tous les cas, le temps de mise en place des nouveaux organes dirigeants, puis celui de la réflexion nécessaire à ceux-ci et enfin le temps de mise en œuvre d'une éventuelle nouvelle solution d'organisation

immobilière prendront plusieurs années, de sorte qu'il paraît inutile d'imposer des contraintes temporelles supplémentaires.

Soins palliatifs

Le Conseil d'État prend note que le GT H+H laisse ouvert le rattachement institutionnel des soins palliatifs et qu'il n'a pas trouvé de consensus à ce sujet.

Pour sa part, il relève l'importance des soins palliatifs de qualité et, notamment, celle de disposer d'une unité spécialisée dans le canton. Celle-ci s'inscrit dans le cadre de la stratégie BEJUNE en soins palliatifs et dessert également les Cantons de Berne et du Jura. Le Conseil d'État souhaite que l'entité proposant des soins palliatifs puisse continuer à servir l'ensemble de la population du canton et celle de ses partenaires BEJU, sans distinction. Une attention particulière devra également être portée aux soins palliatifs généraux, déjà actuellement intégrés aux soins aigus, afin d'améliorer l'identification précoce des personnes qui en ont le besoin.

Le GT a soulevé que, comme pour la réadaptation, rattacher cette mission à l'une des structures de soins aigus pourrait faire courir le risque de voir des patients d'une région bénéficier d'un accès différencié aux prestations de soins palliatifs. En ce sens, il paraît préférable au Conseil d'État, à ce stade, d'imaginer un rattachement de cette mission, en termes de gouvernance, à l'institution qui sera chargée de la réadaptation. Il considère que cette mission devra être discutée entre les futurs organes dirigeants, comme n'importe quelle prestation et devra être également analysée en termes financiers pour assurer sa pérennité. Dans cette perspective et tenant compte des contraintes liées au site actuel de La Chrysalide (voir chapitre 4.1.5) et des nouvelles règles de tarification, la localisation géographique de cette mission devra être réévaluée.

Policliniques

Le Conseil d'État rappelle l'importance des policliniques dans le système de santé de demain. En complémentarité aux acteurs privés, tant médecins installés que cliniques, elles doivent permettre de répondre aux besoins de soins ambulatoires de proximité pour la population vieillissante et aux besoins croissants des patients. Pour ces différentes raisons, le maintien des trois policliniques de Neuchâtel, de La Chaux-de-Fonds et de Couvet était une condition-cadre posée au GT H+H dans son mandat.

Le Conseil d'État se réjouit que le GT se rallie à cet avis. Il se pose cependant la question des prestations qui pourront réellement y être proposées, dépendant des souhaits des organes dirigeants et des capacités de recrutement de chaque hôpital. Les établissements de soins aigus devront veiller à une bonne collaboration pour répondre à ces préoccupations.

À ce sujet, le rattachement de la policlinique de Couvet à l'Hôpital du Littoral paraît également cohérent. Il serait en effet difficile et contre-productif d'autonomiser cette policlinique. Son rattachement à l'Hôpital des Montagnes serait possible, mais se heurterait à de plus grands obstacles géographiques. Le Conseil d'État se rallie donc à la proposition du GT.

Types d'hôpitaux

Le Conseil d'État suit l'avis du GT H+H lorsqu'il propose que les trois entités à créer soient des « entités publiques ». Il s'agit par là non seulement de garantir un service public adéquat à la population neuchâteloise, mais également d'éviter des coûts importants.

En effet, le Conseil d'État est attaché au maintien d'un service public adéquat, à même de répondre aux besoins de proximité de la population, en complémentarité des autres partenaires. L'évolution démographique et épidémiologique rendra ce service d'autant plus important.

En outre, des conséquences financières majeures seraient à prévoir si une des trois entités devait sortir de prévoyance.ne. Actuellement, un découvert de 230 millions de francs est rattaché à l'HNE et la part relative devrait être payée si une partie du personnel quittait prévoyance.ne. Cette part dépend des actifs en question, mais également des pensionnés qui devront obligatoirement être rattachés à une des nouvelles entités. Il n'est théoriquement pas possible de faire une simple règle de trois pour déterminer précisément le montant par rapport aux 230 millions de francs, mais une telle approche peut donner une estimation très grossière des conséquences financières (par exemple : 30% de personnel licencié correspond à 69 millions de francs à payer par l'HNE).

Par ailleurs, en cas de vente, il apparaît difficilement envisageable d'imposer à une institution, acheteuse potentielle, le maintien de l'affiliation des employés repris à prévoyance.ne. En effet, il est difficile d'avoir des collaborateurs d'une même institution affiliés à des caisses de pensions différentes. Les conditions forcément différentes entre les employés seraient susceptibles de conduire à des recours. De plus, le paiement de la part relative du découvert peut être assumé soit par l'ancien employeur (HNE) soit par le repreneur. Il semble cependant difficile, dans ce dernier cas, de négocier ceci avec le futur éventuel repreneur.

Enfin, en cas de départ d'un volume important d'actifs, une liquidation partielle de la caisse serait à prévoir.

Or, si les nouvelles entités restent affiliées à prévoyance.ne, aucun coût n'est à prévoir pour l'HNE en lien avec ce sujet. Cela permet également de réduire les champs de concurrence possibles entre les établissements. Ces arguments plaident donc largement en faveur de la position retenue par le Conseil d'État.

Collaborations

Le Conseil d'État appuie le souhait du GT de développer des collaborations intra- comme extra-cantoniales. Les futures entités devront non seulement être complémentaires entre elles - par exemple par l'exploitation de services transversaux (voir chapitre 4.1.3) -, mais également avec les autres partenaires du système hospitalier et du système de santé. De telles collaborations seront clairement indispensables pour assurer un niveau satisfaisant de qualité et de sécurité, voire même l'existence de certaines prestations.

À l'intérieur du canton, il appartiendra aux futurs organes dirigeants d'assurer notamment une bonne collaboration avec le secteur privé, dans une préoccupation de privilégier l'utilisation des ressources existantes, d'éviter de créer des doublons ou des surcapacités et d'assurer les tailles critiques requises. Par privé, le Conseil d'État comprend un terme large intégrant les cliniques privées et également les médecins de ville.

Les collaborations avec les hôpitaux hors canton devront, en outre, être maintenues, voire développées.

4.1.2. *Appréciation concernant le modèle de gouvernance*

Thème	Propositions GT H+H n°	Suivi par le Conseil d'Etat des propositions du GT	Propositions du Conseil d'Etat
Forme juridique	13, 14, 17	Oui	Sociétés anonymes de service public
Participation d'autres acteurs	18, 19	Oui	État comme seul actionnaire, du moins dans un premier temps
Organes dirigeants	15, 16	Oui	Nomination des CA par le Conseil d'Etat

Forme juridique

Le Conseil d'Etat reprend la proposition du GT de retenir la forme de la société anonyme (SA) comme modèle de gouvernance hospitalier.

S'il n'existe formellement pas de grandes différences entre un établissement de droit public et des SA de service public, cette proposition questionne le rôle du politique et la prise de distance nécessaire avec la gestion opérationnelle des hôpitaux. Retenir une forme juridique différente de celle que nous connaissons aujourd'hui pour l'HNE imposera certainement cette prise de conscience du politique et apparaît comme inéluctable après dix ans de conflits sur le dossier hospitalier et l'enlisement qu'a connu celui-ci.

De plus, depuis 2012, le cadre fédéral vise à créer une concurrence entre hôpitaux. C'est une réalité en Suisse comme à Neuchâtel, ce d'autant plus depuis l'arrivée du groupe Swiss Medical Network (SMN) dans le canton en 2013 et son développement en 2015. Dans ce contexte, la création de sociétés anonymes devrait permettre de donner aux hôpitaux neuchâtelois publics les mêmes conditions (ou presque si l'on considère l'astreinte complète aux marchés publics), notamment en termes de réactivité, qu'aux cliniques privées ou aux hôpitaux extra-cantonaux. Il est courant en Suisse alémanique que les entités hospitalières revêtent la forme juridique de la société anonyme. Pour exemple, les hôpitaux bernois ont effectué une mue similaire il y a près de vingt ans¹.

Si cette forme juridique donnera certes plus d'autonomie aux hôpitaux, elle impliquera également une plus grande responsabilité de la part des organes dirigeants, notamment financière. Elle devrait permettre d'amener une nouvelle culture d'entreprise, avec un souci réel et permanent de la rentabilité des prestations, souci indispensable dans une période de forte pression financière comme la connaît notre canton. Le Conseil d'Etat rappelle en effet les contraintes imposées par le Code des obligations (CO) s'agissant du surendettement (art. 725 CO²). L'application de ces règles à la situation de l'HNE avant assainissement mettrait ce dernier dans une situation de faillite.

Participation d'autres acteurs

Le GT H+H a souhaité que les discussions concernant la participation financière des communes aient lieu dans un autre cadre. Par ailleurs, il n'est pas entré en matière sur la

¹ A noter que les hôpitaux bernois réalisent aujourd'hui pour la plupart du bénéfice.

² Extrait de l'art. 725 CO : S'il ressort du dernier bilan annuel que les actifs, après déduction des dettes, ne couvrent plus la moitié de la somme du capital-actions, de la réserve légale issue du capital et de la réserve légale issue du bénéfice, le conseil d'administration convoque immédiatement une assemblée générale et lui propose des mesures d'assainissement.

participation financière d'acteurs privés, considérant que les collaborations devaient intervenir entre acteurs plutôt que par la mixité des entités.

Le Conseil d'État suit cette proposition du GT et propose que, dans un premier temps, l'État soit seul actionnaire des SA, avec l'objectif de concrétiser l'initiative rapidement en réduisant les procédures au plus simple et au plus rapide. Les SA auront cependant toute latitude de conclure des partenariats pour l'une ou l'autre prestation avec les partenaires de leur choix.

À terme, le Conseil d'État n'exclut cependant pas d'ouvrir le capital à d'autres acteurs, en l'occurrence aux communes.

Organes dirigeants

Si l'État est propriétaire majoritaire des hôpitaux, il est cohérent en regard, notamment, des principes de bonne gouvernance, que ce soit le Conseil d'État qui nomme les conseils d'administration, soit en direct, soit par la voie de son ou ses représentant-s à l'assemblée générale. Il rejoint donc l'appréciation du GT sur ce sujet.

De même, le Conseil d'État valide bien évidemment l'importance des compétences pour nommer les administrateurs relevée par le GT. Il note néanmoins que le recrutement de personnes compétentes pour trois conseils d'administration pourrait constituer une difficulté dans un domaine aussi complexe que celui des hôpitaux.

4.1.3. Appréciation concernant la répartition des missions

Thème	Propositions GT H+H n°	Suivi par le Conseil d'Etat des propositions du GT	Propositions du Conseil d'État
Volume des prestations	2	Non	Tâches aux futurs organes dirigeants de décider des prestations maintenues ou développées et de démontrer leurs capacités à fournir les prestations souhaitées
Critères de répartition	20,21	Oui	Sous réserve des critères de qualité de la planification hospitalière
Services transversaux	10	Oui	Responsabilité de ces choix aux futurs organes dirigeants
Urgences	-	-	Maintien d'un SMUR cantonal

Volume des prestations

Le Conseil d'État prend note de la proposition du GT de répartir les missions de soins aigus à 40% pour l'Hôpital des Montagnes et à 60% pour celui du Littoral. Le GT ne précise cependant pas ce que doivent recouvrir ces parts : nombre de cas hospitaliers, nombre de cas ambulatoires, dotations en personnel, nombre de lits, etc.

De manière générale, et comme pour la question des bâtiments de la réadaptation (chapitre 4.1.1) et celui de l'initiative maternité (chapitre 4.1.4), cette position va à l'encontre du principe d'autonomie proposé par le GT pour les futures entités.

Sans analyse détaillée et considérant qu'il est prématuré à ce stade de la réaliser sans connaître la future répartition des missions, le Conseil d'État juge cette proposition peu

réaliste dans le secteur stationnaire. En effet, si ce ratio pourrait probablement s'appliquer à des prestations stationnaires dites « de base » - telles que la médecine interne et la chirurgie générale (prestations inscrites dans le texte de l'initiative) - ou aux prestations ambulatoires, auxquelles la répartition selon le nombre d'habitants pourrait s'appliquer, ce n'est en principe pas le cas pour les prestations spécialisées. En effet, une répartition des volumes 40/60 dans les domaines de prestations spécialisées n'est pas réaliste en raison des nécessités en termes de volumes qui limitent fortement la séparation de certaines activités en deux, sous peine d'en voir une partie abandonnée dans le canton. C'est notamment le cas des prestations liées au centre femme-mère-enfant (voir chapitre 9). De plus, les exigences fixées par la planification hospitalière depuis 2012 imposent certaines contraintes, en particulier des liens étroits entre des prestations spécialisées et les soins intensifs, desquels certaines prestations ne peuvent pas être dissociées pour des raisons de qualité (voir Annexe 2).

Au-delà de ces considérations techniques, le Conseil d'État rappelle également que la population est libre, selon la LAMal, de se faire soigner où elle le souhaite, également dans les établissements sis hors canton. Une répartition figée des volumes de prestations reviendrait ainsi à ne pas permettre à des organes - dont les responsabilités auront été accrues - de prendre les décisions tenant compte du comportement des patients.

Pour conclure, le Conseil d'État juge qu'il reviendra aux futurs organes dirigeants de définir les prestations offertes, de s'assurer de la pérennité de leur entité respective et de démontrer leur capacité à fournir les prestations souhaitées, selon les critères fixés par la planification hospitalière ou les sociétés médicales. Il n'imposera donc pas de limite arbitraire dans la répartition des prestations. En tant que propriétaire et garant de l'accès aux soins, il se réserve cependant le droit d'imposer une liste de prestations de proximité qui devront être disponibles dans chaque région.

Critères de répartition

Le GT a insisté sur l'importance du respect du texte de l'initiative, à placer en tête des principes qui devront guider la répartition des missions entre les deux hôpitaux de soins aigus. De plus, il a validé les critères proposés par le Conseil d'État, à savoir par ordre de priorité :

- respect des exigences de la liste hospitalière ;
- respect des critères économiques et financiers ;
- respect des critères de sécurité sanitaire ;
- prise en compte des critères de reconnaissance pour la certification comme centre de formation ;
- prise en compte des critères de reconnaissance pour la certification comme centre de compétence.

Le Conseil d'État prend note de ce souhait et de la hiérarchie proposée. Il affirme à nouveau sa volonté de mettre en œuvre l'initiative et rappelle, comme il l'a fait à de nombreuses reprises, qu'il ne transigera pas sur les critères de qualité et de sécurité, qui relèvent de sa première responsabilité et qui constituent sa principale préoccupation. En outre, il rappelle que le modèle de planification hospitalière est appliqué par plus de vingt autres cantons et qu'il ne dispose pas de la marge de manœuvre pour s'écarter des règles de cette planification, définies dans les lois et ordonnances fédérales ou des critères de reconnaissance des centres de formation ou de compétences. L'État de Neuchâtel ne dispose pas non plus des ressources nécessaires pour développer ses

propres critères médicaux de répartition des missions, comme l'ont fait certains grands cantons, raison pour laquelle il a tout intérêt à appliquer les recommandations établies au niveau intercantonal par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). En effet, tout écart par rapport à ces dernières fragilise, selon lui, la position des autorités en cas de recours d'un acteur, qu'il soit intra- ou extra-cantonal, dans la mesure où le Tribunal administratif fédéral retient en principe les recommandations de la CDS dans sa jurisprudence en matière de planification hospitalière.

Services transversaux

Le Conseil d'État juge que les grandes lignes définies par le GT sont cohérentes et soutient le principe de l'exploitation des services transversaux dès qu'elle se justifie par des gains économiques, organisationnels ou de santé publique. Les principes prônés par le GT d'autonomie et de responsabilité à accorder aux hôpitaux, ainsi que le travail de terrain que cette répartition implique, empêchent cependant de définir clairement à ce stade les services qui devront rester transversaux. La responsabilité de ces choix est celle des futurs organes dirigeants.

Les principes économiques plaideraient pour le maintien du maximum de services transversaux permettant de maintenir les économies d'échelle obtenues depuis la création de l'HNE. Pourtant, le Conseil d'État craint que la volonté des futures entités réponde plutôt à des préoccupations d'autonomie qui les pousseront à s'organiser individuellement sur la majorité des sujets. Ainsi, on peut imaginer que chaque établissement voudra disposer de compétences propres en matière de ressources humaines et de finances, deux domaines pouvant pourtant bénéficier des avantages de la transversalité. Ces choix auront pour conséquence l'augmentation des ressources humaines nécessaires et, partant, des coûts (voir chapitre 8.3). Le Conseil d'État n'entend toutefois pas reconnaître comme prestations d'intérêt général des éléments qui ne correspondent pas à de réelles prestations offertes à la population. Les futurs organes dirigeants auront ainsi naturellement à thématiser ces questions le moment venu.

L'État sera propriétaire des sociétés anonymes chargées d'exploiter les hôpitaux, mais une grande autonomie leur sera laissée. Ainsi, même si des orientations sont données pour favoriser les collaborations entre les hôpitaux à créer, il n'en demeure pas moins que la concurrence qui sévit dans le domaine hospitalier depuis 2012 constituera une réalité. Il s'agira d'en tenir compte dans le cadre du fonctionnement des hôpitaux.

Les contraintes que pourrait poser le Conseil d'État auront essentiellement trait à des questions de santé publique. L'exemple des urgences préhospitalières (voir chapitre 8.2), démontre en effet la nécessité de garder des services transversaux pour des raisons de santé publique. Il apparaît au Conseil d'État, avec cet exemple, que le maintien de prestations de qualité devra certainement passer par des services transversaux, tout particulièrement au niveau médical, ce qui relèvera d'un défi de taille pour deux structures en concurrence.

4.1.4. *Appréciation concernant l'initiative maternité*

Le Conseil d'État prend note du fait que le GT n'a pas réussi à trouver un consensus sur l'initiative « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises ». Ce point spécifique est repris et développé au chapitre 9.

4.1.5. *Appréciation concernant les bâtiments*

Le GT H+H s'étant prononcé en faveur de la reprise des bâtiments de La Béroche, de Couvet et de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds, le Conseil d'État va de l'avant sur ce sujet. Les détails sont donnés au chapitre 10.

4.1.6. *Appréciation concernant la phase transitoire et la suite des travaux*

Délais de mise en œuvre

Le Conseil d'État partage les inquiétudes du GT et souhaite également que la phase de transition soit la plus courte possible. Les travaux à mener sont cependant complexes et conséquents et l'approximation ne pourra pas y avoir sa place. En effet, les erreurs ne sont pas permises dans le domaine hospitalier qui se doit d'assurer des prestations de qualité 24 heures sur 24 et 365 jours par année, contrairement à d'autres secteurs. S'il souhaite aller rapidement de l'avant, le Conseil d'État relève toutefois que certains délais sont incompressibles, raison pour laquelle ce processus sera long et impliquera de nombreuses ressources, tant humaines que financières. Il devra notamment permettre d'appréhender plus précisément les éléments laissés aujourd'hui encore sans réponse.

Pour tenir compte de ces contraintes, le Conseil d'État présente ses propositions de mise en œuvre et les éléments financiers y relatifs dans les chapitres suivants (chapitres 5 et 7).

Assainissement des hôpitaux

Dans le projet HNE-demain, un décret portant octroi d'un crédit d'engagement extraordinaire de 200 millions de francs et validé par le Grand Conseil, permettait la reprise de la dette d'HNE par l'État en contrepartie d'une reprise de certains bâtiments appartenant à l'HNE et qu'il n'aurait plus exploités. Ce décret n'a toutefois pas été promulgué par le Conseil d'État qui estimait que le vote du 12 février 2017 remettait en question l'arrangement prévu, notamment du fait que certains bâtiments ne pourront pas être cédés à l'État par l'HNE dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative.

Néanmoins, la situation financière de l'HNE et la nécessité de permettre aux nouvelles SA de commencer leur activité sur des bases financières saines (respect du Code des obligations) imposeront un assainissement financier des hôpitaux publics. Le Conseil d'État en est conscient, raison pour laquelle il propose un mécanisme d'assainissement en lien avec le présent projet (voir chapitre 7.4), comme le propose le GT H+H, ce qui devrait permettre aux futurs hôpitaux de ne plus devoir recourir au cautionnement de l'État.

4.2. *Propositions du Conseil d'État*

La mise en œuvre de l'initiative avec les propositions du GT H+H sera longue et conséquente. C'est un changement important du système de santé neuchâtelois qui s'amorce. Si toutes les conséquences ne peuvent pas encore être clairement établies aujourd'hui, une partie est cependant présentée au chapitre 8. Certaines représentent des risques, tant en termes humains que financier, que s'agissant de la diminution attendue des prestations disponibles dans le canton.

Ces risques étaient pour l'essentiel connus lors du vote sur l'initiative « H+H » et le contre-projet « HNE-Demain » et c'est en toute connaissance de cause que la population neuchâteloise a donné mandat aux autorités, tant exécutives que législatives, de mettre

en œuvre l'initiative. Le Conseil d'État n'est pas en mesure de remettre en question ce mandat et il propose ici la solution la plus adaptée au contexte, qui consiste à suivre largement les propositions du GT H+H.

Il fait le constat que certaines options semblent incontournables pour des raisons politiques ou financières. Il s'agit en particulier, vu le texte de l'initiative et les résultats du GT H+H, de la séparation de l'HNE. De même, vu les conséquences financières présentées dans le chapitre 4.1.1, l'affiliation des futures entités à prévoyance ne semble incontournable, ce qui présuppose une prédominance des pouvoirs publics dans le capital-actions des futures entités. Ces contraintes, de même que certains aspects fiscaux, ont largement guidé ses choix.

Il est en outre relevé que les propositions qui sont faites dans les chapitres suivants doivent être comprises comme un « paquet global pour la mise en œuvre de l'initiative », paquet qui ne peut être pris en considération partiellement, sous peine de perturber la mise en œuvre de l'initiative et de prolonger l'instabilité du système sanitaire neuchâtelois, avec des conséquences bien plus graves que celles exposées dans le présent rapport.

Enfin, le Conseil d'État est bien conscient qu'en évoquant clairement les enjeux de la voie choisie, il s'expose à la critique selon laquelle il pourrait décourager le Grand Conseil de concrétiser l'initiative. Pour le gouvernement, il s'agit au contraire de faire prendre conscience à chacune et chacun des risques pour mieux les appréhender et les limiter au moment de mettre en œuvre l'initiative, mandat que l'on voit mal être remis en cause.

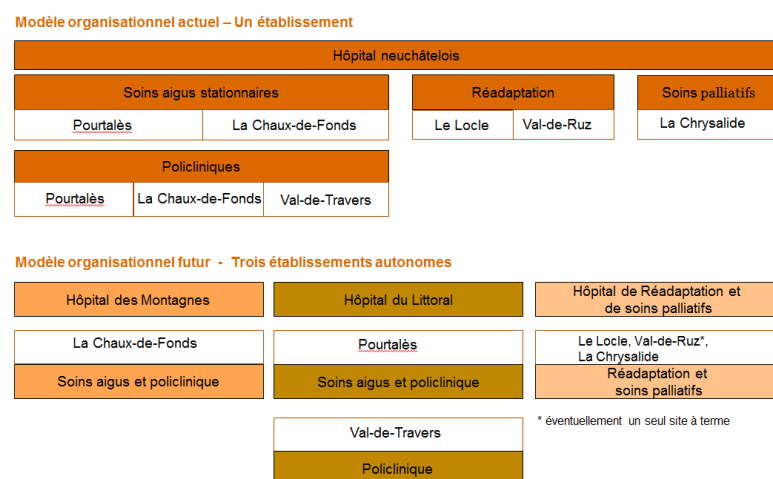
4.2.1. **Modèle organisationnel**

Sur la base de ce qui précède, le Conseil d'État propose au Grand Conseil la création de trois sociétés anonymes de service public, soit:

1. Hôpital des Montagnes : soins aigus stationnaires et policlinique des Montagnes ;
2. Hôpital du Littoral : soins aigus stationnaires et polycliniques du Littoral et du Val-de-Travers ;
3. Hôpital de réadaptation et de soins palliatifs.

Le changement de modèle organisationnel est schématisé dans la figure 2 qui démontre le passage d'un établissement à trois établissements. Cette figure présente également le passage d'une logique axée sur les prestations à une logique axée sur les régions.

Figure 2 : Modèles organisationnels actuel et futur



Si la proposition peut sembler simple, de prime abord, il s'agit en fait d'initier un processus complexe, chronophage, coûteux et même risqué dès lors qu'il captera l'attention des organes dirigeants et qu'il perturbera l'organisation d'institutions dont l'activité sensible et exigeante doit néanmoins se poursuivre au quotidien.

4.2.2. Phasage du projet

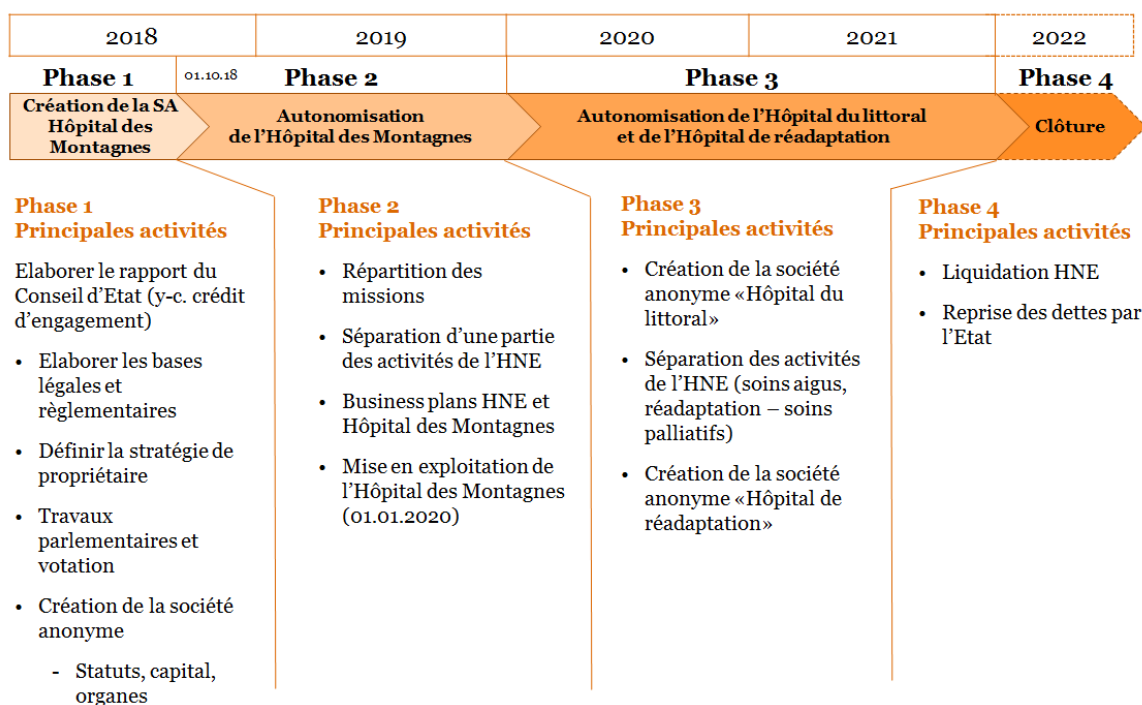
La mise en oeuvre complète de l'initiative prendra entre trois et cinq ans pour tenir compte de la complexité des travaux à mener et minimiser les risques qui y sont associés. Il faudrait donc, dans un processus normal, attendre ce délai avant de voir les premières réalisations concrètes.

Le Conseil d'État estime toutefois qu'un tel délai n'est pas compatible avec les exigences politiques de ce dossier et l'attente très forte que chacun-e ressent d'en voir rapidement les premières étapes de concrétisation, notamment le personnel de l'HNE. De plus, il lui paraît essentiel que les futurs organes dirigeants puissent prendre au plus vite part au processus. Il souhaite donc concrétiser dès que possible l'élément le plus significatif en proposant, dans un premier temps, de créer une société anonyme chargée d'exploiter un hôpital de soins aigus dans les Montagnes neuchâteloises.

Ce faisant, on évitera aussi de déstabiliser simultanément l'ensemble de l'édifice hospitalier cantonal et on limitera en conséquence les risques de voir le processus de transformation atteindre à la sécurité de prise en charge de la population.

Cela étant, pour atteindre le futur modèle organisationnel, le projet de séparation est découpé en quatre phases qui s'échelonnent a priori sur une période de quatre ans, du 1^{er} janvier 2018 à début 2022. La figure 3 ci-dessous illustre les quatre phases prévues du projet.

Figure 3 : Phases du projet de séparation de l'HNE



Ce calendrier, très ambitieux avec la mise en exploitation de l'Hôpital des Montagnes au 1^{er} janvier 2020, nécessite une première décision du Grand Conseil en juin 2018. À

défaut, l'ensemble du calendrier devra être reporté d'une année. En effet, pour des raisons comptables et fiscales, le début d'exploitation doit avoir lieu au 1^{er} janvier.

Phase 1 : Création d'une société anonyme « Hôpital des Montagnes »

Le Conseil d'État souhaite constituer rapidement la société anonyme chargée d'exploiter le futur Hôpital des Montagnes (HMN) et proposer les bases légales nécessaires. C'est l'objet principal du présent rapport. Cette première phase doit permettre de :

- constituer la base légale et réglementaire ainsi que la structure juridique nécessaires à la création de l'HMN ;
- effectuer la capitalisation de l'HMN ;
- clarifier le cadre stratégique de l'HNE ;
- nommer les organes dirigeants de l'HMN, leur permettant de participer activement à la séparation de l'HNE et à la constitution du nouvel hôpital. Ils disposeront ainsi de toute la légitimité nécessaire pour en assumer ensuite la gestion dans le cadre qu'ils auront contribué à définir.

Phase 2 : Autonomisation de l'Hôpital des Montagnes

À la fin de cette deuxième phase, la SA « Hôpital des Montagnes » fournira des prestations de soins aigus. Cette phase a donc pour objectif de préparer la séparation pour permettre à l'HMN d'entrer en exploitation et à l'HNE de poursuivre temporairement la sienne dans une voilure réduite.

Des travaux conséquents devront être engagés. Il s'agira, notamment, d'établir la répartition des missions, des personnels et des actifs, passifs et autres engagements entre les deux entités.

À noter que, jusqu'à la reprise des missions par l'HMN, l'HNE poursuivra son activité sur l'ensemble de ses sites et sera le garant des prestations offertes à la population. Suite au transfert d'activités au nouvel Hôpital des Montagnes, il continuera d'exploiter les sites de Pourtalès pour les soins aigus, ceux de Landeyeux et du Locle pour la réadaptation, celui de La Chrysalide pour les soins palliatifs et celui de Couvet pour la policlinique.

Cette évolution rend caduques les options stratégiques à horizon 2017 qui constituent aujourd'hui le cadre de travail de l'HNE, qui doit en être délié. Si l'HNE restera un établissement de droit public soumis à la LHNE, il convient de lui accorder la même liberté d'organisation stratégique qui sera donnée à l'HMN et de libérer des prestations qui relèveront de l'HMN. L'abrogation des décrets actuellement en vigueur concernant les options stratégiques à horizon 2017 est dès lors proposée.

Dans le présent rapport, le Conseil d'État sollicite notamment les crédits nécessaires à la réalisation de cette deuxième phase.

Phase 3 : Autonomisation de l'Hôpital du Littoral et de l'Hôpital de réadaptation et soins palliatifs

Dans cette troisième phase, il s'agira de sortir de l'HNE les activités de réadaptation et de soins palliatifs d'une part, et les activités de soins aigus d'autre part, pour les confier à deux nouvelles entités. Les tâches menées à la phase 2 seront alors reproduites pour ces deux nouveaux établissements. À la fin de cette phase, les trois institutions distinctes - constituées en SA - fourniront des prestations. La séparation des phases 2 et 3 permet notamment d'éviter d'alourdir et de ralentir le processus d'autonomisation de l'HMN, le

plus significatif. Il évite également de déstabiliser l'entier du système simultanément et limite ainsi les risques du processus de mise en œuvre.

Phase 4 : Clôture

Dans cette quatrième et dernière phase du projet, l'HNE sera liquidé et la dette reprise par l'État (voir chapitre 7.4).

5. MISE EN ŒUVRE

Les grandes lignes de la gestion de projet ont été posées au chapitre précédent. Il convient cependant de préciser les différentes phases du projet et d'explicitier les décisions attendues au terme de chacune d'elles.

L'administration cantonale n'a que rarement, voire peut-être jamais, dû effectuer une séparation d'entreprise, du moins pour une entité de cette taille et de cette complexité. Les compétences et l'expérience requises, ne serait-ce que pour imaginer les étapes à respecter et tâches à réaliser, n'y sont donc pas présentes. Dans ces conditions et au regard des délais très serrés qui s'imposaient, un mandat a été confié à une société externe bénéficiant de l'expérience (elle a notamment été engagée dans le processus d'autonomisation des hôpitaux psychiatriques bernois) et des compétences dans ce domaine. Il lui a été demandé de répertorier les tâches à effectuer pour la mise en œuvre des phases 1 et 2, ainsi que leur calendrier et les ressources humaines et financières nécessaires.

Il est à relever que, dans un cadre de projets standards, les études de faisabilité et d'opportunité précèdent la décision et la réalisation du projet. L'option politique ayant été prise par l'acceptation de l'initiative sans prise en considération de sa pertinence financière et juridique, la gestion de projet proposée ici se doit de contrevenir à ce principe, pour tenir compte du contexte politique. Il s'agit d'un autre risque important.

5.1. Phase 1

La phase 1 est l'objet principal du présent rapport et les décisions sur les sujets suivants sont attendues de la part du Grand Conseil pour permettre la poursuite du projet :

- bases légales et réglementaires pour la création de l'HMN ;
- crédit d'engagement pour la capitalisation de l'HMN, y compris le financement des frais de fonctionnement de l'HMN avant la mise en exploitation ;
- crédit d'engagement pour conduire et réaliser la phase 2 du projet ;
- clarification du cadre financier et stratégique de l'HNE (assainissement et abrogation des options stratégiques).

Comme déjà relevé, des décisions de la part du Grand Conseil sont attendues en juin 2018, sachant que tout retard pris à ce stade aura des répercussions sur la suite du projet, reportant notamment le début de l'exploitation de l'HMN de 2020 à 2021.

Le Conseil d'État devra compléter le cadre de travail de la phase 2 en rédigeant une stratégie de propriétaire et en nommant les membres des deux conseils d'administration, respectivement de l'HNE et de l'Hôpital des Montagnes neuchâtelaises, deux objets de

sa compétence. Ces décisions devront intervenir avant septembre 2018 pour permettre la poursuite du projet. Le calendrier de la phase 1 est présenté dans l'annexe 5.

Il est important de souligner, à ce stade, que le projet a été dessiné de manière à permettre au Grand Conseil de prendre toutes les décisions ou presque en une fois. Cette option permet de cadrer le projet dans son ensemble dès le début, d'en évaluer toutes les conséquences, d'éviter des revirements politiques en cours de projet et, surtout, de tenir le délai du premier volet de séparation au 1^{er} janvier 2020.

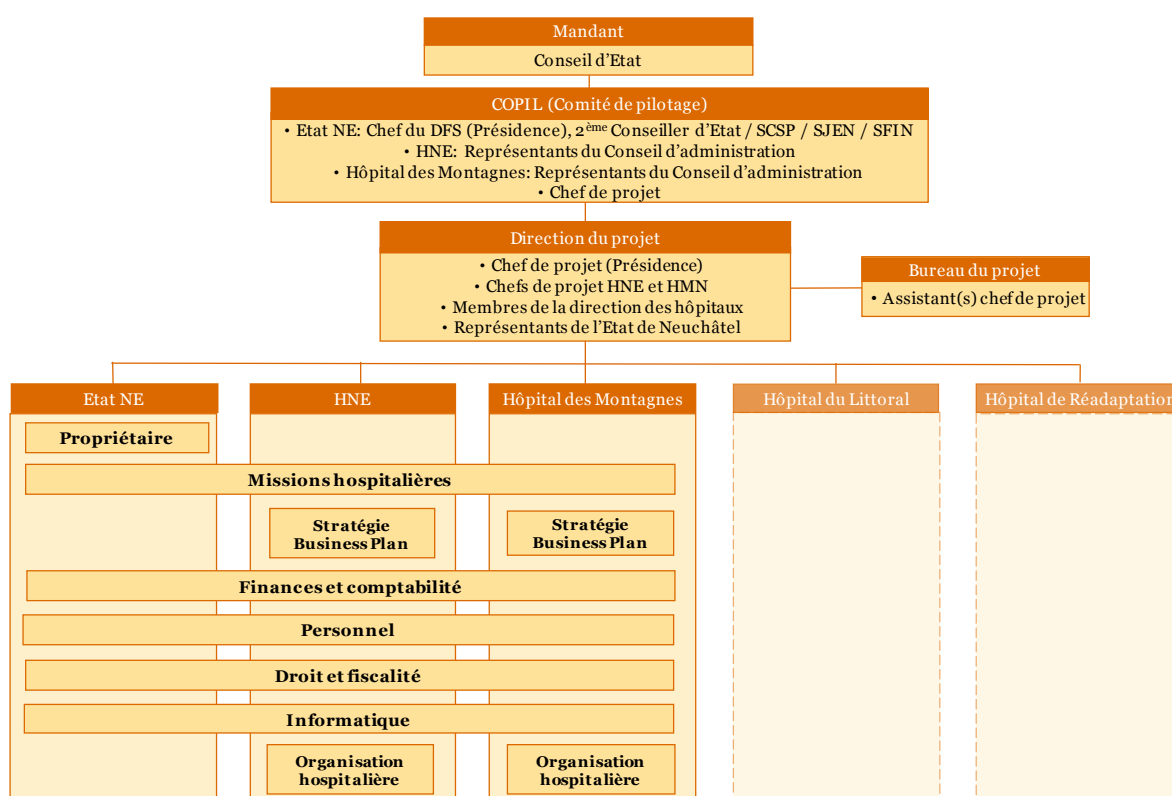
5.2. Phase 2

Comme déjà relevé dans les chapitres précédents, le processus à mettre en œuvre est long, complexe, risqué et coûteux. Vu la spécificité des tâches à réaliser, l'implication de nombreux acteurs ainsi que la durée des travaux, une structure de projet est à prévoir. Dans ce chapitre, sont donc présentés l'organisation de projet qui sera mise en place, le calendrier de réalisation ainsi que les ressources nécessaires pour y parvenir.

5.2.1. Organisation de projet

La structure organisationnelle suivante devra être mise en place au début de la phase 2.

Figure 4 : Structure organisationnelle phase 2



Comité de pilotage

Le chef du Département des finances et de la santé (DFS) préside le comité de pilotage, au sein duquel un second conseiller d'État siège également, ainsi que des représentants de l'administration cantonale. Des membres des conseils d'administration sont membres de ce comité auquel participe le chef de projet. Le comité se réunit tous les deux mois.

Direction du projet

La Direction du projet est composée du chef de projet qui préside les séances, des membres de la direction des hôpitaux, des chefs de projet hôpitaux ainsi que des représentants de l'État de Neuchâtel pour la séparation. La direction du projet se réunit une fois par mois.

Groupes de travail

Des groupes de travail composés de personnes qualifiées se réunissent à une fréquence qui leur est propre, en fonction des échéances de la feuille de route. Ces groupes conduisent des analyses, font des propositions de solutions/variantes et formulent des recommandations. Chaque groupe nomme un président/rapporteur.

Groupe État Propriétaire

Un groupe de travail Propriétaire traite de tous les aspects qui concernent l'État et sa relation avec les Hôpitaux en tant que propriétaire et législateur.

Groupes de travail transversaux État – Hôpitaux

Des groupes de travail spécialisés se penchent, selon une approche globale, sur les questions suivantes :

- répartition des missions hospitalières y compris les équipements et le personnel ;
- finances et à la comptabilité ;
- aspects légaux, réglementaires et fiscaux ;
- gestion des ressources humaines ;
- informatique.

Groupes de travail Hôpitaux

Deux groupes de travail par hôpital se penchent sur la Stratégie/Business plan, respectivement sur l'Organisation hospitalière. Ces groupes sont présidés par les chefs de projet HNE et HMN.

5.2.2. Calendrier

Il est estimé que les groupes de travail ne pourront débuter leurs travaux qu'en janvier 2019. En effet, un délai sera nécessaire entre la décision du Grand Conseil, respectivement le délai référendaire, et la nomination et le recrutement des personnes nécessaires pour participer à la mise en œuvre de l'initiative, particulièrement du côté de l'HMN.

La suite du calendrier dépend largement de la répartition des missions hospitalières. En effet, de cette étape découleront entre autres la répartition du personnel et des équipements et la définition de la stratégie. Cette phase de répartition des prestations, la plus sensible, est prévue sur trois mois uniquement, de manière à tenir les délais imaginés. Les grandes lignes de ce calendrier sont présentées dans l'annexe 5.

5.2.3. Ressources

Des ressources importantes devront être dédiées au projet, que ce soit des experts externes ou des ressources internes de l'État, de l'HNE et de l'HMN.

L'expertise externe nécessaire est estimée à plus de 1'200 jours de travail. Pour la charge interne, l'HNE et l'HMN devraient contribuer à hauteur de 500 jours chacun environ. Relevons cependant que l'HNE sera largement mis à contribution pour la mise en œuvre et dans l'attente que l'HMN soit pleinement opérationnel, étant détenteur de l'essentiel de l'information et des compétences nécessaires. Sa charge de travail y relative est estimée à 2'100 jours. Les ressources internes de l'État seront de l'ordre de 350 jours.

En cumulant ces différentes charges, on peut estimer que ce n'est pas moins de quinze équivalents plein temps (EPT) sur quinze mois de travail qui seront mobilisés.

Le détail et les coûts relatifs à ces ressources sont présentés au chapitre 7.

5.3. Phases 3 et 4

Les phases 3 et 4 se dérouleront dans le prolongement de la création de l'HMN et nécessiteront un nouveau passage au Grand Conseil. Il s'agira de reproduire l'exercice de la phase 2 pour la séparation de l'HNE en « Hôpital du Littoral neuchâtelois » et en « Hôpital de réadaptation – soins palliatifs ».

Pour la phase 3, un nouveau crédit d'engagement devra être sollicité auprès du Grand Conseil. Le travail sera sensiblement le même, avec l'hypothèse que la répartition des missions se fera de manière plus aisée et que les personnes engagées sur le projet pourront bénéficier de l'expérience acquise en phase 2. De plus, il faudra veiller à réviser ou abroger les décrets de cautionnement actuellement en vigueur pour l'HNE. Enfin, il s'agira d'abroger la LHNE.

6. LOI SUR LES HÔPITAUX PUBLICS

6.1. Constats et objectifs

Comme indiqué au chapitre 2, la loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE) a été approuvée par le Grand Conseil en novembre 2016. Promulguée par le Conseil d'État, elle est entrée en vigueur le 1^{er} mars 2017. Cette loi définit l'organisation de l'HNE en tant qu'établissement de droit public. Si elle permet à l'HNE de prendre des participations dans des sociétés (art. 7), cette loi et cette disposition ne permettent pas, à l'analyse, la mise en œuvre de l'initiative telle que proposée par le Conseil d'État dans les chapitres précédents.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire d'élaborer une nouvelle loi.

L'objectif de cette dernière est de donner un cadre légal pour permettre la constitution des futures sociétés anonymes chargées d'exploiter les hôpitaux. Le Conseil d'État privilégie une loi qui ne traite que des hôpitaux publics, d'où son nom « loi sur les hôpitaux publics » (LHOPU), et qui pose les bases nécessaires à leur création et à leur fonctionnement, sachant que le cadre général est fixé par les dispositions du Code des obligations (CO) et de la législation sanitaire (notamment LAMal sur le plan fédéral et Loi de santé au niveau cantonal).

Le projet de loi constitue donc le cadre légal et il reviendra au Conseil d'État de le préciser de façon appropriée pour définir les éléments de détail. Ces derniers seront concrétisés dans un document appelé « stratégie de propriétaire » à l'image de ce qu'a

développé le Canton de Berne dans un contexte similaire³ et de ce que le Conseil d'Etat entend progressivement étendre à d'autres établissements dans le cadre des principes de gouvernance des partenariats.

6.2. Commentaire article par article

Article premier

Selon la Constitution cantonale, l'État a pour tâche de garantir l'accès aux soins à la population neuchâteloise (art. 5 al. 1 let. e Cst. NE). La LHOPU a pour but de satisfaire ce mandat, les hôpitaux publics (HOPU) fournissant les prestations hospitalières essentielles pour le canton de Neuchâtel.

Articles 2 et 3

L'article 2 définit l'objet de la loi et l'article 3 en précise les frontières, excluant du champ d'application de la loi l'Hôpital neuchâtelois (HNE), le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), ainsi que les institutions privées (cliniques et maisons de naissance). L'HNE étant appelé à se scinder en trois SA par la suite et donc à disparaître sous sa forme actuelle, son exclusion du champ d'application de la loi n'aura de portée que jusqu'à l'issue du processus de constitution des HOPU. À noter que la LHNE, qui restera en vigueur pendant cette période, comporte plusieurs principes identiques à ceux prévus dans la LHOPU.

Article 4

Les HOPU sont gérés comme des sociétés anonymes selon les articles 620 ss CO, à savoir comme des organisations juridiquement autonomes. Cette caractéristique permet d'assurer aux HOPU une grande souplesse d'organisation, une forte réactivité sur le marché concurrentiel hospitalier et une large autonomie décisionnelle. Les HOPU assumeront en revanche une plus grande responsabilité financière.

Article 5

Le canton est tenu de laisser aux HOPU une marge de manœuvre appropriée pour leur permettre d'évoluer dans le milieu concurrentiel auquel ils seront inmanquablement confrontés, considérant les règles de concurrence préconisées par la LAMal. Cette disposition s'inspire de la loi bernoise applicable dans le domaine (art. 40 de la loi bernoise sur les soins hospitaliers [LSH] du 13 juin 2013).

Article 6

Cette disposition énonce à l'alinéa 3 le principe de l'exonération des impôts directs (effet déclaratoire). Cependant, afin que l'exonération puisse être effective, l'entité doit en outre satisfaire aux conditions générales applicables en la matière, à savoir notamment que :

- les fonds soient, a priori, utilisés exclusivement pour la poursuite du but d'utilité publique ou de service public ;

³ <http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/eigentuemersstrategie.html>

- les fonds soient affectés irrévocablement à la poursuite de ces buts (en cas de dissolution de la personne morale, les fonds doivent revenir à une personne morale poursuivant un but similaire ou, à défaut, à la collectivité publique) ;
- l'activité tende effectivement à poursuivre le but indiqué (cf. art. 23 al. 1 let. f de la loi fédérale sur l'harmonisation des impôts directs des cantons et des communes [LHID] du 14 décembre 1990).

Les conditions précitées sont manifestement remplies s'agissant des HOPU.

Pour que l'exonération soit effective, il faudra donc que les statuts et la stratégie de propriétaire prévoient les dispositions nécessaires.

Article 7

L'alinéa premier fait référence à une prise en charge stationnaire ou ambulatoire des patients notamment, car de nouveaux types de prise en charge telles que l'hospitalisation à domicile feront probablement leur apparition dans les années à venir. Cet alinéa doit ainsi permettre aux HOPU de suivre les évolutions des modes de prise en charge. L'alinéa 2 a, quant à lui, été repris de l'article 3 LHNE.

Article 8

Le Conseil d'État doit être en mesure, s'il le juge opportun, de confier des tâches qui sortent de la planification hospitalière stricto-sensu. Les « autres tâches » comprennent les prestations d'intérêt général et toute autre tâche qui pourrait s'avérer utile en lien avec le domaine hospitalier qui est en constante évolution. Il s'agit ici de rester relativement ouvert afin de permettre la mise en place de nouveaux projets dont les contenus ne sont pas encore connus. Le verbe "pouvoir" est utilisé ici pour relever que l'État n'a pas d'obligation en ce sens, mais qu'il s'en réserve le droit.

Article 9

La LHOPU doit contenir des dispositions spéciales dérogeant au CO uniquement si la création des HOPU l'exige ou si des dérogations sont nécessaires du point de vue du canton. Autrement dit, les HOPU doivent disposer de la plus grande latitude possible et la loi cantonale devrait se limiter aux dispositions indispensables au pilotage politique. Toutes les autres règles relatives à l'organisation de l'entreprise figurent dans les statuts ou dans la stratégie de propriétaire.

Article 10

Par entités publiques, on entend en particulier les cantons, les communes et les établissements de droit public.

Article 11

Cet article définit qui représente l'État, actionnaire majoritaire, soit le Conseil d'État.

Article 12

La stratégie de propriétaire est un outil de pilotage à disposition de l'État, actionnaire majoritaire des HOPU. Elle règle ainsi les objectifs et les rapports entre les HOPU et le canton en sa qualité d'actionnaire. La stratégie de propriétaire énonce par ailleurs les principes applicables à la désignation des organes. Elle permettra donc de concrétiser certaines propositions du GT, telles que la représentation régionale dans les conseils d'administration des HOPU, de même que la prise en compte des compétences métiers.

La stratégie de propriétaire devra en outre prévoir les critères d'éligibilité des membres des conseils d'administration.

Articles 13 à 15

Ces différents articles ont été repris de l'actuelle LHNE (respectivement les articles 7, 8 et 10 LHNE).

Article 16

Cet article reprend l'article 11 LHNE. Le Conseil d'État souhaite maintenir l'affiliation des hôpitaux publics neuchâtelois à la CCT Santé 21, particulièrement après la votation du 26 novembre 2017 qui a démontré l'importance que la population accorde au partenariat social et aux conditions négociées dans ce cadre entre les acteurs de la santé. Par ailleurs, il tient compte des conséquences financières importantes que pourrait engendrer la sortie de tout ou partie du personnel hospitalier du cadre de la CCT Santé 21 (voir chapitre 8.6).

En outre, le Conseil d'État estime nécessaire de régler ce qui constitue une faiblesse du dispositif des législations en vigueur sur le sujet, à savoir le cas de figure dans lequel les partenaires sociaux ne parviendraient pas à s'accorder sur les termes de la CCT. Il lui reviendrait, cas échéant, de fixer le cadre de travail en l'absence de CCT. Le second alinéa lui donne cette compétence.

Article 17

L'obligation est posée pour les HOPU de s'affilier à prévoyance.ne, faute de quoi des coûts importants devraient être supportés par l'HNE au moment de la séparation et la caisse pourrait devoir être liquidée partiellement (voir chapitre 4.1.1).

Article 18

L'introduction d'un droit de préemption en faveur de l'État répond à la poursuite d'un intérêt public consistant à conserver la maîtrise de bâtiments servant à l'exécution d'une tâche publique (assurer la couverture de la population du canton en soins hospitaliers). La valeur lors du transfert (ou de reprise) correspond à celle figurant au bilan (valeur comptable) en ajoutant les travaux à plus-value et en soustrayant les amortissements (al. 5).

Article 19

Cette disposition reprend l'article 47 LHNE.

Article 20

Cette disposition reprend, pour l'essentiel, l'article 48 LHNE. On rappelle au demeurant que le canton dispose d'une marge de manœuvre restreinte s'agissant du financement des prestations hospitalières, compte tenu des règles fédérales en la matière (LAMal et LAI). Les montants des indemnités au titre de prestations d'intérêt général (let. b) sont fixés annuellement par le Grand Conseil dans le cadre du budget ou de manière pluri-annuelle dans le cadre d'un crédit d'engagement.

Article 21

La nature des rapports des HOPU, en particulier avec les patients, doit être précisée afin d'exclure toute incertitude (alinéa 1). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les cantons sont libres de soumettre au droit public cantonal la responsabilité des

médecins engagés dans un hôpital public pour le dommage ou le tort moral qu'ils causent dans l'exercice de leur charge (art. 61 CO ; ATF 133 III 462).

Articles 22 et 23

Ces articles ne suscitent aucun commentaire particulier.

Article 24

Dans un premier temps, il n'est pas exclu que le but premier de la société anonyme soit limité à un but immobilier, ceci afin de faciliter le transfert du bâtiment.

Article 25

Selon l'article 5 LHNE, l'HNE gère son patrimoine de manière autonome. L'article 14 LHNE n'oblige l'HNE à soumettre ses décisions concernant les immeubles qu'elle détient à validation de l'autorité politique que lorsqu'elles impliquent l'acquisition, la construction ou la rénovation importante de bâtiments. Pour cette raison, il est nécessaire de prévoir cette disposition dérogeant au régime général prévu par la LHNE (cf. également art. 30 al. 3).

Article 26

En vertu de l'article 2 LFinEC, les principes de gestion financière, de présentation des comptes ainsi que les règles de gestion issues de la LFinEC sont applicables aux établissements autonomes de droit public. L'HNE est ainsi tenu d'appliquer le principe de « fair value » dès l'exercice 2018 pour l'évaluation de son patrimoine immobilier. Étant donné les transferts de patrimoine envisagés entre l'État et HNE puis, dans un second temps, entre l'HNE et les HOPU, il est préférable que le patrimoine immobilier de l'HNE et celui des HOPU ne soient pas réévalués tant et aussi longtemps que les HOPU ne sont pas tous en exploitation (a priori 2023). Ensuite, les HOPU pourront réévaluer leur patrimoine, ce qui devrait dégager des réserves et consolider les possibilités de financement des investissements futurs. Il importe donc d'en tenir compte dans les réflexions menées au cours de la phase 2 du projet de mise en œuvre quant au niveau de capitalisation des HOPU à prévoir.

Article 27

En leur qualité d'employeurs, les HOPU reprendront les rapports de service existants, lesquels passeront sous le régime du CO. Cependant, conformément à l'article 16, les rapports de service seront régis par la CCT Santé 21 de droit privé qui est identique à celle de droit public à l'exception des règles de procédure.

Article 28

Les travaux nécessaires à la mise en place d'une nouvelle forme d'entreprise peuvent révéler la nécessité de dispositions d'exécution supplémentaires, par exemple en ce qui concerne le changement de régime des rapports de service, le transfert de patrimoine et les modalités de différentes opérations. En conséquence, le Conseil d'État doit avoir la compétence d'édicter les dispositions qui s'imposent.

Articles 29 à 34

Ces articles ne suscitent aucun commentaire particulier.

7. FINANCEMENT DES PROPOSITIONS DU CONSEIL D'ÉTAT

Les propositions du Conseil d'État s'échelonnent donc en quatre phases principales, comme expliqué au chapitre 5. À chaque phase correspondent une ou plusieurs décisions de financement devant permettre de concrétiser les options prises. Les mécanismes financiers privilégiés sont présentés en détail ci-dessous.

7.1. Phase 1 - Capitalisation de l'Hôpital des Montagnes

La première phase du projet, soit la création d'une société anonyme « Hôpital des Montagnes » (HMN), nécessite d'effectuer une première capitalisation de cette SA. Cette capitalisation sera constituée de deux parties :

- transfert à la SA HMN de l'immeuble encore exploité par l'HNE sur le site de La Chaux-de-Fonds (bâtiment de 1966 et son annexe). Le transfert permettra aux organes dirigeants de s'atteler immédiatement aux études de rénovation du site ;
- financement de fonds propres comprenant un capital nominal de dotation de 100'000 francs, prévu sous forme d'actions ainsi qu'un fonds de roulement afin de mener à bien les travaux de conception durant la phase 2, caractérisée notamment par l'absence d'autres recettes.

7.1.1. Transfert du bâtiment de La Chaux-de-Fonds

Principes

Dans le contre-projet, il était prévu que l'HNE cède les bâtiments dont il n'aurait plus usage en contrepartie de la reprise d'une dette de 200 millions de francs par l'État.

Compte tenu de l'acceptation par le peuple de l'initiative populaire « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires » (initiative H+H), en lieu et place du projet HNE-Demain, la cession des bâtiments ne se fera pas contre une reprise de dette, mais par une acquisition avec contrepartie en liquidités, à la valeur comptable. Pour plusieurs raisons, il n'est pas judicieux de procéder à la transaction à une autre valeur :

- les bâtiments de l'HNE avaient été cédés à la valeur comptable au moment de sa création ;
- les amortissements ont été réalisés selon les normes REKOLE. L'État a dû partiellement financer le rattrapage rendu nécessaire suite à un audit de l'organisme de révision (16,1 millions de francs en 2015). Le calcul d'une plus-value dans les opérations de vente pénaliserait donc l'État qui a déjà partiellement payé les amortissements et qui devrait aujourd'hui assumer une plus-value ;
- une valeur supérieure à la valeur comptable engendrerait des amortissements supplémentaires par les repreneurs et accroîtrait les charges de ces derniers ;
- le même principe sera applicable à tous les transferts futurs lors de la création des autres SA. Ceci évite de recourir à des expertises coûteuses dans un délai court. Les futures SA pourront procéder à la réévaluation ultérieurement, dans le cadre notamment des principes de Swiss Gaap RPC et ainsi accroître leur substance financière, ce qui est dans leur intérêt pour financer les futurs investissements.

Sur ce dernier point, il faut noter qu'en application de la LFinEC, l'HNE devrait passer aux normes comptables Swiss Gaap RPC dès 2018. Il devrait donc réévaluer ses actifs à la juste valeur économique. Cette opération permettrait une plus-value. Le transfert à l'HMN à la valeur comptable pénalise donc l'HNE puisque c'est la nouvelle société qui pourra profiter de la réévaluation. Pour cette raison, il est proposé, en dérogation à la LFinEC, de reporter la réévaluation selon les normes Swiss Gaap RPC après la constitution de toutes les SA du futur réseau hospitalier public neuchâtelois (voir chapitre 6.2, art. 27). Ainsi, aucune des sociétés n'est pénalisée.

Le découvert de l'HNE demeurera donc inchangé et sera repris par l'État au moment de sa liquidation (phase 4). Par contre, l'apport en liquidités pour le rachat du bâtiment lui permettra de réduire sa dette et d'améliorer sa situation de liquidités. Cet apport lui donnera la possibilité d'assurer les investissements minimaux nécessaires durant la phase de transition. Puisqu'il ne dispose pas de fonds propres, l'HNE conservera également les cautionnements de l'État d'un total de 112 millions de francs jusqu'au transfert dans les nouvelles SA et la liquidation de HNE. Il sera ensuite, en principe, renoncé aux cautions, considérant que la capitalisation des SA sera suffisante pour assurer aux futures entités un accès au marché financier dans des conditions raisonnables.

Il faut noter que l'apport en liquidités se fera par l'ouverture d'une limite de crédit auprès de l'État. L'HNE pourra effectuer des appels de fonds libérables immédiatement.

Transfert du bâtiment d'exploitation hospitalière à La Chaux-de-Fonds (bâtiment 1966) à la nouvelle SA HMN

Ce bâtiment inclut toutes les surfaces actuellement exploitées par l'HNE pour l'activité hospitalière sur le site de La Chaux-de-Fonds. L'opération ci-prévue aura lieu en deux phases :

1. reprise par l'État au patrimoine financier contre versement à l'HNE ;
2. cession à l'HMN sous forme de fonds propres. En contrepartie, l'État comptabilise une participation équivalente.

Ce bâtiment sera repris par l'État à sa valeur comptable au moment de la transaction (estimation de 31'826'513 francs au 30.6.2017) pour être ensuite cédé à la SA HMN, ce qui constituera l'essentiel de sa capitalisation. Le paiement à l'HNE interviendra par versement liquide pour les raisons évoquées précédemment.

L'HNE continuera d'exploiter le bâtiment et versera un loyer à l'HMN de 1 million de francs par année, qui correspond au montant des amortissements (voir chapitre 7.2.1). Ce loyer ne correspond pas à la valeur de marché. Les surfaces utiles principales et secondaires du bâtiment s'élèvent à 20'736 m² et pourraient être valorisées à environ 140 francs par m². Les surfaces de dégagement comptent 7'686 m² valorisables à raison de 80 francs par m². Le loyer à la valeur de marché se situerait donc plutôt à 3,1 millions de francs.

En contrepartie de ce loyer « forfaitaire », l'HNE continuera d'assumer toutes les charges d'exploitation et d'entretien courant du bâtiment. Par contre, l'HMN devra financer les investissements minimaux et indispensables (entretien lourd) durant la phase transitoire jusqu'à la reprise des activités hospitalières par l'HMN, ce qui ne devrait cependant pas représenter de gros montants durant les douze à dix-huit mois concernés.

Compte tenu de ce qui précède, l'opération complète nécessite un crédit d'engagement de 31,9 millions de francs.

À noter que l'HNE est au bénéfice d'un droit de superficie de la part de la ville de La Chaux-de-Fonds concernant l'actuel bâtiment hospitalier. À ce droit de superficie est lié un droit de préemption de la ville pour le rachat du bâtiment. Un tel droit de préemption s'ajoute donc à celui du propriétaire du fonds prévu par l'article 682, alinéa 2 du Code civil (CC). Sur ce point, il est précisé que la ville de La Chaux-de-Fonds sera approchée dans le cadre de la constitution du premier HOPU (HMN), afin qu'elle renonce à exercer son droit de préemption. À défaut, cela remettrait évidemment en question l'ensemble du projet décrit dans le présent rapport.

7.1.2. Fonds de roulement de l'HMN

Le seul capital prévu pour l'HMN ne lui suffira pas pour financer son fonctionnement initial. Il s'agit donc de lui accorder un fonds de roulement, en plus de son revenu propre lié au loyer encaissé, afin de mener à bien les travaux de conception durant la phase 2. Ce fonds de roulement est assimilé à des fonds propres pour la SA.

L'estimation du budget de fonctionnement de la SA durant cette phase 2, soit pour les exercices 2018 (partiel) et 2019 caractérisés par l'absence de recettes d'exploitation liées à de l'activité hospitalière, est présentée dans le tableau 1 de l'annexe 6.

Compte tenu du capital nominal de dotation, prévu sous forme d'actions pour un total de 100'000 francs, il est demandé au Grand Conseil un crédit d'engagement de 2,0 millions de francs pour le fonctionnement de la SA durant la phase 2. Une limite de crédit de 2,0 millions de francs sera ouverte à l'État. L'HMN pourra procéder à des appels de fonds libérables immédiatement selon l'avancement des travaux et les frais engagés. Ces fonds seront comptabilisés en tant que « fonds propres » par la SA. En contrepartie, l'État comptabilisera une participation dans la SA.

7.1.3. Résultat attendu

À la fin de la phase 1, la SA des Montagnes neuchâteloises possède un capital-actions de 100'000 francs, dispose d'un fonds de roulement de 1,9 million de francs et est propriétaire du bâtiment hospitalier de La Chaux-de-Fonds valorisé à sa valeur comptable, soit 31,9 millions de francs. La capitalisation totale ainsi prévue se monte à 33,9 millions de francs.

7.2. Phase 2 – Répartition des missions et autonomisation de l'HMN

Cette phase prévoit la mise sur pied de plusieurs groupes de travail devant concevoir la stratégie et la mise en œuvre du futur réseau hospitalier public neuchâtelois. Elle permettra de déterminer les missions et l'organisation des futures SA. Elle mobilisera des ressources conséquentes, qui sont présentées ci-dessous.

À la fin de cette deuxième phase, la SA HMN fournira des prestations de soins aigus. Le solde des actifs et passifs (hors immeuble qui aura déjà été transféré) nécessaire à l'activité hospitalière sera transféré de l'HNE à l'HMN. Si ce transfert conduit à une capitalisation supplémentaire de l'HMN, la contrepartie inscrite au bilan de l'HNE représentera une participation. Si le transfert ne constitue pas un capital supplémentaire mais un prêt, une créance sera inscrite à l'actif de l'HNE. Dans les deux cas, la participation ou la créance sera reprise par l'État au moment de la liquidation de l'HNE (phase 4).

7.2.1. Coûts externes

La mise sur pied des différents groupes nécessaires au projet (voir chapitre 5.2.1) ne pourra se faire sans l'apport d'un soutien externe. L'État n'a ni les ressources ni l'expérience pour assurer la coordination d'un tel projet, ni pour apporter certaines compétences très pointues et spécialisées.

Avec l'aide du mandataire, qui a l'expérience de projets d'une telle envergure et qui connaît les tarifs applicables par des mandataires externes, une estimation des charges externes a pu être réalisée, pour la conduite du projet dans son ensemble et pour la réalisation des études dans chacun des groupes de travail. Celles-ci se montent à 2,7 millions de francs en chiffres ronds, tenant compte des hypothèses présentées dans le tableau 2 de l'annexe 6.

Il est donc demandé au Grand Conseil un crédit d'engagement de 2,7 millions de francs pour financer les coûts externes de la phase 2 (mandats et honoraires, toutes taxes comprises). Ce crédit est intégré au crédit-cadre qui permettra de financer l'ensemble du projet de la phase 2.

7.2.2. Coûts externes – Hôpital Neuchâtelois

L'HNE devra largement participer aux travaux de la phase 2. Il est détenteur de l'essentiel des informations et des compétences requises pour alimenter les groupes de travail. Cette contribution ne peut pas être assurée par des externes et l'HNE devra donc détacher ponctuellement certain-e-s collaborateur-trice-s pour permettre aux études d'aboutir. Cette charge de travail a été estimée sur les mêmes bases que pour les coûts externes, pour la conduite du projet et pour les travaux de groupe.

Au total, ce sont près de 500 jours que l'HNE devra consacrer au développement de ce projet. L'estimation détaillée est présentée dans le tableau 3 de l'annexe 6. Pour l'estimation du coût que cela représente, un coût horaire moyen de 120 francs a été retenu. Le tarif par jour est donc de 960 francs (8 heures par jour). Le coût de la charge de travail de l'HNE directement lié à sa participation au projet est donc évalué à 480'000 francs. Le Conseil d'État estime cependant comme raisonnable de considérer qu'un tiers de cet engagement pourra être absorbé par les ressources existantes de l'HNE. Il propose dès lors de n'en financer que les 2/3 restant, soit 320'000 francs.

Par ailleurs, en plus des coûts liés à proprement parler au projet, des ressources devront également être dédiées par l'HNE pour la mise en œuvre concrète des décisions. L'HNE évalue son implication à plus de 2'100 jours de travail. Cette évaluation comprend le travail qu'il devra accomplir en 2019 pour permettre à l'HMN et à l'HNE (version 2019 sans le site de La Chaux-de-Fonds) d'être opérationnel au 1^{er} janvier 2020. Ces travaux comprennent notamment l'affectation de chaque actif et chaque pensionné de prévoyance.ne à un établissement, la préparation du budget 2020 de l'HMN (en plus de celui de l'HNE) nécessitant des discussions avec les médecins encore engagés à l'HNE en 2019, la planification des plages opératoires au sein de l'HMN qui devra être réalisée en 2019, etc. La charge estimée est résumée dans le tableau 4 de l'annexe 6. Tenant compte de cette charge de travail, des mêmes hypothèses de coûts journaliers décrits ci-avant et de la même part à assumer par les ressources existantes, le coût de la charge de travail de l'HNE liée à la mise en œuvre des présentes décisions est évalué à 1'350'000 francs.

Tenant compte de ce qui précède, il est proposé au Grand Conseil d'allouer une subvention extraordinaire à l'HNE cumulant ces deux aspects, soit de 1'700'000 francs

en chiffres ronds, pour couvrir les coûts internes des ressources qu'il devra investir dans le projet, ce qui perturbera de plus fortement son activité opérationnelle.

Ce crédit est intégré au crédit-cadre qui permettra de financer l'ensemble du projet de la phase 2.

7.2.3. Coûts externes - Hôpital des Montagnes

La charge de travail interne liée au présent projet pour la nouvelle société HMN, estimée à 512 jours, s'intègre au fonds de roulement présenté au chapitre 7.1.2 puisque l'essentiel des ressources prévues dans cette phase de démarrage sera dédié au projet. Elle ne fait donc pas l'objet d'un crédit spécifique comme c'est le cas pour l'HNE (voir chapitre 7.2.2.).

7.2.4. Coûts internes - État

La charge de travail pour l'État a également été estimée. La même approche que pour l'HNE a été retenue et est présentée dans le tableau 5 de l'annexe 6. Elle aboutit à une estimation de la charge de travail interne à l'État de 233 jours.

Pour le calcul du tarif, un coût horaire moyen de 120 francs a également été retenu. Le tarif par jour est donc de 960 francs (8 heures par jour). Le coût de la charge interne de l'État pour sa participation au projet est donc évalué à 250'000 francs.

En plus de ces coûts liés au projet, des ressources au sein de l'État devront être mobilisées non seulement pour l'appréciation des résultats de la phase 2 et la préparation du dossier pour le Conseil d'État, mais également pour la préparation des phases 3 et 4 qui nécessiteront un nouveau passage au Grand Conseil, ceci pour solliciter les crédits nécessaires à la réalisation de la phase 3 et pour revoir certaines bases juridiques, en particulier l'abrogation de la LHNE. Cette charge est estimée à une centaine de jours de travail, soit 100'000 francs.

Au total, ce sont 350'000 francs qui sont estimés pour couvrir les coûts internes de l'État. Ce montant n'a toutefois pas été intégré à la demande de financement de la phase 2.

7.2.5. Résultat attendu

Pour permettre le déroulement de la phase 2 :

- un crédit d'engagement de 2,7 millions de francs est accordé pour permettre le recours à des experts, pour la conduite et la réalisation du projet ;
- l'HNE reçoit une subvention extraordinaire de 1,7 million de francs pour couvrir les coûts liés à sa participation au projet et à sa mise en œuvre concrète.

Le tout compose un crédit-cadre d'un montant de 4,4 millions de francs.

7.3. Phase 3 – Création et autonomisation de l'Hôpital du Littoral et de l'Hôpital de réadaptation

Dans cette troisième phase, il s'agira de sortir de l'HNE les activités de réadaptation et de soins palliatifs ainsi que les activités de soins aigus du Littoral pour créer deux nouvelles

entités. À la fin de cette troisième phase, les trois entités distinctes, constituées en SA, fourniront des prestations.

7.3.1. Capitalisation

Le montant de la participation dans les deux nouvelles sociétés sera déterminé par le solde des actifs et passifs (y compris les immeubles). Il s'agira alors de définir quelle partie du montant est allouée sous forme de fonds propres (capitalisation) ou de fonds étrangers à long terme. La contrepartie dans le bilan de l'HNE sera soit une participation, soit une créance. Dans les deux cas, la créance ou la participation sera reprise par l'État au moment de la liquidation de l'HNE (phase 4).

Contrairement à la phase 1, la capitalisation principale des deux nouvelles SA ne passera pas par un apport direct de l'État car il est privilégié un transfert direct entre l'HNE et les sociétés à créer. Un apport de l'État de 100'000 francs en capital-actions aura lieu, comme prévu également pour l'HMN.

7.4. Phase 4 – Liquidation de l'HNE

Au terme du processus, tous les actifs et passifs tangibles de l'HNE auront été transférés aux nouvelles sociétés anonymes. Le bilan de l'HNE sera ainsi principalement constitué de :

À l'actif :	Au passif :
<ul style="list-style-type: none">- participations dans les SA- prêts en faveur des SA- découvert	<ul style="list-style-type: none">- dettes

La dette à long terme de l'HNE au 31 janvier 2017 se monte à 283 millions de francs⁴. Pour l'essentiel, elle est constituée d'un emprunt de 167,5 millions (au 31.12.2017) auprès d'un bailleur de fonds. Le processus de séparation ne changera pas cette situation. Par ailleurs, la reprise des quatre bâtiments (voir également chapitre 10) permettra à l'HNE d'assurer le fonctionnement et les investissements strictement nécessaires durant la phase de transition sans recourir à des emprunts supplémentaires. On peut donc partir de l'hypothèse que le montant du passif à reprendre à la fin du processus s'élèvera au maximum à 200 millions de francs.

Sur le même principe que ce qui était prévu dans le projet HNE-Demain, il est proposé que l'État reprenne ce passif. Il s'agit toutefois ici de liquider définitivement l'HNE, de sorte que c'est l'entier du passif qui devra être repris. En contrepartie, l'État devient propriétaire et créancier des trois SA qu'il aura créées d'ici-là, dans la mesure où une partie des actifs et passifs aura été transférée contre un prêt dont les modalités restent à définir.

Pour réaliser cette opération, un crédit d'engagement de 200 millions de francs, similaire à celui du projet HNE-Demain, est demandé au Grand Conseil. Il constituera l'assainissement de l'HNE et permettra aux nouvelles sociétés de repartir sur la base d'une situation financière saine. Cet assainissement pourra avoir lieu de manière échelonnée au besoin. Le découvert qui en découlera s'ajoutera à l'actuel pour l'État et sera amorti à raison de 5 millions de francs par année avant toute attribution à la réserve conjoncturelle, ceci dès l'année suivant le premier versement.

⁴À noter que l'endettement moyen de l'HNE sur 2017 se monte à 299,125 millions de francs.

8. RISQUES POSSIBLES DES OPTIONS PRISES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'INITIATIVE

Le rapport du GT H+H ne fournit pas d'informations sur les conséquences de la mise en œuvre de l'initiative : sur le personnel, sur les infrastructures, sur les finances et sur les partenaires. Cela peut toutefois s'expliquer et se comprendre.

En effet, dès lors qu'il est proposé de donner une plus grande autonomie aux hôpitaux à créer, de nombreux paramètres dépendront des choix effectués par les futurs organes dirigeants. Il existe ainsi un grand nombre d'inconnues sur l'organisation future des hôpitaux, dont notamment leur volonté et leur capacité à collaborer. La répartition des missions aura lieu ultérieurement et de nombreux éléments dépendent de cette répartition (personnel, équipement, etc.). De plus, force est de constater que les conséquences des propositions du GT sont difficiles à estimer à mesure qu'il ne disposait ni des compétences, ni du temps pour les évaluer.

Le Conseil d'État s'est, quant à lui, livré à l'exercice, étant entendu que les difficultés rencontrées par le GT sont les siennes également, à quelques exceptions près. Dans le présent chapitre, il décrit les conséquences, parfois au conditionnel, des propositions du GT, lesquelles ont aussi guidé ses choix.

Si ce chapitre a été perçu par certains partenaires consultés (voir chapitre 14) comme une manière de refaire le débat précédant le vote du 12 février 2017, il n'a clairement pas été rédigé dans ce but par le Conseil d'État. Il vise, en revanche, à mettre en évidence les risques d'une telle réforme, non pas pour laisser penser qu'ils sont insurmontables mais parce qu'ils existent bel et bien et qu'il s'agit de veiller à les éviter ou à les réduire au maximum. Il met également en perspective l'importance de trouver des complémentarités entre les HOPU, mais également avec les partenaires privés du système hospitalier pour limiter les risques identifiés, dont la plupart découleront de la réduction des tailles critiques des entités constituées. En ce sens, la complémentarité voulue par l'initiative apparaît comme une condition essentielle de sa mise en œuvre.

8.1. De manière générale

De manière générale, les craintes émises lors de la campagne de votation du 12 février 2017 demeurent et le risque d'affaiblissement des hôpitaux neuchâtelois reste réel aux yeux du Conseil d'État. Ce dernier craint en particulier le développement du cercle vicieux qu'il décrivait dans son projet HNE-Demain.

Le Conseil d'État tient ainsi à rappeler les liens forts existant entre les volumes de prestations, les reconnaissances et certifications qualité pour un hôpital ou pour son personnel, ses capacités et niveaux de formation de la relève médicale, la spécialisation des prestations et l'attractivité d'un établissement. Le risque existe ainsi, avec la création de deux SA de soins aigus distinctes, que celles-ci soient confrontées à une insuffisance de personnel spécialisé, à des difficultés d'obtenir des masses critiques entraînant une diminution de la qualité des prestations et une augmentation des risques pour les patients. Certaines prestations pourraient devoir être abandonnées, à commencer par les prestations spécialisées (voir chapitre 9.2.2).

Cette évolution pourrait être accentuée encore par l'émergence d'acteurs privés d'importance qui, visiblement, se concentreront sur des prestations de jours et dans les

domaines les plus rentables, accroissant encore la précarité des hôpitaux publics pour assurer des prestations coûteuses 24 heures sur 24.

Cela étant, le modèle proposé permettra aussi d'exploiter de nouvelles synergies si celles-ci s'imposent aux organes dirigeants des nouvelles entités, qu'il s'agisse de regrouper des prestations aujourd'hui séparées, de conclure des partenariats entre entités publiques et privées ou d'accroître les partenariats avec les centres universitaires extra-cantonaux. Le modèle proposé ne fige donc pas les structures cantonales, mais confie la responsabilité de son évolution future aux organes de terrain qui devront assurer la qualité et l'économicité des prestations offertes.

8.2. Risques concernant les prestations

Alors que la décision du peuple du 12 février 2017 impose la dissolution de l'HNE comme structure cantonale dans le domaine des soins somatiques, le maintien des prestations actuellement assurées dans le canton dans la nouvelle organisation hospitalière passera par la multiplication des collaborations.

Pour éviter la mobilisation excessive de ressources humaines et financières, une réduction de la voilure du système hospitalier neuchâtelois est néanmoins à attendre, avec des conséquences sur l'emploi et la disponibilité des prestations de proximité, non seulement hospitalières mais également au niveau de la médecine de premier recours. Cette crainte du Conseil d'État - lorsqu'il défendait son projet HNE-Demain - n'a pas disparu.

À défaut de pouvoir analyser toutes les prestations actuellement offertes par l'HNE et d'être en mesure de lister lesquelles pourraient disparaître, il est intéressant de se focaliser sur deux prestations qui semblent ne pouvoir être assumées que par une seule entité, faute de quoi elles pourraient ne plus être proposées dans le canton ou alors avec des niveaux de qualité différents entre les régions.

Urgences intra- et pré-hospitalières

Actuellement, l'HNE est certifié par la Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage (SSMUS) comme centre de formation pour les urgences tant pré-hospitalières (SMUR) qu'hospitalières.

Concernant les urgences hospitalières, le texte de l'initiative demande le maintien d'urgences médico-chirurgicales dans chacun des hôpitaux de soins aigus. Le Conseil d'État relève cependant que l'un de ces deux hôpitaux ne devrait pas disposer, a priori et dans le respect du texte de l'initiative, de soins intensifs, limitant de ce fait la gravité des cas qui pourront être traités dans son service d'urgences. Cette situation limiterait alors sa capacité à obtenir la certification de la SSMUS. Dans la suite logique, cela poserait des problèmes de recrutement d'urgentistes qualifiés qui seraient potentiellement dans l'impossibilité de maintenir leurs qualifications dans un tel service. Cette situation pourrait avoir pour conséquence l'existence d'une asymétrie de qualité de prise en charge entre les deux structures d'urgences, l'une s'appuyant sur du personnel plus qualifié que l'autre pour les prestations d'urgences.

Concernant les urgences pré-hospitalières, si le Conseil d'État souligne qu'il relèvera des futures structures d'organiser le SMUR, il insiste sur la nécessité de maintenir un système pré-hospitalier de qualité. Cette prestation est essentielle et sensible sous l'angle de la sécurité sanitaire et le Conseil d'État ne fera pas, comme déjà dit, de concession dans ce domaine.

Pour rappel, le SMUR cantonal est né d'une centralisation nécessaire pour pouvoir délivrer ces prestations sur l'ensemble du canton 24 heures sur 24. Cette exigence ne sera pas remise en question. Il est à noter que la centralisation permet actuellement de délivrer une formation post-graduée aux médecins urgentistes, formation de qualité. Il est de plus exclu pour le gouvernement d'envisager qu'une même structure réponde hiérarchiquement à plusieurs autorités ou centres de décisions. Une solution partenariale, sans partage des responsabilités de conduite, devra dès lors vraisemblablement être envisagée.

Il n'est ainsi pas question, à l'heure actuelle, de remettre en question le SMUR cantonal qui fonctionne à satisfaction. Dans la phase transitoire, c'est donc l'HNE qui continuera à assumer cette prestation sur l'ensemble du territoire cantonal. À plus long terme, le SMUR dépendra vraisemblablement de la structure qui disposera d'un service de soins intensifs dans la mesure où c'est lui qui prendra en charge les cas les plus lourds et complexes.

À ce stade, il ne s'agit toutefois que d'une orientation du Conseil d'État qui devra être reprise et intégrée dans le cadre des travaux de répartition des missions à réaliser dans la suite des travaux (voir chapitre 5.2).

8.3. Risques concernant le personnel

Formation

Si les contraintes de reconnaissance en matière de formation sont importantes, elles gardent une certaine souplesse à mesure que des hôpitaux peuvent créer des filières de formation communes. La bonne collaboration peut donc mener à des reconnaissances de formation, même si l'entier du cursus n'est pas réalisé en un seul endroit. Les opportunités ou limites devront cependant être évaluées pour chaque filière.

Dès lors, tout dépendra de la volonté et de la capacité des hôpitaux nouvellement créés à collaborer entre eux, avec les hôpitaux hors canton, notamment universitaires, ou avec les acteurs privés. Cet objectif doit rester une priorité pour les hôpitaux neuchâtelois afin de contribuer à la relève médicale, tant hospitalière que de ville. Des ressources importantes devront toutefois être dédiées à la coordination des différentes filières.

Dans tous les cas, il sera nécessaire de re-certifier toutes les filières de formation. Le Conseil d'État tient à mentionner ici que cela représente non seulement un travail considérable (à titre d'exemple, suite à l'arrivée du nouveau chirurgien-chef de l'HNE, la certification a demandé un temps de travail d'une année et demie), mais également un certain coût, de l'ordre de 5'000 francs par certification.

Pour rappel, l'HNE est actuellement certifié pour trente filières de formation, en particulier :

- médecine interne générale : catégorie A (3 ans) pour les sites de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès ;
- chirurgie : catégorie B2 (2 ans) pour le site de La Chaux-de-Fonds et B3 (3 ans) pour le site de Pourtalès.

Attractivité

La création de deux plus petites structures que l'HNE pourrait permettre, du moins dans certaines disciplines, le recrutement de médecins et soignants intéressés par une médecine « de proximité » et par des organisations de plus petite taille. À l'inverse, le

risque d'une perte d'attractivité pour les nouvelles SA existe, alors que la pénurie de personnel soignant est une réalité et que certaines prestations seront amenées à être dédoublées. Des difficultés de recrutement sont dès lors à envisager.

En effet, la perte potentielle de certaines prestations spécialisées (voir chapitres 8.2 et 9.2) pourrait fragiliser l'attractivité des postes de cadres ainsi que des places de formation dans la mesure où le champ d'activité de certains services pourrait être réduit.

Nombre de postes

La séparation de l'HNE en trois entités occasionnera, comme toute entité qui se scinde, des redondances de postes, tant au niveau médico-soignant qu'administratif. S'il n'est pas possible, à ce stade, de chiffrer cet impact pour le personnel médico-soignant, des estimations peuvent être présentées pour les postes « de support » qui ne sont pas directement au lit du patient. Une première estimation montre que ce sont potentiellement entre trente et cinquante postes qui devront être créés au terme de la phase 2, selon le niveau de mutualisation qui pourra être trouvé entre les hôpitaux. Il s'agira, par exemple, de poste de direction (finance, logistique, médical, soins, ...) ou d'autres postes tels que juriste, pharmacien responsable, responsable de la comptabilité et responsable du codage. Au terme de la phase 3 (soit lorsque les deux autres SA auront été créées) et faute de mutualisation de ces services, ce sont encore entre treize et dix-neuf collaborateurs qu'il faudrait compter en plus pour permettre le fonctionnement des trois hôpitaux.

Pourtant, les hôpitaux devront aussi assurer l'équilibre financier, alors que l'enveloppe dédiée au financement des prestations d'intérêt général (PIG, voir chapitre 8.6) est appelée à se réduire. Lorsqu'on sait que $\frac{3}{4}$ des dépenses d'un hôpital sont les charges salariales, il semble évident que les hôpitaux vont devoir revoir leurs dotations, lesquelles devront être précisément chiffrées.

Vu les contraintes financières auxquelles seront confrontés les hôpitaux, la création de ces postes risque, faute de collaborations suffisantes entre acteurs, de limiter les dotations de postes médico-soignants au lit du patient, avec des impacts possibles tant au niveau du volume que de la qualité des prestations.

Le Conseil d'État relève que la séparation sera, dans tous les cas, une occasion de revoir l'organisation des services. Il répète ici que le financement de prestations d'intérêt général devra correspondre à des prestations réellement offertes à la population du canton et ne pourra pas se concevoir comme un financement additionnel pour des structures administratives et de direction. Il considère par ailleurs que l'objectif de ramener le niveau de ces prestations d'intérêt général à celui que connaissent des cantons comparables devra être tenu, conformément aux intentions manifestées tant par le Conseil d'État que par le Grand Conseil depuis plusieurs années au travers des plans financiers et des programmes d'assainissement. Cette orientation est aussi conforme à la volonté de réduire les coûts exprimée par les initiants dans le cadre de la campagne qui a précédé le vote du 12 février 2017. Ce sujet sera abordé dans la phase 2, lors de la définition de l'organisation et de la stratégie de chaque hôpital (chapitre 5.2).

Personnel

La phase de transition devrait durer de deux à trois ans pour la première étape, potentiellement cinq ans au total. Pour le personnel en place, déjà actuellement dans l'incertitude, cela signifie une prolongation, du moins partielle, de ces incertitudes et des difficultés à se projeter dans une organisation dont il ignore les contours principaux.

Il s'agira donc de veiller à accompagner le changement au mieux. A ce sujet, il convient de rappeler l'obligation faite par la convention collective de travail de favoriser le

reclassement des collaboratrices et collaborateurs dont le poste serait supprimé, et ce non seulement à l'intérieur de l'établissement, mais au sein du réseau des employeurs affiliés à la CCT (bourse aux emplois). Cette obligation constitue un facteur apaisant d'importance pour le personnel dans une période qui restera caractérisée par un haut degré d'instabilité. Le Conseil d'État mettra de son côté tout en œuvre pour permettre une phase de transition la plus courte et sereine possible.

8.4. Risques concernant la qualité

Le Conseil d'État est et demeurera très attentif à la qualité des prestations qui reste une de ses principales préoccupations en matière de santé publique. Dans cette perspective, il entend rapidement définir une stratégie cantonale en matière de qualité, comme il l'avait annoncé dans son rapport de politique sanitaire 2015-2022. Une partie de ce projet, qui abordera la problématique dans son ensemble, sera évidemment consacrée au domaine hospitalier, s'agissant notamment des règles d'autorisation d'exploiter un hôpital ou du suivi d'indicateurs qualité.

Certifications et standards minimaux de qualité

Les baisses de volumes ainsi que les potentielles pertes d'attractivité du personnel spécialisé et de reconnaissances de formation pourraient avoir des conséquences sur les certifications et standards minimaux de qualité.

S'agissant des certifications, il n'est pas possible à ce stade d'évaluer la capacité des futurs établissements à maintenir ou obtenir des reconnaissances comme centres de compétences, ni d'évaluer leur impact sur les accréditations pour le personnel dans certaines spécialisations. Il s'agira ainsi de veiller, dans la mesure du possible, à préserver au moins l'existant (stroke unit, centre du sein, soins palliatifs, pédiatrie, ...).

Il en va de même sur les conséquences en matière de qualité de la prise en charge et de la sécurité des soins que le Conseil d'État veillera à maintenir à un standard minimum dans toutes les régions du canton. En particulier, un contrôle des indicateurs de qualité continuera d'être effectué dans le cadre de l'évaluation des contrats de prestations. Dans tous les cas et comme indiqué précédemment, le Conseil d'État ne transigera pas sur les critères de qualité qu'il a déjà fixés aujourd'hui dans le cadre de ses planifications sanitaire et hospitalière et qu'il fixera à l'avenir dans ce même cadre. Si ces critères devaient ne plus pouvoir être respectés, certaines prestations ne seraient plus offertes dans le canton.

8.5. Risques concernant les infrastructures

De manière générale, il n'est pas prévu de toucher aux bâtiments actuels de l'HNE, du moins à court terme. Il appartiendra aux futurs organes dirigeants de déterminer ce qu'ils veulent en faire. Pour rappel, les coûts des immobilisations sont compris dans les tarifs hospitaliers, à charge des assurances et du canton.

Certaines situations particulières méritent cependant quelques explications supplémentaires.

Site de La Chaux-de-Fonds

Le Conseil d'État reste d'avis que le bâtiment de La Chaux-de-Fonds est obsolète et non approprié à l'exploitation durable d'un hôpital contemporain. Des travaux conséquents de plusieurs dizaines de millions de francs seront nécessaires pour le rénover en

profondeur. En cours d'exploitation, ces travaux pourraient de plus s'étendre sur une dizaine d'années.

S'agissant de l'ancien hôpital (rue Sophie-Mairet) et de sa reprise par l'État au profit de l'École Pierre-Coullery, il est renvoyé au chapitre 10 qui traite spécifiquement de cette question.

Site de La Chrysalide

Le site actuel de La Chrysalide ne répond plus aux normes. Les premiers devis demandés par l'HNE chiffrent les transformations à 800'000 francs pour répondre aux normes incendie et à 500'000 francs pour la mise à niveau rendue nécessaire pour la bonne exploitation du site. Rappelons encore que ce bâtiment est classé. En outre, l'éloignement physique de cette petite entité de toute autre entité hospitalière est aussi problématique à plusieurs titres et la révision des principes tarifaires imposée au plan national met son existence en péril. La question de la rénovation de ce site ou du déménagement de ses activités de soins palliatifs se pose dès lors à très brève échéance. Elle occupera les futurs organes dirigeants, si des options ne doivent pas déjà être prises sous la responsabilité de l'HNE.

Sites du Val-de-Travers et de La Béroche

Il est renvoyé au chapitre 10 pour les explications de détail sur la reprise de ces bâtiments par l'État.

8.6. Risques concernant les finances

Un chapitre spécifique est dédié au financement des propositions du Conseil d'État (chapitre 7). Le présent chapitre se focalise sur les conséquences financières perçues après la mise en œuvre de l'initiative H+H, s'agissant des coûts hospitaliers futurs et des coûts à charge de l'État.

Coûts hospitaliers

Il est difficile de se prononcer sur l'évolution des coûts de fonctionnement des hôpitaux. L'HNE a encore la réputation d'être un hôpital cher malgré les nombreux efforts déployés au cours des dernières années pour en limiter les coûts. Des pistes d'économies sont constamment recherchées. De nombreux autres hôpitaux suisses connaissent des difficultés financières, comme nos voisins de l'Hôpital fribourgeois ou de l'Hôpital de Bienne.

Cela étant, la mise en place de l'initiative H+H doit aussi être saisie comme l'occasion de revoir l'organisation interne des hôpitaux neuchâtelois et de tendre vers une organisation plus efficiente. Ce n'est qu'à ce prix que le système des SA pourra fonctionner. Néanmoins, certaines économies d'échelle - qui sont aujourd'hui rendues possibles dans l'HNE - ne seront potentiellement plus atteintes, dans les fonctions de support comme dans le domaine médical.

En effet, la conduite et l'exploitation d'hôpitaux distincts, avec du personnel supplémentaire (conseil d'administration, direction, RH, finance, communication, juristes, etc) généreront des surcoûts inévitables, pouvant atteindre 5 à 10 millions de francs (voir chapitre 8.3 pour les exemples).

Dans le domaine médical, pour respecter le texte de l'initiative et en particulier l'ouverture 24h/24 des blocs opératoires, une augmentation des ressources sera nécessaire, pour

un surcoût estimé à environ 3,5 millions de francs comme décrit dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Besoin en ressources médicales

	Situation actuelle HNE	Situation future deux hôpitaux	Différence	Surcoût
Anesthésie (modèle avec garde sur site à Pourtalès et piquet à La Chaux-de-Fonds)	12,6 EPT de médecins formés dont 9,6 sont autonomes et 3 couverts en garde	16 à 17 EPT de cadres autonomes	3 EPT supplémentaires de médecins et 4 EPT supplémentaires de cadres	1'850'000.-
Radiologie (modèle avec piquet radiologique sur CDF et maintien du même niveau sur PRT)			1,5 EPT de médecin cadre supplémentaire et 1 EPT de chef de clinique	675'000.-
Bloc opératoire (hors EPT anesthésie – déjà calculé ou existant)			3,7 EPT instrumentistes, 3,7 EPT aides de salle, 1,7 EPT salle de réveil	906'000.-

Il est à noter que ces coûts ne sont pas des coûts directs pour l'État, une partie entrant dans les coûts LAMal des prestations. L'autre partie entre en revanche dans la définition des prestations d'intérêt général, tel que présentée plus loin.

Il est intéressant de relever aussi que l'HNE a actuellement un accord avec les hôpitaux universitaires romands concernant leur centrale d'achat (CAIB). Cette collaboration est rendue possible par le fait que l'HNE dispose d'une masse de commandes suffisante. D'autres hôpitaux romands, plus petits, n'y ont pas accès. Une fois la séparation réalisée, aucun des trois hôpitaux ne pourra, en principe, prétendre pouvoir profiter des prix avantageux de cette centrale d'achats. L'impact financier n'a toutefois pas été estimé à ce stade.

Il est encore relevé que le risque de perte de prestations dans le canton pourrait aussi potentiellement réduire la rentabilité de certains services. Il s'agira de veiller à adapter les structures et dotations en conséquence pour que les pertes de recettes soient accompagnées d'une baisse au moins équivalente des charges.

Une réorganisation exigeante et en profondeur constitue donc la condition pour limiter l'augmentation des coûts hospitaliers. Les éventuelles recettes supplémentaires permises par le rapatriement de certains cas réalisés aujourd'hui hors canton ne changeront que peu cette donne comme le démontre l'exemple de la maternité développé au chapitre 8.

Financement de l'activité par l'État

Le financement de l'État pour les prestations individuelles dépend essentiellement du volume d'activité et des tarifs applicables.

En principe, le volume d'activité produit pour la population neuchâteloise ne devrait pas subir de changement en lien avec la nouvelle organisation hospitalière. Une analyse des cas neuchâtelois 2016 montre qu'il n'y a que peu d'hospitalisations inutiles. Cet indicateur sera étroitement suivi avec la mise en place de la nouvelle organisation, car la concurrence accrue poussera potentiellement les établissements à remplir leurs lits et à

créer une part d'activité potentiellement inutile. À titre d'illustration, on rappellera que les fermetures de blocs opératoires s'étaient accompagnées de baisses du nombre de cas. Relevons également l'exemple du CNP qui, avec la réunification sous un même toit de la psychiatrie, a été en mesure de réduire ses lits de moitié. L'inverse pourrait donc aussi être vrai et il s'agira, cas échéant, de réduire ce risque et de le suivre sur le plan statistique.

Concernant les tarifs applicables, il est difficile de prédire leur évolution. On assiste cependant de manière générale à une tendance à la baisse des tarifs hospitaliers au niveau national, sous la pression des assureurs-maladie. Néanmoins, l'augmentation des coûts hospitaliers présentée ci-avant peut faire craindre une augmentation des tarifs pour permettre aux établissements de couvrir leurs coûts, ce qui restera un objectif prioritaire.

Financement des prestations d'intérêt général (PIG) par l'État

En vertu de l'article 49, alinéa 3 LAMal, il est établi que les prestations suivantes, notamment, constituent des PIG, à savoir :

- le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ;
- la recherche et la formation universitaire.

Au-delà des deux prestations d'intérêt général prévues explicitement selon la LAMal, on qualifiera une prestation comme étant d'intérêt général lorsqu'elle présente un intérêt public prépondérant, lequel prédomine sur un intérêt privé. Dans un tel cas, la prestation est destinée à la collectivité ou à certains de ses sous-groupes (personnes âgées, population migrante, etc.).

Le financement des PIG de l'HNE est assuré aujourd'hui par une enveloppe annuelle, calculée sur une base historique de laquelle est déduit un objectif d'économie fixé par le Conseil d'État et le Grand Conseil. Ce sont 13,4 millions de francs d'économie qui ont été demandés à l'HNE depuis 2012.

Un important travail d'identification et de valorisation des PIG, démarche compliquée et chronophage, a été réalisé ces dernières années. Aujourd'hui, deux tiers des PIG ont pu être définis et valorisés avec l'HNE. Ce travail a été présenté dans le rapport d'information 15.114 du Conseil d'État au Grand Conseil dont les montants et modèles décrits ci-après sont extraits.

Dans ce contexte et de manière générale, la majorité des PIG demandées et financées à l'HNE le seront aussi aux futurs établissements. Leur valorisation pourrait cependant être différente. De plus, comme indiqué précédemment, la mise en application de l'initiative H+H doit être considérée comme une opportunité supplémentaire pour revoir le fonctionnement et l'organisation des hôpitaux.

La situation est toutefois paradoxale dans la mesure où l'initiative paraît coûter plus cher (création de doublons, pertes de synergies), mais où certaines prestations soutenues actuellement devraient disparaître (surcoût lié au multisite).

À l'inverse, l'augmentation des coûts de certaines PIG est à prévoir. Une démonstration peut être effectuée pour les urgences qui sont financées sur la base d'un modèle élaboré par le Canton de Vaud. Ce dernier définit les dotations nécessaires pour assurer les permanences selon cinq modèles de couverture horaires et de prestations, élaborés avec la collaboration de médecins urgentistes hospitaliers. Il met en parallèle l'activité réalisée par le service (nombre de passage aux urgences) et les recettes y relatives. La différence correspond à une PIG financée par l'État qui se doit d'assurer à sa population l'accès à ces prestations. La situation actuelle fait apparaître un financement total de 4 millions de francs pour les prestations d'urgences de l'HNE au titre de PIG. La modélisation de la

situation, après la mise en œuvre de l'initiative impliquant la réouverture des blocs opératoires le week-end et les jours fériés sur le site de La Chaux-de-Fonds, fait apparaître un surcoût de 1,1 million de francs par année pour les urgences. Le détail est présenté dans l'annexe 3.

Les coûts du multisite (y compris les transports) financés par l'État se montent eux à près de 18 millions de francs et devraient, en principe, ne plus être financés dans l'organisation future qui ne sera plus multisite (à l'exception de la réadaptation – soins palliatifs).

Dans ce contexte, il est difficile de déterminer l'effet net sur les PIG lié à la mise en œuvre de l'initiative. Dans tous les cas, une évaluation prestation par prestation devra être réalisée pour chacune des institutions nouvellement créées. Ce n'est qu'après ce travail que l'effet sur les PIG pourra être chiffré précisément. Quant aux coûts d'encadrement et de direction, le Conseil d'État considère comme important de redire d'emblée qu'ils ne correspondent pas, à ses yeux, à la définition des prestations d'intérêt général et qu'ils devront par conséquent être intégrés aux coûts des autres prestations et absorbés grâce aux collaborations entre acteurs et aux synergies ainsi développées. De même, le Conseil d'État considère qu'il n'existe aucun motif de revoir l'objectif défini dans les plans financiers successifs présentés par le Conseil d'État, à savoir de ramener le niveau de ces subventions pour PIG à celui que connaissent des cantons comparables.

CCT Santé 21

Comme expliqué précédemment, il n'est pas exclu que des postes soient supprimés dans le cadre de la séparation de l'HNE. Les conditions prévues par la CCT Santé 21 dans le cadre d'un licenciement collectif devront être respectées, ce qui pourrait impliquer le versement d'indemnités pouvant être relativement importantes. Pour rappel, les dispositions suivantes sont prévues (art. 3.3.2 CCT Santé 21) :

- l'indemnité correspond à trois mois de salaire, augmentée d'un salaire mensuel par cinq ans de service dans une des institutions parties à la CCT, mais au maximum neuf mois de salaire ;
- l'indemnité est versée de façon compensatoire, pour la même durée que mentionnée au paragraphe précédent, lorsque le poste proposé et accepté n'est pas équivalent au poste supprimé ;
- si l'employé-e refuse un poste équivalent, il-elle perd son droit à l'indemnité. S'il-elle refuse un poste qui n'est pas équivalent, il conserve son droit à l'indemnité.

Une série de postes équivalents pourra certainement être reproposée auprès de l'Hôpital des Montagnes - et si celui-ci applique la CCT Santé 21, ce qui devrait être le cas selon l'article 16 LHOPU -, cela permettra d'éviter de payer les indemnités. Néanmoins, il est probable que des indemnités devront être versées à un certain nombre de collaborateurs dont les postes seront simplement supprimés et non remplacés dans l'opération qui, comme indiqué précédemment, devra être l'occasion d'améliorer l'efficacité du système. Le coût se monterait à plusieurs centaines de milliers de francs.

8.7. Autres risques

Jusqu'ici, le Conseil d'État a focalisé son attention sur les conséquences de la mise en œuvre de l'initiative H+H sur l'HNE et sur l'État. Or, les conséquences s'étendent également à l'ensemble du système de santé neuchâtelois. En effet, l'acceptation par le peuple de cette initiative a amené le gouvernement à reconsidérer la place de l'hôpital dans ce système et le fonctionnement de celui-ci.

Le Conseil d'État souhaite renforcer la mise en réseau des différents services du système de soins, dans le but d'assurer des prestations de soins de qualité au meilleur coût. S'il imaginait cette mise en réseau à un échelon cantonal, voire intercantonal, il doit aujourd'hui admettre qu'un premier échelon régional est souhaité par le peuple.

De manière générale, il ne faut pas minimiser les impacts de la mise en œuvre de l'initiative sur la gouvernance et le pilotage du système de santé. Des réflexions et des changements d'organisation devront avoir lieu, en particulier pour le secteur du pré-hospitalier, la prévention et la promotion de la santé ou la planification médico-sociale (PMS) pour personnes âgées.

La mise en œuvre de l'initiative H+H devra faire partie intégrante de ces réflexions.

Partenaires

Enfin, d'autres acteurs que l'HNE et l'État sont concernés par le vote du 12 février 2017. Ainsi, les principaux partenaires intra-cantonaux de l'HNE ont été interpellés avant le début des travaux du GT H+H. Ceux-ci ont communiqué les principales conséquences de l'acceptation de l'initiative qu'ils percevaient pour eux. Sans être exhaustive, la liste complète s'élevant à plus de cent points, on peut en citer quelques-uns qui permettent de se rendre compte de l'ampleur des travaux et réflexions à mener :

- *Représentation HNE* : révision des statuts et des membres de nombreux organes de gouvernance et groupes (CIGES⁵, CCT Santé 21, AROSS⁶, NOMAD, ADMED⁷, prévoyance.ne) ;
- *Protection des données* : définition des principes de ségrégation des données et d'accès aux données, historique des données médicales pour chaque patient (CIGES, RNJT⁸, ADMED) ;
- *Sécurité* : identitovigilance (ADMED), hygiène hospitalière ;
- *Ressources humaines* : ressources nécessaires à la prise en charge d'un second hôpital (CIGES), nécessité de rattacher chaque actif (2500) et chaque pensionné (900) à l'hôpital correspondant (prévoyance.ne) ;
- *Locaux* : location à des tiers ou consultations sur un site (CNP, CNO⁹, ADMED, EMSP BEJUNE¹⁰) ;
- *Informatique* : impact sur la cybersanté (DEP¹¹ à développer d'ici 2020 pour les hôpitaux sous peine de ne pas pouvoir facturer), nécessité de redéfinir la stratégie informatique avec les nouveaux partenaires (CIGES) ;
- *Collaborations* : partenariats à revoir (CNO, GSMN-NE, hôpitaux universitaires – une vingtaine), pré-hospitalier (FUS¹², services d'ambulances, événements majeurs), conventions tarifaires (assureurs maladie).

Les conséquences sont donc importantes sur les partenaires de l'HNE également. De nouveaux partenariats devront être établis, souvent à double, voire à triple selon les sujets concernés.

⁵CIGES : Centre d'information, de gestion et d'économie de santé (informatique)

⁶AROSS : Association Réseau Orientation Santé Social

⁷ADMED : Analyses et diagnostics médicaux (laboratoire)

⁸RNTJ : Service régional neuchâtelois et jurassien de transfusion sanguine

⁹CNO : Centre neuchâtelois d'ophtalmologie

¹⁰EMSP BEJUNE : Equipe mobile soins palliatifs Berne-Jura-Neuchâtel

¹¹DEP : Dossier électronique du patient

¹²FUS : Fondation urgences santé

9. INITIATIVE MATERNITÉ

L'initiative législative populaire « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises » a été déclarée recevable par le Grand Conseil en septembre 2015. Recueillant 4'626 signatures, sa teneur est la suivante :

« Les électrices et les électeurs soussignés, faisant application des articles 98 et suivants sur la loi sur les droits politiques, du 17 octobre 1984, demandent par voie d'initiative : La création d'une maternité attachée à l'hôpital public, située dans le district du Locle ou de La Chaux-de-Fonds et associée au support pédiatrique nécessaire à son fonctionnement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ».

9.1. Traitement de l'initiative

Selon l'article 110, alinéa 3 de la loi sur les droits politiques, le Grand Conseil, saisi d'un projet rédigé, peut soit l'approuver par une loi ou un décret, soit ne pas l'approuver. Dans ce dernier cas de figure, le projet est alors soumis au vote du peuple accompagné ou non d'une proposition de rejet et, le cas échéant, d'un contre-projet. Selon l'article 107, alinéa 4 de la loi sur les droits politiques, une fois déclarée recevable par le Grand Conseil, le Conseil d'Etat la lui transmet accompagnée d'un rapport dans les deux ans qui suivent la publication des résultats dans la Feuille officielle.

Initialement, le Conseil d'Etat avait souhaité soumettre le projet HNE-Demain en contre-projet à l'initiative « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises ». Le dépôt de l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires » l'avait conduit à proposer au Grand Conseil d'opposer le contre-projet « HNE-Demain » plutôt à cette seconde initiative, jugeant cette dernière plus en accord avec l'unité de matière exigée pour lier deux objets. Le Grand Conseil n'a donc pas encore été saisi formellement de l'initiative « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises ».

Dans ce contexte et tenant compte du délai légal fixé au 17 juillet 2017, le Conseil d'Etat a souhaité que le GT H+H se positionne rapidement sur cette initiative, raison pour laquelle il a aussi nommé un représentant du comité d'initiative en son sein.

Vu les liens étroits entre la mise en œuvre de l'initiative H+H et l'initiative maternité, le comité d'initiative « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises » a accepté de voir repoussé le traitement de cette initiative le temps que le GT H+H se prononce et que le Conseil d'Etat traite de la question. Ce dernier a donc fait usage de ce délai supplémentaire pour prendre position.

Malgré ce délai supplémentaire, le GT H+H n'a pas été en mesure de trouver un consensus sur cette question (voir chapitre **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) et il revient au Conseil d'Etat de se déterminer sur la suite à donner qu'il entend proposer au Grand Conseil.

9.2. Position du Conseil d'Etat

En préambule à ce chapitre qui doit permettre de mesurer les conséquences de la mise en œuvre d'une deuxième maternité dans le canton, le Conseil d'Etat tient à relever que ce type de réflexion devra être effectué pour toutes les prestations qui seraient amenées à être dédoublées dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative H+H.

Dans le cas particulier de l'initiative maternité, au-delà des difficultés de recrutement et de maintien de la qualité et sécurité qui se poseraient inévitablement, on constate que le doublement d'une prestation peut conduire à la disparition de prestations spécialisées et ceci pour un coût plus élevé.

9.2.1. *Concernant la forme de l'initiative*

Le Conseil d'État tient à relever que, dans la logique du rapport du GT H+H et de l'autonomie stratégique que ce dernier souhaite laisser aux hôpitaux, il devrait appartenir aux futurs organes dirigeants de l'Hôpital des Montagnes de se positionner sur leur volonté, respectivement sur leur capacité, de développer une maternité en son sein, ce dans le respect des contraintes de la planification hospitalière. Suivre ces principes et leur logique impliquerait le retrait de cette initiative et, si elle devait être maintenue, son rejet. Le Conseil d'État s'étonne que, malgré les orientations données par le GT H+H, ses membres ne soient pas arrivés à cette conclusion.

Pour cette raison déjà, le Conseil d'État propose le rejet de cette initiative.

9.2.2. *Concernant le fond de l'initiative*

Le Conseil d'État a déjà pris position sur le fond de cette initiative en 2016 (Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil 16.029), alors qu'il souhaitait y opposer son projet HNE-Demain.

Il y rappelait que la décision par le Conseil d'État de centralisation des activités femme-mère-enfant (FME) date de 2008, validée par le Grand Conseil en 2012. Elle faisait suite à la démission de six médecins du département de pédiatrie qui estimaient que la sécurité n'était plus assurée sur le site de La Chaux-de-Fonds et qui demandaient la création d'une unité FME regroupant la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie en un lieu unique. A ce moment-là, vu les difficultés de recrutement, le risque que le Canton de Neuchâtel ne dispose plus de pédiatrie hospitalière était réel.

En plus d'être une réponse aux risques de pertes de prestations pour le canton, la création du centre FME a permis le développement de nouvelles prestations (urodynamique, médecine fœtale, centre du sein, etc.), une meilleure expertise des équipes et une meilleure attractivité pour le personnel en formation.

Concernant la maternité, en particulier la néonatalogie et de l'avis des professionnels de l'HNE, la centralisation a permis d'améliorer la qualité de la prise en charge des nouveaux-nés. Cette qualité est d'ailleurs reconnue par les centres universitaires et les hôpitaux régionaux voisins et ne semble pas remise en question par les initiants.

Les connaissances actuelles du Conseil d'État lui permettent de mieux étayer ses arguments sous l'angle des prestations, d'une part et des coûts, d'autre part.

Impact sur les mandats de prestations

En plus des arguments déjà exposés en 2016, le Conseil d'État souhaite rappeler les exigences de qualité prévues par la planification hospitalière. La CDS propose des recommandations pour la planification hospitalière qui doit permettre un accès aux soins adéquat, garantir la qualité des prestations et offrir une option de maîtrise des coûts. Dans ses recommandations, la CDS répartit les prestations hospitalières par domaines, eux-mêmes subdivisés en groupes de prestations. Elle pose des exigences de qualité pour chaque groupe de prestations. Il s'agit, par exemple, des spécialistes FMH requis,

de leur disponibilité, du niveau de service d'urgence (heures d'ouverture, bloc opératoire, etc.), de la présence requise ou non de soins intensifs, de liens avec d'autres prestations ou encore de nombre minimal de cas à effectuer.

Dans le cas de l'initiative maternité, il convient d'apprécier si ces exigences pourraient toujours être respectées en cas de création d'une seconde maternité dans le canton. Il s'avère que des critères sont posés autant pour le volet « obstétrique » que pour le volet « nouveau-né ». L'établissement qui souhaite disposer d'une maternité doit pouvoir y répondre pour prétendre figurer sur la liste hospitalière cantonale et ainsi être autorisé à facturer à charge de la LAMal. Une partie de ces critères est résumée dans le tableau de l'annexe 4.

Actuellement, l'HNE s'est vu confier des mandats de prestations (liste hospitalière 2016-2022) pour les groupes de prestations suivants :

- obstétrique de base : GEB 1 / Obstétrique spécialisée : GEB 1.1, GEB 1.1.1
- nouveaux-nés : NEO 1 / Néonatalogie : NEO 1.1, NEO 1.1.1 (mandat partiel, en collaboration avec un hôpital universitaire).

De plus, le site de Pourtalès est accrédité au niveau IIB par la société suisse de néonatalogie, raison pour laquelle seul un mandat partiel est accordé pour NEO1.1.1.

En 2015, l'HNE a traité 1'788 cas d'obstétrique¹³, dont un peu moins de 1'500 accouchements. Avec ses 1'788 cas, il remplit le critère du volume minimal de 1'500 cas exigé pour prétendre au mandat de prestation d'obstétrique (GEB1) et, par lien obligatoire, le mandat d'obstétrique spécialisée (GEB1.1), ainsi que les mandats de néonatalogie et de néonatalogie spécialisée.

En cas de création d'une seconde maternité dans le canton, les cas d'obstétrique seront répartis sur les deux maternités. Pour évaluer l'activité de deux éventuelles futures maternités, deux scénarios ont été imaginés¹⁴: le premier répartissant les cas d'obstétrique selon un ratio 40/60 comme le propose globalement le GT H+H, le deuxième les répartissant selon les régions de domicile des parturiantes.

Tableau 2 : Scénarios de répartition des cas d'obstétrique

Maternité	Cas neuchâtelois - GEB 1	Cas neuchâtelois - GEB 1.1	**Cas avec domicile hors canton GEB 1 et 1.1	*Rapatriement de cas hors canton	Total GEB 1 et 1.1
Situation actuelle (2015)					
HNE	1'690	12	86		1'788
Scénario 1 : répartition à 40/60					
Montagnes	676			100	776
Littoral	1'014	12	86		1'112

¹³Source : statistique médicale OFS 2015. Les chiffres 2016 sont similaires.

¹⁴Hypothèses utilisées :

- Natalité stable
- Montagnes : uniquement cas GEB 1 (GEB 1.1 nécessitant des soins intensifs)
- Par région : Montagnes = 100% des parturiantes des Montagnes et 50% du Val-de-Ruz
- *Rapatriement des cas neuchâtelois allant hors canton : uniquement les cas non universitaires, 2/3 des cas avec domicile dans les Montagnes et 1/3 des cas avec domicile au Val-de-Ruz
- **Les cas pris en charge à l'HNE mais provenant d'un autre canton sont comptabilisés à l'Hôpital du Littoral

Scénario 2 : répartition par région				
Montagnes	554		100	654
Littoral	1'136	12	86	1'234

Dans ces scénarios, la maternité des Montagnes traiterait entre 650 et 750 cas d'obstétrique, soit pour les naissances uniquement, des chiffres proches de ceux de l'année 2007, avant la création du centre FME (La Chau-de-Fonds : 541 naissances, Pourtalès : 1'021 naissances).

Les règles de planification ont cependant changé de manière importante depuis 2007. Et en répartissant les cas d'obstétrique sur deux maternités, les 1'500 cas exigés pour obtenir le mandat GEB 1.1 ne seront plus atteints, par aucune d'entre elles.

Sans ce mandat, la prestation de néonatalogie ne pourrait par conséquent plus être effectuée dans le Canton de Neuchâtel (concerne NEO 1.1 et 1.1.1, par lien obligatoire avec GEB 1.1 et 1.1.1). Prématurés et nouveaux-nés malades devront être pris en charge hors canton et les conséquences sur la pédiatrie hospitalière seront donc importantes. On peut également craindre que l'attractivité et les compétences d'un service de pédiatrie ne disposant plus de néonatalogie ne soient plus aussi bonnes qu'aujourd'hui.

Impact financier

Les exigences de la planification hospitalière auront également un autre impact. En effet, pour pouvoir disposer d'une maternité, des urgences de niveau 4¹⁵ sont obligatoires. Comme expliqué au chapitre **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, le modèle vaudois permet d'estimer le surcoût d'un tel dispositif à assurer pour l'obstétrique. Dans ce modèle, le niveau 4 de la planification hospitalière correspond à la variante 5 « obstétrique ».

En continuant d'appliquer ce modèle, le canton serait appelé à financer un coût supplémentaire de 2,5 millions de francs au titre de PIG. Le détail est présenté dans l'annexe 3, tableau 3. En parallèle, l'État pourrait économiser la PIG « néonatalogie » qui est appelée à disparaître selon les explications précédentes. Si cette prestation n'est pas encore formellement chiffrée, la comptabilité analytique fait ressortir un coût de 860'000 francs. L'abandon de cette prestation dans le canton poussera les patientes à aller accoucher dans des hôpitaux hors canton, probablement dans les hôpitaux universitaires vu la nature des naissances. Ces établissements ayant un tarif plus élevé que l'HNE, un surcoût de l'ordre du 300'000 francs serait attendu. L'augmentation nette des coûts à charge de l'État se monterait à près de 2 millions de francs.

De son côté, les hôpitaux neuchâtelois perdraient des recettes nettes de 2,1 millions de francs. Cela correspond à la perte des cas spécialisés qui seront pris en charge hors canton (près de 3 millions de francs) et qui ne sera que partiellement compensée par la récupération de certains accouchements simples de Neuchâteloises réalisés actuellement hors canton (800'000 francs).

Ces chiffres sont présentés et résumés dans le tableau ci-dessous :

¹⁵Urgence de niveau 4 selon les exigences de la planification hospitalière : 24h/24 / obstétrique : les accouchements sont assurés par un spécialiste en gynécologie et obstétrique (présent sur place en 10 minutes). Les césariennes en urgence doivent être réalisées en <15 min (délai décision naissance [DDN]). Sages-femmes : présence 24h/24.

Tableau 3 : Impact financier pour l'État et les hôpitaux en cas de création d'une seconde maternité

État	Fr.
Surcoût PIG Urgences	2'500'000
Gain disparition PIG néonatalogie HNE (estimation, coûts analytiques sans les charges indirectes)	-860'000
Surcoût cas spécialisés traités en milieu universitaire (tarif de référence plus élevé)	300'000
Total	1'940'000
HOPU	
Recettes cas rapatriés (actuellement hors canton)	800'000
Perte cas spécialisés devant être traités hors canton	-2'950'000
Total	-2'150'000

Recrutement médical et qualité

Comme souligné ci-dessus, en cas de création d'une maternité dans les Montagnes neuchâteloises, il faudra pouvoir s'assurer du respect des critères de planification hospitalière. Une garde conséquente devra être organisée, soit :

- pour l'obstétrique (GEB1) : obstétricien présent à l'hôpital disponible dans les dix minutes
- pour la pédiatrie (NEO1) : spécialiste joignable en permanence et assurant une intervention dans l'heure.

Si l'établissement accueillant la nouvelle maternité ne parvenait pas à recruter un pool suffisant pour assurer cette garde, soit 5,5 EPT par spécialité pour le maintien d'une permanence 24h/24, il faudrait envisager de la répartir par exemple sur les médecins actuellement installés en cabinet¹⁶. Dans les deux cas, il est pertinent de se poser la question de la qualité qui pourra être délivrée, notamment comparée à celle actuellement offerte à l'HNE, et de la sécurité sanitaire.

Conclusion

Ces analyses complémentaires confortent le Conseil d'État dans sa position. En effet, il n'entend pas remettre en question les prestations d'obstétrique et de néonatalogie actuellement offertes à l'HNE pour l'ensemble de la population cantonale. Ces prestations ne relèvent pas de la médecine hautement spécialisée ou d'une médecine universitaire comme le laissent entendre certains défenseurs de l'initiative. Elles permettent une prise en charge de proximité dans des moments importants de la vie comme la naissance d'un enfant prématuré qui nécessite de fréquentes visites de la famille, qui plus est dans un contexte de vive émotion. Au surplus, se priver de ces prestations au profit de l'ouverture d'une seconde maternité dans le canton présente un coût que le Conseil d'État estime important et inutile, en particulier dans la période de difficulté financière que connaît le canton.

9.2.3. Concernant le traitement de l'initiative

Vu les arguments qui précèdent, le Conseil d'État propose au Grand Conseil de rejeter l'initiative et de la soumettre à la votation populaire.

¹⁶NeMedReg au 25.01.2018 : 11 gynécologues-obstétriciens et 8 pédiatres.

10. BÂTIMENTS

Dans le contre-projet « HNE-Demain », il était prévu que l'HNE cède les bâtiments dont il n'aurait plus usage en contrepartie de la reprise de la dette par l'État. Ce montage étant remis en question par l'acceptation de l'initiative H+H, il a été nécessaire de reprendre le dossier. Les propositions y relatives sont donc présentées ci-après pour trois bâtiments dont l'HNE n'a plus directement l'usage.

10.1. Reprise des bâtiments de Couvet et de La Béroche

Dans le cadre de la reprise d'une partie du patrimoine immobilier de HNE, les anciens bâtiments hospitaliers de Couvet et de La Béroche seront acquis par l'État de Neuchâtel durant l'année 2018. Ces deux biens seront inscrits au patrimoine financier.

10.1.1. Hôpital de Couvet

HNE n'étant plus majoritaire dans l'occupation du bâtiment et n'ayant pas les ressources pour l'exploiter et le gérer, celui-ci sera vendu à l'État de Neuchâtel. Le service des bâtiments (SBAT) en assurera la gestion.

Le bâtiment transformé depuis 2017 en maison de santé et de vie loge actuellement la Fondation Les Perce-Neige, l'HNE, ADMED, un cabinet gynécologique, un groupe de médecins généralistes, un ophtalmologue ainsi qu'un pédiatre.

Les baux à loyer existants seront repris par l'État de Neuchâtel et de nouveaux contrats seront établis avec les locataires.

L'état d'entretien du bâtiment de Couvet est jugé bon et ne nécessite pas d'investissement urgent. Le bâtiment et le terrain font partie du bien-fonds No 2631 du cadastre de Couvet.

10.1.2. Hôpital de La Béroche

Le bâtiment qui logeait jusqu'en 2016 l'ancien hôpital de La Béroche à St-Aubin est actuellement inoccupé. Il sera également acquis par l'État de Neuchâtel puisque HNE ne possède pas les ressources pour déterminer de son avenir. En outre, l'État de Neuchâtel s'est engagé auprès de la commune de La Béroche à favoriser l'émergence d'activités générant des emplois sur ce site. Pour ce bâtiment également, le SBAT se verra confier l'étude de sa future affectation.

À ce jour, sa future affectation ainsi que les travaux d'assainissement et d'aménagement qui en découleront ne sont pas arrêtés. Les discussions avec la commune et la Fondation de l'ancien hôpital de La Béroche, propriétaire du terrain sur lequel est érigé le bâtiment, sont actuellement en cours.

Pour les deux transactions, l'acquisition se fera au montant de la valeur inscrite au bilan d'HNE au 31 décembre 2017. Dans les deux cas, cette valeur est nettement inférieure à la valeur vénale des deux objets.

10.2. Reprise bâtiment La Chaux-de-Fonds – École Pierre-Coullery

10.2.1. Contexte

Vote du Grand Conseil

Le Grand Conseil a octroyé, le 22 février 2017, un crédit de 3'940'000 francs pour l'extension de l'École Pierre-Coullery du CIFOM dans le bâtiment de l'ancien Hôpital de La Chaux-de-Fonds (Rapport 16.048 du Conseil d'État au Grand Conseil). Ce crédit d'engagement sert à financer les études et les travaux qui seront réalisés en deux étapes dans un bâtiment aujourd'hui propriété de l'HNE.

École Pierre-Coullery

L'École Pierre-Coullery, unité rattachée au Centre Interrégional de Formation des Montagnes neuchâteloises (EPCy-CIFOM), a été créée en 2003 (sous le nom de Centre Pierre-Coullery), concrétisant la volonté politique de réunir en un établissement cantonal et sur un seul site les formations du domaine Santé-social. L'école a été intégrée au CIFOM en 2006.

L'EPCy-CIFOM dispense ses formations dans les niveaux de certification suivants :

1. attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) : aide en soins et accompagnement (formation duale) ;
2. certificat fédéral de capacité (CFC) : assistant en soins et santé communautaire (ASSC), assistant socio-éducatif (ASE) (formations duales) ;
3. maturité professionnelle intégré aux CFC d'ASSC et d'ASE ;
4. école supérieure (ES) : éducation de l'enfance ;
5. depuis le 1^{er} janvier 2017 : École supérieure (ES) : éducation sociale.

À la rentrée scolaire 2017, ce sont près de 930 étudiant-e-s qui suivent l'une ou l'autre de ces voies de formation alors que le bâtiment principal de l'école, sis rue de la Prévoyance 80-82 à La Chaux-de-Fonds, a été construit et prévu pour environ 350 apprenant-e-s.

Ces locaux, propriétés de l'État, ne suffisent plus depuis plusieurs années à accueillir l'ensemble des classes et des filières. Des cours sont donnés dans l'abri anti-atomique et, à la mauvaise saison, les élèves pique-niquent dans les salles de classe et les escaliers pour disposer d'une place assise.

Les solutions provisoires mises en place jusqu'à présent par l'EPCy-CIFOM pour absorber le développement de ses filières (création de nouvelles salles de cours à Prévoyance 80-82 par travaux de réaménagement, délocalisation de cours dans les locaux de l'HEP-BEJUNE, de l'École d'art, du Lycée Blaise Cendrars et de l'ESTER, location de locaux externes) péjorent le fonctionnement de l'institution (éclatement géographique) et atteignent à présent leurs limites.

De plus, les locaux de service (secrétariat, cafétéria, toilettes, etc.) sont désormais notoirement insuffisants. Il est à la fois urgent et important de mettre en place des infrastructures pérennes permettant aux personnes en formation et au corps enseignant de travailler dans des conditions normales.

Le projet permettra de :

- répondre aux besoins en salles de classe et locaux de service ;
- optimiser le fonctionnement de l'école en concentrant les filières ES (éducateur-trice de l'enfance, éducateur-trice social-e) sur le site voisin de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, pour le reste des apprenant-e-s (ASA, ASE, ASSC) dans le bâtiment principal de l'EPCy-CIFOM ;
- créer un pôle de formation professionnelle du domaine santé-social à proximité de l'hôpital et de l'EMS Les Arbres, avec la volonté de développer des synergies avec ces institutions sur la base de nouveaux modèles pédagogiques ;
- développer éventuellement des filières santé-social, au gré de la libération de certains locaux sur le site de l'Hôpital (ES soins infirmiers, maître socioprofessionnel à l'horizon 2020-2021).

10.2.2. Description du projet

Le projet consiste en la création, en deux étapes, de salles de classes et de locaux administratifs pour les filières ES du domaine santé-social de l'École Pierre-Coullery dans l'ancien Hôpital de La Chaux-de-Fonds, un bâtiment emblématique érigé en 1898 et colloqué en catégorie 1 « bâtiment remarquable » avec la valeur 3, présentant un intérêt probable au recensement architectural du Canton de Neuchâtel (RACN).

Les mouvements envisagés sont présentés dans l'annexe 7, figure 1.

L'étude de faisabilité a démontré que le bâtiment offre une compatibilité structurale entre les anciens espaces hospitaliers et leur réaménagement en salles de classe. Celui-ci a un grand potentiel pour l'École Pierre-Coullery dans une perspective de développement à long terme.

L'étape 1 du projet comprend sept salles de classe, des bureaux, une salle des maîtres, des zones communes (cafétéria, cuisinette) et divers locaux (sanitaires, stockage, nettoyage, reprographie, informatique). L'étape 2 comporte quatre salles de classe, une médiathèque et divers locaux (sanitaires, stockage, nettoyage).

Les travaux envisagés consistent en l'aménagement intérieur avec la démolition et la création de quelques murs et cloisons, la réfection des sols et des plafonds et le remplacement de quelques fenêtres. Les installations électriques et informatiques seront adaptées à la nouvelle affectation et aux normes de sécurité en vigueur. L'installation de chauffage existante est conservée. Les locaux sanitaires existants seront remis à neuf. Les portes des salles de classe seront remplacées, ainsi que celles des locaux techniques afin de répondre aux exigences aux directives et recommandations de l'Association des Établissements d'Assurances Incendie (AEAI).

Planning familial

Le planning familial est concerné par l'étape 1 du projet. Il devra pouvoir être relocalisé si possible à proximité immédiate de l'Hôpital, voire même en lien direct, car une part des prestations est actuellement effectuée par un médecin gynécologue de l'Hôpital. Des propositions de relocalisation sont à l'étude pour mettre à disposition des surfaces pour fin octobre 2018.

Dialyse

La dialyse est concernée par l'étape 2 du projet. Une proposition de relocalisation de la dialyse est sur le point d'être trouvée au sein de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds (ancienne aile de pédiatrie au niveau 3). Le projet a été présenté aux différentes parties. GSMN-Neuchâtel SA a visité les locaux et a montré son intérêt pour le nouvel emplacement proposé. L'Hôpital est intéressé à ce que la dialyse reste au sein de ce bâtiment. Le projet reste à chiffrer et les travaux doivent être planifiés. Des discussions doivent encore avoir lieu concernant les baux pour la mise à disposition de ces locaux, mais les partenaires semblent en mesure de s'entendre en vue de la conclusion de ce projet.

10.2.3 Organisation du projet

Sous l'égide d'un comité de pilotage placé sous la direction du Département de l'éducation et de la famille (DEF), une commission de construction supervise la préparation et le suivi de l'exécution du projet pendant les étapes 1 et 2. La commission de construction est placée sous la direction du service des bâtiments. Elle est composée de représentants du DEF, des utilisateurs et du SBAT.

10.2.4 Conditions de transfert

Dès lors que les bâtiments perdront toute affectation hospitalière, il apparaît cohérent d'en transférer la propriété à l'État plutôt que de les maintenir dans le bilan de l'HNE ou de les transférer au nouvel hôpital des Montagnes neuchâteloises, et ce alors que l'État en aura financé les travaux de transformation et qu'il les exploitera en tant que « centre cantonal de formation ».

Dans la perspective de réaliser l'École Pierre- Coullery dans ce bâtiment, ce dernier sera donc affecté au patrimoine administratif de l'État. L'opération doit faire l'objet d'un crédit complémentaire au crédit d'engagement de 3,94 millions de francs, du 22 février 2017. Ce crédit, compétence du Grand Conseil, n'entre pas strictement dans le projet H+H et n'est donc pas englobé dans le crédit-cadre, même s'il est sollicité par le biais du même rapport.

Comme pour les autres bâtiments hospitaliers que l'HNE va céder à l'État de Neuchâtel, le transfert de propriété de l'immeuble rue Sophie-Mairet 29-31 à La Chaux-de-Fonds sera réalisé au montant de la valeur comptable inscrit au budget de l'HNE, soit 4'340'000 francs (estimation comptable arrêtée au 31.12.2017).

Cette solution a été retenue évitant ainsi de longues et coûteuses négociations sur la justification économique d'une valeur de transfert.

Pour comparaison, la valeur de la dernière estimation de l'Établissement cantonal d'assurance et de prévention (ECAP) est de 18'500'000 francs.

Le prix de transfert ne concerne que le bâtiment.

D'un point de vue foncier, le bâtiment rue Sophie-Mairet 29-31 est érigé sur le droit de superficie (DDP) No 17637 dont le bénéficiaire est l'HNE, DDP qui lui-même est constitué sur la parcelle 17636, propriété de la ville de La Chaux-de-Fonds. Par division du DDP No 17637, cette configuration implique la création d'un nouveau droit de superficie pour le périmètre du bâtiment rue Sophie-Mairet 29-31. Le bâtiment dont l'acquisition est projetée est présenté dans la figure 2 de l'annexe 7.

En sa qualité de propriétaire, la ville de La Chaux-de-Fonds devra également se constituer partie à l'acte ; les discussions avec le Conseil communal sont actuellement en cours. Une rente de superficie - dont le loyer annuel foncier est estimé à 6'000 francs - sera perçue par la ville de La Chaux-de-Fonds.

Le transfert de propriété est prévu au 1^{er} janvier 2019.

10.2.5. Comparatif des coûts d'exploitation entre variante de location et variante en propriété

L'acquisition en propriété de l'ancien Hôpital de La Chaux-de-Fonds représente, pour l'État de Neuchâtel, une opération économiquement favorable. L'investissement permet, d'une part, d'éviter la location à un tiers bailleur des surfaces nécessaires à l'EPCy. L'estimation du loyer (charges comprises) pour une telle surface se monte annuellement à 302'000 francs. D'autre part, les locaux actuellement loués à La Croix-Rouge ainsi que les surfaces de stockage et les chambres situées dans les combles et occupées par l'HNE permettent d'obtenir un état locatif annuel estimé à 335'000 francs (loyer charges comprises). Les détails sont présentés dans le tableau 1 de l'annexe 7.

Il est à noter que l'enveloppe générale du bâtiment (toiture, murs extérieurs, portes et fenêtres) nécessitera à moyen terme un assainissement complet. Par conséquent, un crédit d'engagement sera sollicité ultérieurement. Le prix d'acquisition du bâtiment à sa valeur comptable permet cet investissement à futur.

D'autre part, dans le cadre de la transaction avec l'HNE, l'étude de présence du gaz radon dans les étages inférieurs sera réalisée. En fonction du taux de gaz présent, cela peut nécessiter des travaux d'assainissement au rez-de-chaussée (ventilation).

11. IMPACTS FINANCIERS

Le présent projet comporte une importante composante financière déjà largement décrite dans les chapitres précédents. Ils sont rappelés ci-dessous en précisant que, si les coûts du projet et de la mise en œuvre ont pu être estimés relativement précisément, les conséquences à long terme de l'application de l'initiative H+H ne correspondent, à ce stade, qu'à des prévisions très générales.

11.1 Impacts financiers de la mise en œuvre de l'initiative

11.1.1. Synthèse des crédits d'engagement

Plusieurs crédits sont nécessaires au financement de la mise en œuvre de l'initiative telle que décrite précédemment. Trois décrets sont ainsi proposés à validation du Grand Conseil. En résumé :

Tableau 4 : Synthèse des crédits d'engagement

	Prestation	Montant (en mios de francs)	Compte État	Calculs de référence	Renvoi (chapitre)
Phase 1 – Capitalisation de l'Hôpital des Montagnes (HMN)					
Décret 1 : Crédit cadre de 33,9 millions					
1a	Dotation d'un fonds de roulement à l'HMN pour son fonctionnement et participation aux travaux conceptuels de la phase 2.	2,0	Investissement	Budget de fonctionnement 1,9 mio Capital nominal de dotation 0,1 mio	7.1.2
1b	Transfert du bâtiment d'exploitation du site de La Chaux-de-Fonds à la SA HMN et capitalisation de cette dernière contre participation équivalente de l'État	31,9	Investissement	Valeur comptable au moment de la transaction par l'État (estimée à 31'826'513 francs au 30.6.2017)	7.1.1
Phase 2 – Répartition des missions et autonomisation de l'HNE					
Décret 2 : Crédit-cadre de 4,4 millions de francs					
2a	Financement des coûts externes (mandats et honoraires) du projet de conception de la phase 2	2,7	Investissement	annexe 6 (tableau 2) 2'457'200 + TVA	7.2.1
2b	Financement des heures de l'HNE pour participation aux travaux conceptuels de la phase 2 et la mise en oeuvre	1,7	Investissement	Projet : 500 jours à 960.- (120/h *8), financé au 2/3 : 320'000.- Mise en œuvre : 2100 jours à 960.-, financé au 2/3 : 1'350'000.-	7.2.2
Phase 4 – Liquidation de l'HNE					
Décret 3 : Crédit d'engagement de 200 millions de francs					
3	Financement de la liquidation finale de l'HNE (phase 4) par prise de participations dans les sociétés Littoral et CTR et reprise des dettes de l'HNE en contrepartie	200,0	Investissement	Dettes à long terme de l'HNE au 31.12.2017 : 283 mios Dettes nettes à reprendre à terme : 200 mios	7.4

Concrètement, l'ensemble de ces opérations permet à l'HNE d'encaisser un montant total de 39'022'327 francs qui sera consacré au financement de ses investissements courants et à la réduction de son endettement.

Enfin, le Conseil d'État relève que, si les montants globaux articulés dans ce rapport sont conséquents, la reprise de la dette comme l'acquisition des bâtiments de La Chaux-de-Fonds ne sont pas de nouvelles dépenses, mais relèvent davantage d'opérations techniques, comptables et juridiques. En effet, tant la dette de l'HNE que les bâtiments existent déjà et l'État en répond indirectement. Les crédits sollicités permettent d'en assurer le transfert à l'État, respectivement à la nouvelle SA. La seule réelle dépense nouvelle se monte à 6,3 millions de francs, constituée des 4,4 millions de coûts de conduite du projet et des 1,9 million de fonds de roulement de l'HMN.

11.1.2. Phase 3

Les présentes demandes de financement ne portant pas sur la phase 3, il conviendra de solliciter à nouveau le Grand Conseil à fin 2019 pour le financement nécessaire à sa réalisation. Les travaux à effectuer étant de nature similaire mais de portée moindre que ceux de la phase 2, il est estimé qu'un crédit d'engagement d'environ 3,7 millions de francs devra encore être sollicité afin de finaliser la mise en œuvre de l'initiative. Ce montant couvrirait les coûts externes calculés sur le même modèle que pour la phase 2. Il sera précisé aussi en regard de l'expérience acquise au terme des phases 1 et 2.

11.1.3. Risques financiers

Il est difficile, à ce stade, d'appréhender de manière complète les conséquences financières de la mise en œuvre de l'initiative H+H, tout comme celles de l'initiative pour deux maternités. Les analyses effectuées jusqu'ici et présentées dans le présent rapport laissent présager des risques importants (voir chapitre 8), qui ne pourront être limités qu'au prix d'un réexamen exigeant de l'organisation hospitalière et d'une grande rigueur dans les principes définissant les prestations d'intérêt général.

Cela étant, et comme cela a été précisé plus haut, il appartiendra aux futurs organes des établissements de développer les partenariats nécessaires à la limitation ou à la compensation des coûts générés par l'éclatement des structures institutionnelles et l'affaiblissement des tailles critiques. Aucun impact significatif sur le niveau des subventions versées pour des prestations d'intérêt général n'est en conséquence à attendre dans les budgets de l'Etat. Le Conseil d'Etat n'entend en effet pas reconnaître comme de telles prestations les coûts de structures administratives sans lien direct avec des prestations réellement offertes à la population. Vu l'orientation de la campagne ayant précédé le vote du 12 février 2017, il est aussi légitime de maintenir l'objectif fixé dans tous les plans financiers présentés ces dernières années, à savoir l'atteinte d'un niveau de subventions pour prestations d'intérêt général équivalent à celui retenu dans des cantons comparables.

11.1.4 Incidences sur les comptes de l'État

Concrètement, les incidences sur les comptes de l'État de ces différentes décisions sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Incidences financières liées à l'ouverture d'un nouveau crédit d'engagement <i>(en millions de francs)</i>								
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Compte des investissements	32,5	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,9
Patrimoine administratif	32,5	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,9
Remise du bâtiment Chx-de-Fds (participation)	31,9							31,9
Capital nominal HMN (participation)	0,1							0,1
Fonds de roulement HMN (participation)	0,5	1,4						1,9
Patrimoine financier	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rachat bâtiment Chx-de-Fonds à HNE	31,9							31,9
Remise du bâtiment à HMN	-31,9							-31,9
Compte de résultat	0,9	3,2	0,3	0,0	200,0	0,0	0,0	204,4
Financement coûts externes	0,6	2,1						2,7
Financement coûts HNE	0,3	1,1	0,3					1,7
Reprise dette / découvert HNE					200,0			200,0
TOTAL	33,4	4,6	0,3	0,0	200,0*	0,0	0,0	238,3

*Selon les circonstances et notamment les échéances liées au dossier « prévoyance.ne », un désendettement par étapes avant 2022 est aussi envisageable.

11.2. Impacts financiers concernant les bâtiments

11.2.1. Synthèse des reprises de bâtiments assurées par le SBAT

Décret	Titre	Montant (en millions de francs)	Compte Etat	
4	Reprise du bâtiment rue Sophie-Mairet (ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds)	4,36	Investissement PA (bâtiment)	Crédit complémentaire de 4,36 millions de francs
	Total	4,36		

11.2.2. Incidences financières pour l'État

Incidences financières liées à l'ouverture d'un crédit complémentaire (en francs)	2019	2020	2021	2022	2023
Compte des investissements :					
Acquisition du bâtiment (crédit d'engagement complémentaire)	4'340'000				
a) Dépenses nettes	4'340'000				
Compte de fonctionnement :					
1) Frais de transfert de propriété (crédit d'engagement complémentaire)	20'000				
Amortissements (40 années)	108'500	108'500	108'500	108'500	108'500
Incidences financières liées à l'ouverture d'un crédit complémentaire (en francs)	2019	2020	2021	2022	2023
2) Frais d'entretien	277'500	277'500	277'500	277'500	277'500
3) Frais d'exploitation	138'750	138'750	138'750	138'750	138'750
4) Rente de superficie - terrain	6'000	6'000	6'000	6'000	6'000
5) Economies de location	-151'110	-302'220	-302'220	-302'220	-302'220
b) Charges nettes	399'640	228'530	228'530	228'530	228'530
6) Loyers de tiers perçus	-335'100	-335'100	-335'100	-335'100	-335'100
b) Produits nets	-335'100	-335'100	-335'100	-335'100	-335'100
Compte de financement :					
c) Solde	4'296'040	-215'070	-215'070	-215'070	-215'070

1) Acte notarié, division parcellaire et registre foncier

2) 1,5% de la valeur ECAP (dernière estimation au 30.01.2017 : 18'500'000 francs)

3) 0,75% de la valeur ECAP (assurances, chauffage, eau, électricité et nettoyage des locaux communs, etc.)

5) Périmètre bâtiment rue Sophie-Mairet 29-31

5) Loyer économisé par EPCy si location à un bailleur tiers : locaux bruts non aménagés, charges comprises (50% en 2019 et 100% dès 2020)

6) Loyers Croix-Rouge suisse/Transfusion, chambres dans combles et HNE (stockage et bureaux)

c) Correspond à a) + b) - amortissements

12. COMMUNES

Le financement des hôpitaux est entièrement en mains cantonales depuis 2004 et leur organisation relève de la compétence cantonale depuis la création de l'HNE en 2006. Les communes n'ont, dès lors, aucune prérogative dans le domaine hospitalier.

La votation du 12 février 2017 a toutefois fait apparaître un fort besoin, pour les régions, d'être plus fortement impliquées dans les discussions sur le dossier hospitalier. Il est en particulier impératif qu'elles puissent bien saisir les enjeux et les contraintes qui entourent le système de santé. Elles doivent pouvoir être mieux impliquées dans les décisions à venir et en percevoir les conséquences, que ce soit en termes de santé publique ou d'impact sur les finances. Tel est pour l'heure l'un des objectifs poursuivis par le nouveau Conseil de l'hôpital, récemment désigné en vertu de la LHNE.

Pour cette raison également, le Conseil d'État, suivant sur ce point la recommandation du GT H+H, entend favoriser une représentation régionale au sein des organes dirigeants des hôpitaux publics à créer. Une participation des communes au capital des SA à créer pourra également être envisagée à terme. Il y a toutefois été renoncé à ce stade, le Conseil d'État ayant clairement priorisé la rapidité de mise en œuvre de l'initiative.

13. PERSONNEL

La mise en œuvre de l'initiative nécessitera d'importantes ressources décrites au chapitre 5.2.3, ceci tant auprès de l'administration que des hôpitaux.

Concernant l'administration, ce sont en particulier le SCSP, le SJEN et le SFIN qui seront impactés. Rien que pour la phase 2, c'est de l'ordre de 350 jours de travail qui sont estimés, soit 1,2 EPT sur quinze mois. Ce projet sera en principe mené à ressources constantes et il n'est pas prévu, à ce jour, d'engager de nouvelles ressources au sein de l'État. De ce fait, des impacts conséquents doivent être prévus sur l'activité courante de ces services ou sur d'autres projets qui devront être abandonnés ou différés.

Bien que cela ne concerne pas directement le personnel de l'administration cantonale, le projet mobilisera également de manière conséquente le personnel de l'HNE, y compris le personnel médico-soignant. Pour la phase 2 du projet et sa mise en œuvre, 2'600 jours de travail sont estimés pour l'HNE (8,7 EPT sur 15 mois) et 500 pour l'HMN (1,7 EPT sur 15 mois). Ces ressources ne sont pas disponibles, du moins dans cette ampleur, aujourd'hui au sein de l'HNE.

Les conséquences sur l'emploi de la nouvelle organisation devront être également évaluées, mais il est prématuré de l'estimer à ce stade, certains indices laissant penser que le nombre de places de travail augmentera alors que d'autres tendent à montrer qu'il diminuera.

14. CONSULTATION

14.1. Consultation des partenaires

La consultation sur le présent projet a été menée entre mi-février et début mars 2018 auprès des communes de Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds, Le Locle, Val-de-Ruz, Val-de-Travers, de l'Association neuchâteloise des communes (ACN), du Groupe de travail inter-parti sur l'hôpital (GTIH), du collectif « Le Haut veut vivre », de l'HNE et de la commission faitière de la CCT Santé 21.

Restreinte, elle se voulait avant tout technique, expliquant le nombre limité d'entités consultées, considérant que les décisions stratégiques ont été prises par le peuple et qu'il s'agit avant tout de mettre en œuvre ses décisions.

En préambule, on peut relever que si des critiques ou des questions ont été formulées par les entités consultées, une large majorité a salué l'implication du Conseil d'État et des services de l'État sur ce dossier et la qualité du rapport présenté.

Deux sujets de critique étant revenus à de nombreuses reprises, ils sont présentés de manière détaillée et isolée. Les autres questions et commentaires sont développés par la suite, reprenant la systématique du rapport. Pour chaque thème, une brève introduction résumant les résultats de la consultation est présentée, suivie des réponses à des questions ou remarques auxquelles le Conseil d'État a jugé opportun de répondre.

14.1.1 *Forme du rapport*

L'ensemble des entités a relevé que l'avant-projet de rapport mettait trop l'accent sur les risques de ce projet au détriment des opportunités. Si le Conseil d'État comprend cette critique et qu'il en a tenu en partie compte dans la rédaction du rapport définitif, il juge cependant important que les risques soient clairement évoqués dans un souci de transparence.

En outre, le gouvernement aurait été peu crédible en laissant penser qu'il approuvait désormais le cadre retenu pour l'évolution de notre système hospitalier. Il est en revanche convaincu que, dans ce cadre donné, les propositions qu'il vous soumet sont les plus pragmatiques et les plus réalistes pour concrétiser le mandat reçu de la population.

Identifier et présenter les risques découlant de la mise en œuvre de l'initiative, c'est aussi se donner les moyens de prendre des mesures pour tenter de limiter leur survenance ou leur impact. Pour maintenir un système hospitalier économe, sécurisé et de qualité, il conviendra d'être extrêmement vigilant dans les mois et années à venir. Le niveau de collaboration qui devra être atteint sera assurément plus important que celui imaginé et représente à lui seul un défi de taille. Il paraît important au Conseil d'État de ne pas passer sous silence ou sous-estimer ces préoccupations.

14.1.2. *Phasage du projet*

Un autre point soulevé par l'ensemble des entités concerne le phasage du projet. Pour des raisons différentes, chacun évoque le risque de précéder l'une ou l'autre des entités du fait que l'HMN soit autonomisé en premier lieu (phase 2), alors que l'Hôpital du Littoral et celui de Réadaptation ne le seront que durant la phase suivante (phase 3), avec un nouveau crédit à solliciter auprès du Grand Conseil.

Malgré cette critique, au demeurant compréhensible, le Conseil d'État propose de maintenir le phasage et le crédit tels que présentés initialement pour les raisons suivantes :

- **concernant le phasage** : il semble difficilement imaginable de débiter tous les chantiers en même temps, au risque de déstabiliser l'ensemble du système. Une approche échelonnée permet de limiter les risques sur ce sujet. De plus, le fait de mener les deux phases en même temps impliquerait d'allonger le délai de mise en œuvre effective au minimum d'une année, reportant de facto le début d'exploitation de l'HMN à 2021 au plus tôt. Vu l'urgence ressentie, un tel calendrier semble sujet à attiser les tensions plutôt qu'à les apaiser ;
- **concernant le crédit** : il semble à ce stade qu'il existe encore trop d'inconnues sur la phase 3 pour pouvoir estimer son financement correctement. De plus, ajouter ce montant à celui, déjà conséquent, sollicité pour la phase 2 sans pouvoir l'étayer de façon précise, aurait à coup sûr nuit à l'acceptation de ces moyens pourtant essentiels à la réussite du projet.

14.1.3 *Appréciation générale sur les propositions du Conseil d'État*

Modèle institutionnel

La création de deux entités de soins aigus, conformément au texte de l'initiative, n'est pas remise en question. L'importance de la neutralité pour l'entité de réadaptation est également largement soutenue, de même que le rattachement des soins palliatifs à cette structure. Un regret que la solution de créer deux entités uniquement, chacune avec des soins aigus et de la réadaptation, est cependant évoqué par certains partenaires consultés. Sur ce point, le Conseil d'État rappelle qu'il suit le consensus trouvé au sein du GT H+H.

Question/remarque	Réponse
Possibilité de créer une holding en lieu et place du modèle proposé	<p>Une structure « holding » avec une société mère qui chapeauterait les trois hôpitaux ne va pas dans le sens de l'initiative et serait confrontée aux inconvénients suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une perte d'autonomie sur le plan stratégique et financier - une complexité accrue en ajoutant un échelon de gouvernance et de surveillance entre l'État et les hôpitaux - l'obligation de consolider les états financiers des trois sociétés filles une première fois au sein de la holding avant de le faire dans les comptes de l'État, nécessitant des coûts supplémentaires - le risque de perception par les citoyens d'une volonté de l'État de limiter l'autonomie des hôpitaux.

Modèle de gouvernance

Le modèle juridique choisi est largement soutenu. Il est également souhaité que le rôle de l'État reste central dans ce dossier. Des précisions sur son rôle sont cependant demandées, ceci afin d'éviter une confusion entre l'opérationnel et le politique. Pour ceci, il est renvoyé au chapitre 4.1.2 où les grandes orientations sont présentées. Pour le surplus, la stratégie du propriétaire à élaborer précisera ce qui doit encore l'être.

Question/remarque	Réponse
Quid de la proposition n°15 du GT H+H : "Un CA de l'entité de réadaptation comprenant des représentants de l'Hôpital du Littoral et de l'Hôpital des Montagnes, à parts égales, afin d'éviter que le CTR ne favorise un hôpital de soins aigus ou l'autre".	Le principe est admis par le Conseil d'État. Cette représentation sera néanmoins minoritaire afin que ce CA ne devienne pas le lieu de résolution des conflits ou de compromis entre les hôpitaux de soins aigus. Ce point relève cependant davantage des questions opérationnelles et ne trouve pas de réponse plus précise dans le présent rapport.
Ouverture du capital-actions aux autres collectivités publiques et notamment aux communes qui souhaitent prendre des parts.	Comme mentionné au chapitre 4.1.2, la priorité du Conseil d'État va à une mise en œuvre rapide et la plus simple possible. Il reste cependant ouvert à toute proposition concrète qui pourrait être faite dans cette direction.

Répartition des missions

De manière générale, les entités consultées relèvent la difficulté de la tâche, ceci dans le calendrier jugé comme très serré de la phase 2. Il est majoritairement souhaité que des spécialistes neutres et externes puissent participer à ces travaux, sans interférence politique mais avec tout de même un contrôle de l'État pour assurer une équité de traitement entre les entités. Sur cette thématique, le Conseil d'État rappelle que, même si le titre peut prêter à confusion, il ne s'agira pas formellement pour les entités de se répartir des missions, mais bien de permettre aux futurs établissements de les solliciter auprès des autorités, respectivement d'assumer celles qui leur seraient imposées pour des motifs de sécurité. Les demandes seront ensuite examinées notamment selon les critères de la planification hospitalière. Les autorités veilleront ainsi au maintien de la qualité, de la sécurité et de l'accessibilité, conformément à la LAMal.

Question/remarque	Réponse
Phase transitoire et jusqu'à la liquidation de l'HNE : demande que les missions actuelles soient conservées et que celles contenues dans l'initiative soient effectives sur chaque site	L'intention est bien de travailler sur la reprise des missions actuelles sur chaque site à la création des SA. Ces thématiques seront abordées dès le début de la phase 2. Pour le Conseil d'Etat, il n'est cependant pas question de rouvrir immédiatement les blocs opératoires 24h/24 sous la responsabilité de l'HNE - blocs fermés pour des questions de sécurité et de coûts -, ceci alors même que le Grand Conseil demande des économies à l'HNE et que le Conseil d'État entend garantir la sécurité.
Risque en cas d'application stricto sensu du texte de l'initiative, et en particulier d'utiliser ce texte comme critère numéro 1 de la répartition des missions.	Le texte de l'initiative n'a pas à être contredit dès lors qu'il sollicite des hôpitaux « sûrs, autonomes et complémentaires ». Il ne peut cependant pas se substituer aux critères fédéraux.

<p>Demande de trouver des ressources pour adapter les critères de la planification hospitalière bernoise</p>	<p>Le modèle actuellement appliqué est celui adopté par la Conférence des directeurs de santé (CDS). Il est en vigueur dans plus de vingt cantons. Si le canton de Berne a souhaité en modifier la teneur pour l'appliquer à sa propre situation, il ne paraît ni justifié ni possible pour celui de Neuchâtel de s'écarter des recommandations de la CDS. Il est également rappelé que le Canton de Neuchâtel n'a pas les ressources de grands cantons, notamment scientifiques. Une adaptation n'interviendrait de toute manière qu'après plusieurs mois voire années de travail.</p>
--	---

14.1.4. Adhésion aux propositions du Conseil d'État

Démarche proposée

Comme relevé au chapitre 14.1.1, une large partie des entités soutiendrait un phasage différent du projet. Il est également soulevé que le calendrier proposé semble ambitieux. Le Conseil d'État est conscient de cette difficulté et de la mise sous pression qu'elle engendrera pour toutes les parties impliquées.

Question/remarque	Réponse
Réalisation du projet par un organe neutre, par manque de confiance en l'HNE	L'HNE est le seul tenant du savoir et il ne peut pas être écarté du processus. Il ne sera pas possible de faire sans lui.
Impacts du phasage proposé sur les intérêts de chaque entité	Le CA de l'HMN sera le premier à l'œuvre et pourra défendre ses intérêts. Si les organes sont créés de manière échelonnée, il n'est évidemment pas souhaité que les futurs organes dirigeants de l'HL et de l'HR soient préterités. Il y sera veillé. Les autorités communales des régions concernées seront régulièrement informées et consultées dans le processus de mise en place.
Souhait du GTIH d'être fortement impliqué dans la mise en œuvre de l'initiative	Pour rappel, le GTIH a pu s'exprimer dans le cadre du GT H+H. Il a été entendu, et continuera de l'être, mais les principaux interlocuteurs du Conseil d'État resteront les autorités élues.
Moratoire sur la création de structures privées durant la période de transition	La LAMal ne permet pas de s'opposer à l'installation d'établissements. Ce n'est juridiquement pas envisageable.

LHOPU

Le projet de loi présenté n'a soulevé que peu de commentaires. L'affiliation à la CCT Santé 21 et à prévoyance.ne at été largement saluée.

Question/remarque	Réponse
Demande de délier la loi du paquet global	Il n'est pas souhaité séparer la loi et le financement. Devoir appliquer une loi sans disposer de financement et des décrets de mise en œuvre serait très problématique. L'expérience de 2013 a montré les difficultés à appliquer une décision sans le financement. En particulier, il ne serait pas possible de créer une SA sans pouvoir la capitaliser ou sans disposer des ressources pour réfléchir à sa création.

Financement

Les coûts du projet sont globalement jugés comme conséquents, les montants présentés ne sont cependant pas remis en question.

Question/remarque	Réponse
Ultimatum posé sur l'accès à l'ensemble des missions prévues dans la liste hospitalière à l'HMN pour valider les montants dévolus à l'HMN.	Le Conseil d'État rappelle que les conditions pour l'octroi de missions seront celles de la liste hospitalière. Les restrictions sont les suivantes : qualité, sécurité, accessibilité. Il n'y en aura pas d'autres.
Quelle sera la clé de répartition des PIG ?	Il n'est pas question de répartir le montant total des PIG selon une quelconque clé de répartition. Comme mentionné au chapitre 2.4.1, la subvention cantonale annuelle attribuée aux hôpitaux neuchâtelais au titre de prestations d'intérêt général (PIG) devra être motivée sur la base d'une liste de prestations identifiées et validées par le Conseil d'État.
Comment seront répartis les montants mis en réserve pour la recapitalisation de prévoyance. ne ?	Si la question porte sur un point précis, il est utile de rappeler que trois types de financements existent pour prévoyance.ne : 1) les cotisations courantes qui font partie des charges usuelles des établissements ; 2) les engagements pris pour la recapitalisation qui devront être traités lors de la séparation ; 3) les garanties sur le découvert qui doivent être octroyées par les collectivités publiques, en l'occurrence l'État.
Financement des ressources de l'HNE nécessaires à la mise en œuvre jugé inadéquat comme il n'est que partiel	Il est jugé que les ressources de l'HNE seront dévolues à la mise en œuvre de l'initiative et pas à la stratégie interne. Dans ce cadre, il semble normal que l'HNE mobilise ses ressources, comme il a pu le faire dans le cadre du projet HNE-Demain.

14.1.5. Commentaires généraux sur les conséquences présentées

Les avis sur les conséquences présentées sont partagés. Plusieurs entités consultées jugent que les opportunités ne sont pas suffisamment mises en avant par rapport aux risques, mais ces derniers ne sont pas non plus contredits. Ceux qui partagent la prise de position du Conseil d'État le remercient pour sa lucidité.

L'HNE se montre très inquiet dans sa prise de position et présente quelques exemples concrets, qui appuient les risques présentés dans le présent rapport, notamment pour la formation.

14.1.6. Appréciation sur l'initiative maternité

Ce chapitre a appelé peu de commentaires lors de la consultation. À une très large majorité, les entités soutiennent la position du Conseil d'État, jugeant que cette mission devrait plutôt être traitée comme n'importe quelle mission et discutée entre les futurs

organes dirigeants. Le risque de perte de prestations pour l'ensemble du canton est également relevé.

14.1.7. Conclusion

Une majorité des entités consultées avait participé aux travaux du GT H+H et soutient logiquement les propositions de mise en œuvre présentées dans le présent rapport. Vu les risques et les coûts présentés, la majorité s'inquiète cependant de l'acceptabilité politique de ce rapport et de la viabilité de ce projet. Si le Conseil d'État partage ces craintes, il constate qu'aucune autre solution respectant la volonté populaire n'a cependant été ne serait-ce qu'esquissée.

14.2. Préavis du Conseil de santé

Le Conseil de santé a préavisé le présent rapport lors de sa séance du 8 mars 2018.

Il a préavisé favorablement, à l'unanimité de ses seize membres présents, la nouvelle loi (LHOPU) ainsi que le décret abrogeant les options stratégiques. Par quinze voix pour et une abstention, il a préavisé favorablement les décrets financiers ainsi que le décret soumettant l'initiative maternité au vote populaire.

Les remarques formulées rejoignent celles qui sont ressorties de la consultation, notamment sur le phasage du projet et le ton du rapport.

14.2.1. Retour du président du GT H+H

Invité à se prononcer sur l'avant-projet de rapport soumis en consultation, le président du GT H+H considère que « L'avant-projet présenté, tout en restant fidèle dans l'ensemble à la volonté du GT H+H exprimée dans son rapport d'octobre 2017, ne cache pas les risques financiers du changement de cap proposé ».

Sur quelques points le rapport du CE s'écarte des propositions du GT. Les principales différences relevées sont les suivantes :

- le Conseil d'État renonce à garantir pendant dix ans les deux sites de réadaptation actuels. Le compromis trouvé au sein du GT H+H avait consisté à faire accepter une gouvernance unique pour la réadaptation, dont une moitié du GT ne voulait pas, à condition que l'on garantisse le maintien des deux sites durant dix ans. L'abandon de cette garantie pourrait donc conduire ceux qui ne voulaient pas d'une gouvernance unique à contester celle-ci. La position du Conseil d'État est toutefois conforme à l'esprit du rapport du GT qui insistait sur la nécessité, pour les futurs organes dirigeants des nouvelles entités, de jouir d'une autonomie de décision leur permettant de s'adapter aux défis futurs ;
- le Conseil d'État rattache les soins palliatifs à l'établissement de réadaptation. Le GT n'avait pas pu se prononcer sur ce point, de sorte que l'on ne peut pas y voir une divergence de vue ;
- Le Conseil d'État ne veut pas fixer un pourcentage de répartition des activités entre les deux futurs hôpitaux de soins aigus, alors que le GT avait voulu mentionner une répartition de l'ordre de 40% pour le haut et 60% pour le bas. Le GT H+H n'a cependant jamais voulu fixer un quota rigide, contraire par ailleurs à son idée de confier aux futurs organes dirigeants des deux SA le soin de répartir équitablement les missions ;

- le Conseil d'État veut maintenir un SMUR cantonal, tandis que le GT n'avait pas réussi à se décider sur ce point.

15. VOTE DU GRAND CONSEIL

Comme différents objets sont abordés dans le cadre du présent rapport, il convient de bien distinguer les majorités requises pour chacun d'eux.

Selon l'article 57, alinéa 3 de la Constitution de la République et Canton de Neuchâtel (Cst. NE), du 24 septembre 2000, les lois et décrets entraînant de nouvelles dépenses importantes pour le canton doivent être votés à la majorité de trois cinquièmes des membres du Grand Conseil. L'article 36 de la loi sur les finances de l'État et des communes (LFinEC), du 24 juin 2014, prévoit que les dépenses nouvelles uniques de plus de 7 millions de francs et les dépenses nouvelles renouvelables de plus de 700'000 francs par année sont soumises à la majorité qualifiée du Grand Conseil. En outre, l'article 31 de cette même loi stipule qu'une dérogation à l'équilibre financier et à la limitation de l'endettement doit également passer par une majorité des trois cinquièmes.

Dès lors, les votes concernant le décret portant octroi d'un crédit d'engagement de 33'900'000 francs pour la reprise du bâtiment d'exploitation hospitalière de La Chaux-de-Fonds pour capitaliser l'HMN et pour l'octroi de fonds propres, ainsi que le décret portant octroi d'un crédit d'engagement extraordinaire de maximum 200'000'000 francs permettant la liquidation de l'HNE se feront à la majorité qualifiée. Le vote concernant le décret portant octroi d'un crédit-cadre de 4'400'000 francs pour la conduite du projet se fera à majorité simple. Ces trois décrets sont liés entre eux et liés à la loi (LHOPU).

Le vote relatif à la loi sur les hôpitaux publics s'effectue à la majorité simple, bien que la loi soit liée aux décrets susmentionnés. Le décret soumettant au vote l'initiative « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises », ainsi que celui abrogeant les options stratégiques HNE à l'horizon 2017 se feront également à la majorité simple.

Enfin, le décret complémentaire de 4'360'000 francs permettant la reprise du bâtiment de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds sera également voté à la majorité qualifiée, considérant, selon l'Art. 42 de la LFinEC, que son montant se cumule à celui du crédit d'engagement de 3'940'000 millions de février 2017, dépassant de ce fait le seuil des 7 millions de francs.

16. CONCLUSION

Après le vote du 12 février 2017, en moins d'une année, le Conseil d'État a repris le dossier en mains pour vous proposer des options qui permettent de se conformer à la volonté populaire. Il a été nécessaire d'évaluer et de préparer un paquet composé d'éléments politiques, architecturaux, légaux et financiers.

Les risques présentés dans ce rapport étaient connus lors du vote de février 2017 et le Conseil d'État et le Grand Conseil ont reçu mandat du peuple neuchâtelois de mettre en œuvre les décisions populaires. Il n'est donc pas question d'en remettre en cause sa légitimité.

Cela étant, le gouvernement considère que les propositions émises par le GT H+H représentent la voie la plus réaliste et crédible pour la mise en œuvre de cette initiative. C'est donc dans cette direction qu'il s'est engagé et qu'il a émis son plan d'actions concrètes. Il propose ainsi de :

- doter le canton de la base légale nécessaire à la création de sociétés anonymes de service public, chargées d'exploiter les hôpitaux publics neuchâtelois ;
- créer, dans un premier temps, une SA dans les Montagnes neuchâteloises (HMN) et de la doter d'un capital financier et immobilier ;
- dégager les crédits nécessaires pour conduire et mettre en œuvre les travaux de séparation de l'HNE et permettre le début d'activité de l'HMN dès le 1^{er} janvier 2020 ;
- prévoir dès aujourd'hui les montants nécessaires à l'assainissement financier et la liquidation de l'HNE au terme du processus de séparation ;
- libérer l'HNE, dès l'entrée en exploitation de l'HMN, des options stratégiques votées ces dernières années devenues obsolètes et pour lui accorder la même autonomie qu'à l'HMN.

Ce plan répond en grande partie à des préoccupations d'ordre politique. Le contexte a ainsi conduit le Conseil d'État à s'écarter quelque peu des principes de gestion de projets standards. Ces principes conduiraient, en premier lieu, à évaluer les conséquences de différentes options avant de choisir la meilleure pour la mettre en œuvre. Or, dans le cas présent, la décision de principe a été prise sans tenir compte des analyses de faisabilité et d'opportunité réalisées en amont et la nécessité d'agir rapidement pousse à en faire de même avec les décisions de mise en œuvre, un délai de trois à cinq ans étant clairement incompatible avec les délais légaux et les attentes suscitées par le vote de février 2017. Les business plans des futures sociétés anonymes qui serviront à déterminer le potentiel de rentabilité des hôpitaux ne sont ainsi pas connus au moment où nous sollicitons les décisions permettant de concrétiser l'initiative.

Toutefois, la voie retenue comporte aussi l'avantage de permettre d'associer les organes des futures sociétés aux études à venir. Quoiqu'il en soit, le Conseil d'État ne voit aujourd'hui pas d'autre option à même d'apaiser le climat politique, de permettre le bon fonctionnement de l'hôpital public dans le même temps et de donner des garanties suffisantes aux différentes parties prenantes de ce dossier.

Le Conseil d'État estime avoir apporté tous les éclairages possibles dans des délais aussi brefs pour permettre au Grand Conseil de se prononcer sur ses propositions. Certes, certains de ces éclairages ne sont à ce stade que des prévisions, mais il existe aujourd'hui suffisamment d'indices pour permettre de se forger une opinion sur les options possibles à l'intérieur de la marge de manœuvre restreinte laissée par l'initiative.

Le présent rapport et les propositions qu'il contient répondent à l'exigence de l'autonomie voulue par l'initiative. Il appartiendra ensuite aux futurs organes dirigeants de nouer les collaborations utiles et nécessaires pour répondre au volet « complémentarité », sans lequel l'existence-même des nouvelles entités sera mise en péril. Enfin, le Conseil d'État continuera d'assumer ses responsabilités prioritaires lorsqu'il s'agira d'assurer la sécurité sanitaire pour donner corps au volet « sécurité » exigé par l'initiative.

Vu ce qui précède et considérant, d'une part, que ni le Conseil d'État ni le Grand Conseil ne peuvent se soustraire au cadre fixé par le vote du peuple du 12 février 2017 et, d'autre part, qu'aucune autre voie permettant de concrétiser l'initiative n'a pu être envisagée, le Conseil d'État, convaincu qu'il s'agit des meilleures propositions possibles dans le cadre donné, vous invite à approuver les options présentées dans le présent rapport.

Profitant du présent rapport et considérant l'unité de matière, le Conseil d'État invite le également Grand Conseil à traiter et à approuver dans le même temps :

- le traitement de l'initiative « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâtelaises » qu'il propose de rejeter et de soumettre au vote du peuple ;
- le rachat par l'État du bâtiment de l'ancien Hôpital de La Chaux-de-Fonds et son versement au patrimoine administratif pour l'usage de l'École Pierre-Coullery.

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

Neuchâtel, le 21 mars 2018

Au nom du Conseil d'État :

Le président,
L. FAVRE

La chancelière,
S. DESPLAND

Loi sur les hôpitaux publics (LHOPU)

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

vu la Constitution de la République et Canton de Neuchâtel, en particulier ses articles 5, 7, 8, 13 et 34, du 24 septembre 2000 ;

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

sur la proposition du Conseil d'État, du 21 mars 2018,

décète :

CHAPITRE 1

Dispositions générales

But	Article premier La présente loi a pour but la création et l'organisation d'hôpitaux publics (HOPU) couvrant en particulier les besoins de la population en matière de soins aigus et de réadaptation.
Objet	Art. 2 La présente loi règle le statut juridique des HOPU, leurs obligations en tant qu'hôpitaux publics et leurs relations avec l'État.
Champ d'application	Art. 3 Sont exclus du champ d'application de la présente loi, l'Hôpital neuchâtelois (HNE), le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), ainsi que les cliniques, hôpitaux et maisons de naissance privés.

CHAPITRE 2

Statut juridique

Forme juridique	Art. 4 ¹ Les HOPU sont gérés sous forme de sociétés anonymes selon les articles 620 ss du Code des obligations (CO). ² Les HOPU sont des hôpitaux au sens de la loi de santé.
Indépendance dans la gestion	Art. 5 ¹ Les HOPU sont responsables de leur gestion. ² L'État accorde aux HOPU la marge de manœuvre adéquate dans les limites fixées par le droit. ³ Les HOPU mettent à profit leur marge de manœuvre.
Utilité publique	Art. ¹ Les HOPU sont reconnus d'utilité publique, au sens de la loi de santé, du 6 février 1995. ² Ils peuvent bénéficier de subventions étatiques. ³ Ils sont organisés et gérés de manière à bénéficier des exonérations fiscales propres aux personnes morales poursuivant un but de service public.

Missions	<p>Art. 7 ¹Les HOPU fournissent des prestations hospitalières notamment par une prise en charge stationnaire ou ambulatoire des patients.</p> <p>²Ils ont pour missions de :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) participer à la mise en œuvre de la planification sanitaire et d'être actifs dans les domaines qui leur sont attribués dans le cadre de la planification hospitalière ; b) garantir à la population, en exploitant les infrastructures et les équipements adéquats, l'accès pour tous et en tout temps à des prestations de qualité ; c) favoriser la coopération avec les autres acteurs publics et privés du système sanitaire cantonal et avec d'autres établissements hospitaliers, notamment dans le but d'assurer la continuité des soins ; d) participer à la maîtrise des coûts de la santé par une affectation optimale des ressources à disposition ; e) contribuer à la relève du personnel médical et soignant en déployant des activités de formation ; f) développer et de participer à des programmes de santé publique, notamment de prévention et de promotion de la santé ; g) participer aux activités de recherche et de développement par la collaboration avec les instituts académiques, techniques et industriels ; h) contribuer au développement économique et social du canton et de ses régions, en favorisant notamment le maintien et la circulation de revenus et le partenariat social.
Contrats de prestations	<p>Art. 8 Par le biais de contrats de prestations, l'État peut confier aux HOPU des tâches relevant de la planification hospitalière (liste hospitalière) et d'autres tâches.</p>
	<p>CHAPITRE 3</p> <p>Organisation</p>
Organisation	<p>Art. 9 Sauf disposition contraire de la présente loi, les HOPU sont soumis aux dispositions du CO relatives à la société anonyme.</p>
Participation dans les HOPU	<p>Art. 10 ¹Le capital et les droits de participation des HOPU sont détenus par des entités publiques.</p> <p>²L'État détient la majorité du capital et des voix dans les HOPU.</p>
Exercice des droits de participation	<p>Art. 11 ¹Le Conseil d'État exerce les droits et assume les obligations incombant à l'État en tant qu'actionnaire majoritaire des HOPU.</p> <p>a) principe ²Il peut déléguer l'exercice des droits de participation à un ou plusieurs départements.</p>
b) stratégie de propriétaire	<p>Art. 12 ¹Le Conseil d'État arrête des consignes sur l'exercice des droits de participation (stratégie du propriétaire).</p> <p>²Il les soumet au préavis du Conseil de santé au sens de la loi de santé (LS).</p>
Participation dans des sociétés tierces	<p>Art. 13 Les HOPU peuvent participer à la constitution d'entités tierces, ou y prendre des participations, lorsqu'elles poursuivent des buts similaires aux leurs</p>

ou contribuent à la réalisation de leurs missions, après ratification par le Conseil d'État.

CHAPITRE 4

Obligations

Prise en charge
des patient-e-s

Art. 14 Les HOPU garantissent aux patient-e-s :

- a) une assistance médicale et sanitaire d'égale qualité, quelle que soit la nature de leur couverture d'assurance ;
- b) un traitement médical adapté à leur situation et en adéquation avec les moyens disponibles et les connaissances scientifiques du moment ;
- c) le respect de leur dignité et de leurs droits, conformément aux dispositions légales applicables, en particulier leur droit à l'information et au respect de leur choix libre et éclairé.

Formation

Art. 15 ¹Les HOPU favorisent la formation, notamment par la création et la coordination de places de stage et d'apprentissage à l'intérieur de leurs services.

²Ils favorisent le maintien et l'acquisition des compétences de leur personnel par des activités de formation continue et de perfectionnement et encouragent, au besoin, la reconversion professionnelle.

³Ils favorisent la réinsertion professionnelle.

Convention
collective de travail

Art. 16 ¹La convention collective de travail CCT Santé 21 régit les rapports de travail du personnel des HOPU, sous réserve des exceptions prévues par la CCT Santé 21 elle-même.

²Si les partenaires sociaux ne sont pas parvenus à un accord, les conditions de travail sont fixées par le Conseil d'État.

Prévoyance
professionnelle

Art. 17 Les HOPU doivent s'affilier à la caisse de pensions de la fonction publique du Canton de Neuchâtel (prévoyance.ne).

CHAPITRE 5

Patrimoine immobilier des HOPU

Droit de
préemption

Art. 18 ¹L'État est au bénéfice d'un droit de préemption sur tous les biens-fonds et les bâtiments acquis par les HOPU consécutivement au transfert de patrimoine visé au chapitre 8.

²Ce droit fait l'objet d'une inscription au Registre foncier au moment dudit transfert.

³Les HOPU sont tenus d'aviser l'État au plus tard lors du dépôt au Registre foncier de l'acte d'aliénation d'un bien-fonds ou d'un bâtiment concerné.

⁴L'État dispose d'un délai de trois mois à compter de la communication prévue à l'alinéa précédent pour exercer son droit.

⁵En cas d'exercice, l'objet est acquis par l'État à sa valeur lors du transfert.

CHAPITRE 6

Financement

Ressources financières

Art. 19 Les ressources financières des HOPU sont composées des recettes de l'exercice annuel et des subventions de l'État, principalement sous forme d'indemnités.

Indemnités

Art. 20 Les indemnités de l'État aux HOPU comprennent :

- a) la part cantonale au financement des prestations hospitalières réalisées par les HOPU, conformément à leur contrat de prestations défini dans le cadre de la liste hospitalière ;
- b) l'indemnisation des prestations d'intérêt général au sens de l'article 49, alinéa 3, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994, fournies par les HOPU, conformément à leur contrat de prestations ;
- c) le coût de prestations fournies par les HOPU, sur la base de contrats de prestations particuliers du canton.

CHAPITRE 7

Responsabilité

Art. 21 La responsabilité de tout le personnel des HOPU, y compris celle des membres des conseils d'administration, est régie par la loi sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents (loi sur la responsabilité), du 26 juin 1989.

CHAPITRE 8

Dispositions transitoires

Constitution des HOPU
a) principe

Art. 22 Les HOPU sont constitués en sociétés anonymes conformément au calendrier établi par le Conseil d'État.

b) participation au capital-actions

Art. 23 Pour permettre une transition adéquate à la nouvelle organisation hospitalière et si la constitution des HOPU l'exige, l'HNE peut détenir de manière transitoire des participations au capital-actions des HOPU.

c) délai

Art. 24 Les HOPU disposent d'un délai de trois ans dès leur constitution pour satisfaire aux obligations de la présente loi et pour fournir les prestations hospitalières au sens de l'article 7.

Transferts de patrimoine

Art. 25 ¹Le patrimoine de l'HNE est transféré aux HOPU conformément aux décisions du Conseil d'État.

²Les bâtiments sont transférés à leur valeur comptable.

Évaluation du patrimoine immobilier

Art. 26 ¹Pour une durée limitée déterminée par le Conseil d'État et en dérogation aux principes applicables de la LFinEC, le patrimoine immobilier de l'HNE n'est pas réévalué.

²Pour la durée définie selon l'alinéa 1, les HOPU s'engagent à conserver à la valeur de transfert le patrimoine immobilier issu de transferts avec l'État et l'HNE.

Transfert des employés d'HNE	<p>Art. 27 ¹Les contrats de travail conclus par l'HNE sont transférés aux nouveaux HOPU.</p> <p>²Les contrats de travail de droit public sont convertis en contrats de travail de droit privé, en respect des dispositions applicables au contrat de travail.</p>
Modalités a) par le CE	<p>Art. 28 ¹Le Conseil d'État prend, au nom de l'État, les mesures nécessaires à la constitution des HOPU.</p> <p>²Il a pour tâche, notamment :</p> <p>a) d'approuver le bilan d'ouverture de la société anonyme ;</p> <p>b) de nommer le conseil d'administration des HOPU après consultation des milieux intéressés ;</p> <p>c) de désigner l'organe de révision des HOPU.</p>
b) par HNE	<p>Art. 29 ¹Le conseil d'administration de l'HNE soumet au Conseil d'État un rapport sur sa situation financière avant le transfert de son patrimoine en vue de la constitution des HOPU.</p> <p>²Il fait des propositions au Conseil d'État relatives au transfert et en évalue les conséquences sur le fonctionnement de l'HNE.</p> <p>³Il prépare les transferts de patrimoine, selon les décisions prises par le Conseil d'État.</p> <p>⁴Il organise la consultation des employés dont le contrat de travail sera repris par les HOPU.</p>

CHAPITRE 9

Dispositions finales

Modification d'actes législatifs	<p>Art. 30 La loi de santé (LS), du 6 février 1995 est modifiée comme suit:</p> <p><i>Art. 9, al.2, let. g</i></p> <p>g) de déterminer avec l'Hôpital Neuchâtelois (HNE), le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) et les hôpitaux publics (HOPU) les mandats de prestations dans le cadre de la planification sanitaire;</p> <p><i>Art. 83, al. 4</i></p> <p>⁴Ce rapport doit notamment porter sur les options stratégiques ainsi que sur la réalisation des objectifs confiés à l'HNE, à NOMAD, au CNP et aux HOPU, ainsi que sur l'organisation de la prise en charge des soins préhospitaliers au sens de l'article 116a, alinéa 2.</p> <p><i>Art. 105, al. 1, let. e (nouveau)</i></p> <p>e) la loi sur les hôpitaux publics (LHOPU) du XX.XX.2018.</p>
Référendum	<p>Art. 31 La présente loi est soumise au référendum facultatif.</p>
Promulgation et entrée en vigueur	<p>Art. 32 ¹Le Conseil d'État fixe l'entrée en vigueur de la présente loi.</p> <p>²Il pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.</p>

Art. 33 ¹La promulgation et l'entrée en vigueur de la présente loi sont subordonnées à l'adoption du décret portant octroi d'un crédit-cadre de 4'400'000 francs pour la conduite du projet « Hôpitaux publics », du décret portant octroi d'un crédit-cadre de 33'900'000 francs pour la reprise du bâtiment d'exploitation hospitalière de La Chaux-de-Fonds à l'Hôpital neuchâtelois et la capitalisation de la société anonyme « Hôpital des Montagnes neuchâteloises » et du décret portant octroi d'un crédit d'engagement extraordinaire de maximum 200'000'000 francs permettant la liquidation de l'Hôpital neuchâtelois.

²En cas de refus des actes mentionnés à l'alinéa 1, la présente loi devient caduque de plein droit.

³Cette caducité est constatée par le Conseil d'État par voie d'arrêté.

Publication

Art. 34 La présente loi sera publiée dans la Feuille officielle et insérée au Recueil de la législation neuchâteloise.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

Le président,

La secrétaire générale

Décret portant octroi d'un crédit-cadre de 4'400'000 francs pour la conduite du projet « Hôpitaux publics »

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

vu la loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE), du 1^{er} novembre 2016 ;

vu la loi sur les hôpitaux publics (LHOPU), du X 2018 ;

vu le rapport 18.009, du Conseil d'État au Grand Conseil, du 21 mars 2018 ;

sur la proposition du Conseil d'État, du 21 mars 2018,

décrète :

Article premier ¹Un crédit d'engagement de 4'400'000 francs est accordé au Conseil d'État sous forme de crédit-cadre pour la conduite du projet « Hôpitaux publics ».

Art. 2 ¹Le crédit permet le financement des coûts externes nécessaires à la conduite du projet et aux différentes expertises sous forme de mandats pour un montant de 2'700'000 francs.

²Il permet l'octroi d'une subvention de 1'700'000 francs à Hôpital neuchâtelois en dédommagement des heures que ce dernier devra investir dans le projet.

Art. 3 Les dépenses seront portées au compte des investissements et amorties conformément aux dispositions de la LFinEC du 24 juin 2014, et de son règlement d'exécution.

Art. 4 Le Conseil d'État est autorisé à se procurer, éventuellement par la voie de l'emprunt, les moyens nécessaires à l'exécution du présent décret.

Art. 5 ¹Le présent décret est soumis au référendum facultatif.

²Le Conseil d'État pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Art. 6 ¹La promulgation et l'entrée en vigueur du présent décret sont subordonnées à l'adoption de la LHOPU, du décret portant octroi d'un crédit-cadre de 33'900'000 francs pour la reprise du bâtiment d'exploitation hospitalière de La Chaux-de-Fonds à l'Hôpital neuchâtelois et la capitalisation de la société anonyme « Hôpital des Montagnes neuchâteloise » et du décret portant octroi d'un crédit d'engagement extraordinaire de maximum 200'000'000 francs permettant la liquidation de l'Hôpital neuchâtelois.

²En cas de refus des actes mentionnés à l'alinéa 1, le présent décret devient caduc de plein droit.

³Cette caducité est constatée par le Conseil d'État par voie d'arrêté.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

Le président,

La secrétaire générale

Décret

portant octroi d'un crédit-cadre de 33'900'000 francs pour la reprise du bâtiment d'exploitation hospitalière de La Chaux-de-Fonds à l'Hôpital neuchâtelois et la capitalisation de la société anonyme « Hôpital des Montagnes neuchâteloises »

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

vu la loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE), du 2 novembre 2016 ;

vu la loi sur les hôpitaux publics (LHOPU), du X 2018 ;

vu le rapport 18.009, du Conseil d'État au Grand Conseil, du 21 mars 2018 ;

sur la proposition du Conseil d'État, du 21 mars 2018,

décète :

Article premier ¹Un crédit d'engagement de 33'900'000 francs est accordé au Conseil d'État sous forme de crédit-cadre pour la reprise du bâtiment d'exploitation hospitalière de La Chaux-de-Fonds à l'Hôpital neuchâtelois et la capitalisation de la société anonyme « Hôpital des Montagnes neuchâteloises ».

²Un crédit supplémentaire du même montant à charge du compte des investissements pour l'exercice 2018 est accordé au Conseil d'État.

Art. 2 ¹Le crédit permet le financement de la reprise par l'État du bâtiment d'exploitation hospitalière de La Chaux-de-Fonds à l'Hôpital neuchâtelois et son transfert dans la société anonyme « Hôpital des Montagnes neuchâteloises » sous forme de capitalisation pour un montant de 31'900'000 francs

²Il permet la création et la dotation en fonds de roulement de la société anonyme « Hôpital des Montagnes neuchâteloises » à hauteur de 2'000'000 francs.

Art. 3 ¹Les opérations sont comptabilisées à l'actif du bilan de l'État sous forme de participation dans la société anonyme « Hôpital des Montagnes ».

²Le paiement de 31'900'000 francs à l'Hôpital neuchâtelois par l'État s'effectue par l'ouverture d'une ligne de crédit disponible sur appel.

Art. 4 Les opérations selon les articles 1 et 2 ci-dessus sont exclues des mécanismes du frein à l'endettement.

Art. 5 Le Conseil d'État est autorisé à se procurer, éventuellement par la voie de l'emprunt, les moyens nécessaires à l'exécution du présent décret.

Art. 6 ¹Le présent décret est soumis au référendum facultatif.

²Le Conseil d'État pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Art. 7 ¹La promulgation et l'entrée en vigueur du présent décret sont subordonnées à l'adoption de la LHOPU, du décret portant octroi d'un crédit-cadre de 4'400'000

francs pour la conduite du projet « Hôpitaux publics » et du décret portant octroi d'un crédit d'engagement extraordinaire de maximum 200'000'000 francs permettant la liquidation de l'Hôpital neuchâtelois.

²En cas de refus des actes mentionnés à l'alinéa 1, le présent décret devient caduc de plein droit.

³Cette caducité est constatée par le Conseil d'État par voie d'arrêté.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

Le président,

La secrétaire générale,

Décret **portant octroi d'un crédit d'engagement extraordinaire de** **maximum 200'000'000 francs permettant la liquidation de** **l'Hôpital neuchâtelois**

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

vu la loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE), du 2 novembre 2016 ;

vu la loi sur les hôpitaux publics (LHOPU), du X 2018 ;

vu le rapport 18.009, du Conseil d'État au Grand Conseil, du 21 mars 2018 ;

sur la proposition du Conseil d'État, du 21 mars 2018,

décède :

Article premier ¹Un crédit d'engagement d'au maximum 200'000'000 francs est accordé au Conseil d'État, sous forme d'une subvention extraordinaire permettant l'amortissement du découvert résiduel de l'Hôpital neuchâtelois à la fin des phases de séparation des activités et de création des hôpitaux publics dans le cadre de la LHOPU.

²Le montant selon l'alinéa 1 est inscrit à charge du compte de résultats de l'exercice budgétaire concerné.

Art. 2 ¹L'État reprend l'intégralité des dettes subsistant au bilan de l'Hôpital neuchâtelois.

²En contrepartie, l'Hôpital neuchâtelois cède à l'État les participations et créances qu'il détient à l'encontre des hôpitaux publics neuchâtelois.

³Les opérations de reprise des alinéas 1 et 2 entraînent la liquidation de l'Hôpital neuchâtelois.

Art. 3 Les opérations selon articles 1 et 2 ci-dessus sont exclues des mécanismes de frein à l'endettement.

Art. 4 ¹Le découvert supplémentaire au bilan de l'État résultant de la subvention extraordinaire octroyée est amorti à raison de 20%, mais au maximum 5 millions de francs par année avant toute attribution à la réserve conjoncturelle dès l'année suivant le premier versement.

²L'amortissement du découvert est inscrit au budget du compte de résultats annuel de l'État (sous charges extraordinaires du compte de résultats selon MCH2). Il entre dans le calcul du respect des dispositions du frein à l'endettement.

³Si, à la clôture, le compte de résultats avant amortissement selon alinéa 1 présente un excédent de revenus inférieur à 5 millions de francs mais supérieur à zéro, le solde est attribué à l'amortissement dudit découvert.

⁴Si le compte de résultats avant amortissement selon alinéa 1 présente un excédent de charges, l'amortissement est reporté sur les cinq années suivantes en majorant de 1 million de francs l'amortissement de chacune de ces cinq années.

Art. 5 Le décret portant octroi d'un crédit d'engagement extraordinaire de 200'000'000 francs permettant l'assainissement du bilan de l'Hôpital neuchâtelois, du 2 novembre 2016, est abrogé.

Art. 6 Les modalités d'exécution du présent décret sont définies par le Conseil d'État.

Art. 7 ¹Le présent décret est soumis au référendum facultatif.

²Le Conseil d'État pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Art. 8 ¹La promulgation et l'entrée en vigueur du présent décret sont subordonnées à l'adoption de la LHOPU, du décret portant octroi d'un crédit-cadre de 4'400'000 francs pour la conduite du projet « Hôpitaux publics » et du décret portant octroi d'un crédit-cadre de 33'900'000 francs pour la reprise du bâtiment d'exploitation hospitalière de La Chaux-de-Fonds à l'Hôpital neuchâtelois et la capitalisation de la société anonyme « Hôpital des Montagnes neuchâteloises ».

²En cas de refus des actes mentionnés à l'alinéa 1, le présent décret devient caduc de plein droit.

³Cette caducité est constatée par le Conseil d'État par voie d'arrêté.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

Le président,

La secrétaire générale,

Décret
soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire
cantonale intitulée « Pour une maternité dans les Montagnes
neuchâtelaises »

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,
vu la loi sur les droits politiques (LDP), du 17 octobre 1984;
vu l'initiative législative populaire cantonale intitulée « Pour une maternité dans les
Montagnes neuchâtelaises », déposée le 25 juin 2015 ;
sur la proposition du Conseil d'État, du 21 mars 2018,
décède :

Article premier Est soumise au vote du peuple l'initiative législative populaire
cantonale "Pour une maternité dans les Montagnes neuchâtelaises", présentée
sous la forme d'une proposition rédigée de toutes pièces comme suit :

*Les électrices et les électeurs soussignés, faisant application des articles 98 et
suivants de la loi sur les droits politiques, du 17 octobre 1984, demandent par voie
d'initiative la création d'une maternité attachée à l'hôpital public, située dans le
district du Locle ou de La Chaux-de-Fonds et associée au support pédiatrique
nécessaire à son fonctionnement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.*

Art. 2 Le Grand Conseil recommande au peuple le rejet de l'initiative.

Art. 3 Le Conseil d'État est chargé de l'exécution du présent décret dans un délai
de six mois.

Art. 4 En cas de retrait de l'initiative, le présent décret devient caduc.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

Le président,

La secrétaire générale

Décret

abrogeant :

- le décret portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'État pour l'Établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 24 avril 2012 ;
 - le décret portant approbation des options stratégiques complémentaires définies par le Conseil d'État pour l'établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 26 mars 2013 ;
 - le décret portant approbation de la modification des options stratégiques pour l'Établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 3 novembre 2015
-

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

vu la loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE), du 2 novembre 2016;

vu le rapport 18.009, du Conseil d'État au Grand Conseil, du 21 mars 2018
sur la proposition du Conseil d'État, du 21 mars 2018,

décète :

Article premier ¹Le décret portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'État pour l'Établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 24 avril 2012, est abrogé.

²Le décret portant approbation des options stratégiques complémentaires définies par le Conseil d'État pour l'Établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 26 mars 2013, est abrogé.

³Le décret portant approbation de la modification des options stratégiques pour l'Établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 3 novembre 2015, est abrogé.

Art. 2 ¹Le présent décret n'est pas soumis à référendum.

²Le présent décret n'entre en vigueur qu'au moment où la société anonyme « Hôpital des Montagnes » entre en exploitation.

³Le Conseil d'État pourvoit à son exécution

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

Le président,

La secrétaire générale

Décret
portant octroi d'un crédit complémentaire de 4'360'000 francs
pour l'acquisition du bâtiment de l'ancien Hôpital de La
Chaux-de-Fonds, sis rue Sophie-Mairet 29-31 et des frais
relatifs au transfert de propriété

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,
sur la proposition du Conseil d'État, du 21 mars 2018,
décète :

Article premier Un crédit complémentaire de 4'360'000 francs au crédit d'engagement « Extension du CIFOM-EPCy » est accordé au Conseil d'État pour l'acquisition du bâtiment de l'ancien Hôpital de La Chaux-de-Fonds, sis rue Sophie-Mairet 29-31.

Art. 2 Le Conseil d'État est autorisé à se procurer, éventuellement par voie de l'emprunt, les moyens nécessaires à l'exécution du présent décret.

Art. 3 Les dépenses seront portées aux comptes des investissements du Département des finances et de la santé, sous l'intitulé « Sophie-Mairet 29-31, ancien Hôpital 1898 ».

Art. 4¹ Le présent décret est soumis au référendum facultatif.

² Le Conseil d'État pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

Le président,

La secrétaire générale,

Rapport FINAL DU GT H+H

3 octobre 2017

1 INTRODUCTION - MANDAT DU CONSEIL D'ÉTAT

Le 12 février 2017, le peuple neuchâtelois a préféré l'initiative "Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires" au contre-projet des autorités qui lui était opposé, les deux ayant été acceptés. Le texte de l'initiative prévoit ceci :

« Le canton de Neuchâtel assure la présence d'un site hospitalier de soins aigus, associé à un CTR, dans chacune des deux agglomérations du canton (Littoral et Montagnes). Chacun des sites est autonome d'un point de vue financier, décisionnel (direction et Conseil d'administration) et stratégique (ouverture régionale). Ces hôpitaux travaillent en synergie, mais comprennent au minimum : des urgences médico-chirurgicales 24h/24, un service de médecine avec soins intensifs (ou au minimum soins continus), un service de chirurgie, des blocs opératoires ouverts 24h/24 et une équipe d'anesthésie disponible en permanence. L'État veille à ce que chaque établissement dispose de moyens financiers suffisants permettant de maintenir un budget équilibré. »

Le 19 avril 2017, le Conseil d'État nommait un groupe de travail [GT] chargé d'étudier les voies et moyens de mise en œuvre de cette initiative. Composé d'un président (Monsieur Olivier Guillod, professeur et directeur de l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel), d'un vice-président (Monsieur Daniel Fritschy, professeur associé en médecine de l'Université de Genève) et de treize membres (voir annexe 1) issus du comité d'initiative, des milieux médico-soignants et des exécutifs communaux, le GT a pu compter dans ses travaux sur les informations fournies par des membres du Service de la santé publique (SCSP), du Service juridique de l'Etat de Neuchâtel (SJEN) et de l'Hôpital neuchâtelois (HNE), dont les représentants ont participé aux séances du GT, mais sans droit de vote. Après la troisième séance, la représentante de la Ville de Neuchâtel a pris la décision de quitter le GT.

Il importe de souligner que les membres des sociétés de médecine et des exécutifs communaux siégeaient en leur nom propre, apportant les connaissances et compétences qui sont les leurs, et non en tant que représentants des entités dont ils sont issus. Leurs apports aux travaux du GT n'engagent dès lors en rien ces dernières, lesquelles n'ont pas été consultées pendant ce processus, pour des questions de délais et de confidentialité.

Le GT a mené ses réflexions sur la base du mandat que lui a confié le Conseil d'État et qui comportait deux questions prioritaires et deux phases bien distinctes.

1.1 Questions prioritaires

a) Initiative maternité :

Le Conseil d'État préconise le maintien de la concentration sur un seul site des prestations « femmes-mères-enfants », en particulier de la maternité. Le groupe est invité à valider ce principe. La réponse à cette question permettra

de clarifier le débat autour de l'initiative pendante « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises ».

b) Reprise des bâtiments :

Le Conseil d'État souhaite pouvoir proposer rapidement au Grand Conseil la reprise par l'Etat des bâtiments des sites de Couvet, de La Béroche et de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds. Le groupe est invité à valider ce principe pour permettre la poursuite rapide des travaux y relatifs.

1.2 Phase 1

Les résultats attendus par le Conseil d'État à l'issue de cette première phase de travaux étaient les suivants :

a) Modèle-s institutionnel-s retenu-s

- avantages et inconvénients, conséquences sur le fonctionnement, pour le personnel et pour les finances;
- lignes directrices pour la suite des travaux :
 - hôpitaux publics ou privés
 - taille des hôpitaux de soins aigus (petit/petit vs petit/grand)
 - nombre de sites de réadaptation (1, 2, x ?)
 - devenir des soins palliatifs (intégration, indépendance).

b) Modèle de gouvernance

- pour chacun des deux sites hospitaliers et toute autre structure autonome : principes décisionnels, financiers, etc.
- compétences requises au sein des futurs organes dirigeants.

Les travaux résultant de cette première phase ont abouti à un rapport intermédiaire transmis au Conseil d'État en date du 14 juillet 2017. Ce dernier a validé, dans sa séance du 23 août 2017, les principes généraux des propositions du GT.

1.3 Phase 2

Le mandat initial, prévoyant notamment une évaluation du GT des conséquences de la mise en œuvre du modèle organisationnel et de gouvernance préconisé, a été revu par le Conseil d'État, sur proposition du GT, lors de sa prise de position sur le rapport intermédiaire. Il faut relever que les résultats attendus quant aux conséquences sur les ressources humaines et les bâtiments ont été retirés du mandat remanié. De même, il a été admis que la répartition définitive des missions ne pourrait se faire qu'au terme de travaux techniques, sortant du mandat du GT, travaux auxquels devront être associés les organes décisionnels des sociétés à constituer.

Le Conseil d'État a donc donné au GT le mandat suivant pour la deuxième phase :

a) Complément sur la réadaptation

Concernant la réadaptation, le Conseil d'État souhaite disposer d'une analyse plus complète quant aux avantages de la proposition du GT de constituer une troisième société anonyme.

b) Répartition des missions hospitalières

En vue du travail de répartition des missions qui interviendra au terme des travaux du GT, le Conseil d'État retient les principes suivants, devant prévaloir en vue de la répartition des missions :

- Conditions de la liste hospitalière

- Critères de reconnaissance pour la certification comme centres de compétence
- Critères de reconnaissance pour la certification comme centres de formation
- Critères économiques et financiers

Il souhaite que le GT valide ces principes et complète, si nécessaire, cette liste de principes.

En outre, le Conseil d'État sollicite du GT une appréciation quant aux priorités à donner s'agissant de la mission de soins palliatifs, en tenant compte de l'interdisciplinarité de ce domaine.

c) Implication des autres acteurs

Le Conseil d'État souhaite que le GT puisse donner une orientation sur l'implication future sur les plans décisionnel et financier (participation aux organes des sociétés à constituer, participation au capital des sociétés, respectivement au financement des prestations d'intérêt général, etc.) :

- Des communes
- Des autres acteurs, en particulier privés

Dans ce cadre et de manière plus large, il demande au GT de faire part de ses réflexions au sujet des compétences requises pour composer les futurs conseils d'administration.

Le GT, après plusieurs mois de travail intensif, est aujourd'hui en mesure de livrer son rapport final au Conseil d'État.

2 MÉTHODE DE TRAVAIL

2.1 Phase 1

Le GT a débuté ses travaux le mardi 2 mai 2017. Il s'est réuni ensuite à un rythme hebdomadaire, jusqu'au 11 juillet 2017. Les premières séances ont principalement été dédiées à des présentations et des auditions de personnes externes, afin de permettre aux membres de débattre sur des bases communes d'information. Les thèmes abordés lors des premières séances et les intervenants ont été les suivants :

- mandat et constitution du groupe de travail ; évaluation générale de la situation (Monsieur L. Kurth, Département des finances et de la santé, lors de deux séances différentes) ;
- planification hospitalière et financement (Monsieur L. Blatti, chef de l'office des hôpitaux, Service cantonal de la santé publique [SCSP]) ;
- exigences à remplir par un hôpital pour être reconnu comme établissement de formation (Monsieur J.-P. Keller, vice-président de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue [ISFM], Berne) ;
- réadaptation (Monsieur P.-E. Fournier, chef de service à la Clinique romande de réadaptation SUVA à Sion ; Madame Y. Espolio Desbaillet, cheffe du département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs à l'Hôpital neuchâtelois [HNE]) ;
- urgences et SMUR (Monsieur V. Della Santa, médecin chef du département des urgences, HNE) ;
- partenariat public-privé (*Genolier Swiss Medical Network* [GSMN] Neuchâtel SA : Messieurs A. Wildhaber, président, R. Boichat, administrateur, P.-O. Chave, administrateur et O. Plachta, directeur) ;
- modèle de gouvernance bernois (Hôpital du Jura bernois [HJB] : Messieurs A. Picard, président du Conseil d'administration, et D. Sartori, directeur général ; Service bernois de la santé publique : Monsieur G. von Below, suppléant de la cheffe de l'office des hôpitaux).

Les séances suivantes ont été marquées par des débats vifs et nourris, qui ont cependant permis au GT d'élaborer finalement de manière consensuelle le rapport intermédiaire transmis au Conseil d'État le 14 juillet 2017.

2.2 Phase 2

Le GT a repris ses travaux le 15 août et s'est à nouveau réuni de manière hebdomadaire jusqu'au 26 septembre. Pour alimenter ses réflexions, il a entendu encore les intervenants suivants :

- présentation du mandat de la phase 2 ; discussion (Monsieur L. Kurth, Département des finances et de la santé) ;
- enjeux et conséquences d'une scission d'entreprise (PWC : Messieurs D. Ehret et F. Burgat) ;
- initiative maternité (Madame S. Boichat Burdy et Monsieur L. Blatti, SCSP ; Messieurs Y. Brünisholz, médecin chef du département de gynécologie-obstétrique et B. Laubscher, médecin chef de service en pédiatrie, HNE) ;
- centre du sein (Madame M.-J. Chevènement, médecin cheffe, département de gynécologie-obstétrique, HNE) ;
- projet Ecole Pierre-Coullery (Service des bâtiments de l'Etat : Messieurs Y.-O. Joseph et J.-M. Deicher ; Monsieur J.-P. Brügger, directeur général du Centre interrégional de formation des montagnes [CIFOM] ; Monsieur A. Zosso, directeur de l'Ecole Pierre-Coullery) ;
- soins palliatifs (Monsieur B. Cantin, médecin responsable de l'unité de soins palliatifs de l'Hôpital fribourgeois, Fribourg).

3 RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS

Le GT a donc auditionné de nombreux professionnels durant ses travaux. Ces auditions, qui lui ont permis de forger ses propositions, sont résumées dans le présent chapitre. Il y sera référé au surplus dans les chapitres suivants, qui énoncent et expliquent les propositions du GT.

Les exposés du SCSP sur le financement hospitalier et la planification hospitalière ainsi que la présentation fait pour l'ISFM sont directement intégrés dans le chapitre 4.2 relatif au contexte fédéral.

3.1 Modèle bernois de gouvernance des hôpitaux

Office bernois des hôpitaux : Monsieur G. von Below, suppléant de la cheffe de l'office des hôpitaux

- Le canton de Berne a autonomisé ses hôpitaux de soins somatiques depuis de nombreuses années.
- Le modèle institutionnel et de gouvernance actuel des hôpitaux de soins aigus est le suivant:
 - Sociétés anonymes [SA] ;
 - Conseils d'administration élus par le gouvernement ;
 - Séparation cohérente entre deux rôles du canton : celui de « propriétaire » et celui de « client ».
- Des exemples ont été montrés au GT où, au sein d'une entité, le déficit d'un site plus petit peut être compensé par le bénéfice du site plus grand. L'entité, de manière globale, est ainsi bénéficiaire. L'Etat n'intervient pas financièrement autrement que par le biais du financement de l'activité et des prestations d'intérêt général.

- Le canton de Berne exclut de payer pour le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale. Dans cette perspective, seuls deux hôpitaux seraient indispensables pour assurer la couverture sanitaire de leur région. Par conséquent, le canton est prêt à accepter que d'autres hôpitaux fassent faillite.
- Concernant la planification hospitalière : le canton de Berne applique le modèle des Groupes de prestations pour la planification hospitalière [GPPH], comme le canton de Neuchâtel. Il l'applique cependant sans limitation des quantités quand il attribue des mandats de prestations, à l'inverse de Neuchâtel. M. von Below dit cependant que cette solution ne lui semble pas tenable à long terme.
- Concernant la qualité des prestations : une division particulière de l'Office des hôpitaux est chargée de visiter les hôpitaux et de contrôler si les prestations prévues dans le cadre de la planification hospitalière sont remplies à satisfaction.

Hôpital du Jura bernois [HJB] : Messieurs A. Picard, président du CA, et D. Sartori, directeur général

- L'actionnaire unique de HJB est le canton de Berne.
- Trois contraintes importantes sont posées par le canton au Conseil d'administration de HJB, dans le cadre de la «stratégie du propriétaire», soit garantir :
 - une mission hospitalière à une population d'un périmètre donné ;
 - une mission humaine en ce qui concerne le personnel (formation continue, existence d'une convention collective de travail, etc.) ;
 - une mission financière (pas le droit d'être déficitaire, nécessité d'atteindre un budget équilibré entre les services déficitaires et bénéficiaires).
- HJB est satisfait du modèle de SA qui offre l'autonomie nécessaire au fonctionnement d'un hôpital dans l'environnement actuel, que ce soit en termes d'investissements ou de partenariats par exemple.
- HJB n'a pas de mandat de réadaptation.
- HJB assure la formation de 600 personnes, dont 80 médecins annuellement.
- Une structure bien intégrée dans la région présente l'avantage de mieux répondre aux besoins de la population.
- Leur avis sur la question neuchâteloise : s'agissant de la création d'un Centre de traitement et de réadaptation [CTR], M. Sartori estime important de tenir compte du développement futur probable des prestations de réadaptation ambulatoires. Il ignore, vu ce développement aux contours encore difficiles à cerner, s'il est vraiment opportun de vouloir construire des CTR et investir dans ce domaine-là. S'il devait créer un CTR dans le Jura bernois, il se montrerait très prudent, afin d'éviter de se trouver, dans quelques années, avec un établissement surdimensionné. Cependant, si d'autres activités rémunératrices sont également mises en place, la viabilité d'un CTR pourrait éventuellement être assurée. La mission de «service public» d'un établissement implique la responsabilité d'offrir à la population périphérique des grands centres urbains un certain nombre de prestations même si, économiquement, elles ne sont pas intéressantes.

3.2 Partenariat public-privé

GSMN Neuchâtel SA : Messieurs A. Wildhaber, président, R. Boichat, administrateur, P.-O. Chave, administrateur, et O. Plachta, directeur

- Une vision à long terme est nécessaire pour l'élaboration du nouveau système et il faudrait tenir compte de l'existant qui fonctionne à satisfaction, afin de gagner du temps.
- Il faut construire ensemble un partenariat public-privé permettant d'atteindre les objectifs souhaités dans le domaine de la santé.
- Le marché neuchâtelois étant petit et n'offrant donc pas suffisamment de cas, il n'est pas pensable de créer de nouvelles structures, notamment si l'on veut conserver la

qualité des soins que l'on connaît aujourd'hui. Il faut veiller à ne pas encore augmenter les surcapacités existant dans le canton.

- GSMN-NE est ouvert à toute forme de collaboration ou de partenariat avec les futures entités de soins aigus et ne refusera aucune mission octroyée dans le cadre de la planification, pour autant qu'aucune limitation ne lui soit imposée.

3.3 Réadaptation

Clinique romande de réadaptation SUVA : Dr. P.-E. Fournier, chef de service

- La réadaptation est une discipline à prendre au sérieux, comme les autres spécialités médicales. Elle requiert l'intervention de professionnels aux profils différents (pluridisciplinarité).
- Les personnes placées dans un CTR n'ont pas simplement besoin d'ateliers occupationnels, mais d'une réadaptation qui leur permette de reprendre le cours de leur vie après un accident, par exemple.
- La proximité avec un plateau technique, au minimum d'imagerie, et la facilité de faire appel à d'autres spécialistes sont deux arguments militant pour un rapprochement avec les soins aigus.
- Il ne faut pas vouloir copier la clinique de la SUVA à Sion, car elle s'occupe de cas très lourds, qui ne se retrouvent pas dans les CTR cantonaux, et dispose de moyens importants. Il est cependant possible de créer un hôpital de réadaptation tout à fait performant et répondant aux besoins de la population concernée.
- Le changement du mode de financement de la réadaptation qui interviendra prochainement imposera une organisation par filière de soins.
- Son avis sur la question neuchâteloise : il pense que, pour avoir la masse critique suffisante et les compétences voulues, un hôpital de réadaptation dans le canton serait suffisant. Vouloir séparer, sur deux sites, la prise en charge en réadaptation n'est pas optimal. Toutefois, il faut aussi prendre en considération, notamment, des éléments politiques ainsi que les bâtiments éventuellement à disposition. Mais idéalement, un seul CTR proche d'un des deux hôpitaux de soins aigus serait à son avis suffisant.

HNE : Dresse Y. Espolio Desbaillet, cheffe du département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs

- La gériatrie permet de rendre aux patients âgés de la fonctionnalité, elle permet aussi qu'ils restent à domicile. Pour ceci, tout comme dans un CTR, du personnel spécialisé et multidisciplinaire est nécessaire. Dans le domaine de la gériatrie, il faut également tenir compte de la vulnérabilité que peuvent présenter les patients âgés ; l'ensemble des symptômes (dépression, état confusionnel, démence, incontinence, diabète, etc.) doivent pouvoir être pris en charge par le personnel.
- À HNE, 50% de la population hospitalisée en soins aigus est âgée de 75 ans et plus (données chiffrées de 2012). Par ailleurs, si la prise en charge dans ce secteur n'est pas adaptée aux patients âgés, cela va engendrer, pour le 60% d'entre eux, plus d'incapacités à leur sortie de l'hôpital que lors de leur entrée. Pour cette raison, HNE a créé une unité de soins aigus en gériatrie qui permet une réadaptation précoce. Les patients accueillis en son sein sont non seulement traités en soins aigus, mais des évaluations sont également faites par des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, afin de mettre en place les prises en charge nécessaires. Cette réadaptation précoce se poursuit ensuite dans un CTR avant le retour du patient à domicile.
- Aujourd'hui, HNE ne dispose pas d'une reconnaissance FMH dans le domaine de la médecine physique et de réadaptation, car le volume demandé est insuffisant : les prises en charge sont disséminées sur plusieurs sites. Il faudrait les regrouper afin d'avoir, selon les critères de l'ISFM, un minimum de 25 lits de réadaptation neurologique et 25 lits de réadaptation gériatrique au sein d'une seule institution pour que la formation des médecins-assistants soit reconnue. Un seul rééducateur est actuellement engagé à HNE, ce qui est insuffisant pour les deux CTR comprenant 48 lits au Locle et 49 lits au Val-de-Ruz (dont 20 lits pour la médecine physique de

réadaptation). En outre, non seulement la balnéothérapie est nécessaire à un tel centre, mais également la présence d'un parcours de marche extérieur afin que les patients, notamment âgés, puissent retrouver un maximum de fonctionnalité.

3.4 Soins palliatifs

Hôpital Fribourgeois [HFR] : M. B. Cantin, médecin responsable de l'unité de soins palliatifs

- La définition des soins palliatifs émise par l'Organisation mondiale de la santé [OMS], met en exergue que ce domaine est la seule spécialité en médecine qui s'occupe en même temps des patients et de leurs proches : « *Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patient-e-s et de leurs proches face aux conséquences d'une maladie mortelle, incurable ou chronique évolutive. Ils englobent la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres difficultés physiques, psychologiques et spirituelles qui lui sont liées.* »
- Le service de soins palliatifs de l'HFR a déménagé de Châtel-St-Denis où il était intégré à un CTR, à Fribourg, dans une maison dédiée à proximité des soins aigus. M. Cantin souligne les éléments suivants :
 - Le rapprochement vers un bassin de population plus important a permis d'augmenter le taux d'occupation de l'unité de 75 à 95%, avec une liste d'attente.
 - Cette proximité des soins aigus permet à l'unité d'accueillir des médecins-assistants durant leur formation à l'hôpital cantonal de soins aigus.
 - Elle permet d'intervenir et de prendre en charge les patients bien plus tôt dans leur trajectoire de maladie.
 - Le déménagement et l'inscription de l'unité dans un réseau de soins ont apporté énormément de changements positifs.
 - L'avantage du rattachement à une grande institution – que ce soit à un CTR ou à un hôpital de soins aigus – tient au fait qu'en cas de crise (par exemple : épidémie de grippe en hiver), une aide mutuelle est possible entre les deux structures.
- Une seconde unité de soins palliatifs, de 8 lits, est également présente dans la partie germanophone du canton de Fribourg, à Meyriez-Morat.
- Selon une recommandation internationale, une unité spécialisée en soins palliatifs est nécessaire pour 200'000 habitants.
- La prise en charge en soins palliatifs est différente de celle en soins aigus ou en réadaptation. Il s'agit d'une spécialité qui est en soi transversale, donc qui a besoin d'un réseau de soins et de partenaires pour accueillir le plus rapidement possible les patients concernés.
- Son avis sur la question neuchâteloise : concernant l'intérêt de rattacher l'unité de soins palliatifs à un hôpital de soins aigus ou à un CTR, il pense qu'il n'existe guère de différences entre ces deux solutions, pour autant que la structure de rattachement soit dirigée par un organe supérieur chargé de distribuer les ressources, notamment en personnel, en matériel, etc. Toutefois, en ligne avec les résultats d'une enquête en Suisse alémanique, il n'estimerait pas opportun de greffer l'unité de soins palliatifs sur un CTR gériatrique axé sur une forte réhabilitation, parce que les patients en soins palliatifs ne sont souvent pas à même de suivre une réhabilitation soutenue. Dans ce sens, il faudrait éviter que le parcours du patient passe par la réadaptation avant d'arriver aux soins palliatifs, mais bien plutôt permettre le passage direct des soins aigus vers les soins palliatifs.

Suite à cette intervention, le GT a demandé un avis aux **médecins chefs du service de soins palliatifs de HNE**, le **Dr Bernet et la Dresse Jeanneret Brand**. Leur avis, donné par écrit, est retranscrit ci-dessous :

- « *Le souhait prépondérant des médecins de la Chrysalide est de pouvoir continuer à servir l'ensemble de la population du canton sans risquer des considérations de*

préférences entre les patients d'un site ou de l'autre. Cet argument est identique à celui formulé par le GT pour la création d'une entité de réadaptation unique séparée des entités de soins aigus. La considération de transversalité prime clairement sur la question de la proximité avec l'une ou l'autre activité. De ce fait le rattachement de la structure palliative ne peut être que dans la structure cantonale transversale (donc dite "de réadaptation"). »

3.5 Centre femmes-mères-enfants

SCSP : Madame S. Boichat Burdy et Monsieur L. Blatti

- Le modèle de planification hospitalière GPPH fixe de nombreuses contraintes aux hôpitaux en matière d'organisation pour tenir compte d'objectifs de qualité des soins. Parmi ces contraintes, on peut citer par exemple : nombre de spécialistes nécessaires et disponibilités, niveau d'urgence, nombre de cas minimum, liens entre les prestations à l'interne ou à l'externe.
- Le canton de Neuchâtel, au vu de sa taille, risque, en cas de création d'une deuxième maternité dans le canton, de ne plus disposer d'un volume de cas suffisant en obstétrique dans chacune des deux maternités pour pouvoir prétendre au maintien de l'obstétrique et de la néonatalogie spécialisées. Ce constat vaut même si une partie de l'activité hors canton est rapatriée dans le canton. Ce serait donc la perte pour l'ensemble du canton de ces prestations qui ne seraient dès lors proposées que par des hôpitaux hors canton.
- En fonction du nombre de naissances qui auraient lieu dans chacune des deux maternités, il existe un risque qu'aucune d'entre elles ne soit capable de prétendre à un niveau de reconnaissance de niveau II de la Société suisse de néonatalogie, alors que HNE dispose actuellement d'un tel niveau de reconnaissance. Dans un tel cas de figure, il ne serait plus possible d'accueillir des nouveau-nés malades dans le canton de Neuchâtel.
- En cas de création d'une maternité dans les Montagnes, le dispositif d'urgence devrait être modifié. L'exploitation d'une maternité requiert en effet un dispositif plus conséquent avec, par exemple, une salle d'opération dédiée. Un modèle de calcul des coûts est actuellement utilisé pour le calcul des PIG pour les services d'urgence. Le coût supplémentaire pour l'Etat, par rapport au dispositif demandé par l'initiative H+H, pourrait se monter à 2,5 millions de francs.

HNE : Madame M.-J. Chevènement, médecin cheffe du centre du sein ; Messieurs Y. Brünisholz, médecin chef du département de gynécologie-obstétrique de HNE et B. Laubscher, médecin chef de service en pédiatrie

Concernant la maternité :

- Actuellement, la néonatalogie de HNE est reconnue au niveau IIB, selon les normes de la Société suisse de néonatalogie qui exigent au moins 1000 naissances par année dans l'établissement. En cas de perte de la néonatalogie spécialisée, on peut s'attendre à des répercussions sur le reste de la pédiatrie hospitalière, en particulier sur la prise en charge de soins intensifs sur les enfants plus grands (avec comme conséquence une perte de compétences). Les néonatalogues sont en effet assez à l'aise avec la médecine intensive : urgences et soutien respiratoire de nouveau-nés ou d'enfants plus grands.
- Aucun centre de néonatalogie de Suisse n'est rentable, en raison des règles de facturation pour le domaine pédiatrique dans son ensemble. Il s'agit en réalité d'un choix de société : les enfants malades doivent-ils rester hospitalisés à proximité ou non ?
- La centralisation « mère-enfant » a permis d'éviter des hospitalisations inutiles en pédiatrie et d'améliorer la qualité de la prise en charge des nouveau-nés.
- La comparaison financière des situations existant avant et après la centralisation de la maternité, expressément demandée par le GTIH, est impossible à réaliser de manière pertinente, en raison de changements notables des conditions-cadre, en particulier la modification de la loi sur le travail avec l'introduction d'un plafond de 50

heures pour les médecins-assistants, une offre différente de prestations et, surtout, un mode de financement complètement nouveau depuis la réforme du financement hospitalier.

- Leur avis sur la question neuchâteloise : la situation actuelle dans le canton de Neuchâtel est satisfaisante : la prise en charge des enfants est adéquate et la qualité des prestations est reconnue par les centres universitaires et les hôpitaux régionaux.

Concernant le centre du sein :

- Dans le futur, il est envisagé que seuls les centres accrédités puissent prendre en charge ces patientes. Les exigences d'accréditation sont contraignantes. La principale difficulté, pour tous les postulants, est liée à la recherche scientifique.
- La sénologie fait partie de la formation obligatoire en gynécologie-obstétrique et en chirurgie générale. La disparition de cette activité (qui n'est souhaitée par personne) mettrait en péril la possibilité de faire partie du réseau romand de formation de spécialistes en gynécologie-obstétrique ou, à tout le moins, diminuerait sensiblement l'attractivité de la formation dans ce domaine en terres neuchâteloises.
- Un centre du sein en dehors du département de gynécologie-obstétrique est possible, mais cela poserait des difficultés d'organisation pour le tournus de formation et pourrait générer des surcoûts de fonctionnement.
- Un tel centre peut dépendre aussi bien d'un département d'oncologie que de chirurgie, et pas nécessairement d'un département de gynécologie-obstétrique, voire être directement rattaché à la direction générale. *A priori*, si le canton comptait deux maternités au lieu d'une, cela n'aurait aucune incidence pour le Centre du sein.
- La structure unique, à vocation cantonale, telle qu'elle est connue aujourd'hui, doit absolument être maintenue et non pas dispersée entre le site du Littoral et celui des Montagnes.

3.6 Urgences et SMUR

HNE : Dr Vincent Della Santa, médecin chef du département des urgences

- Le département des urgences est autonome depuis 2010 et comprend deux services transversaux :
 - Le service des urgences extrahospitalières (SMUR) qui se déploie sur trois sites (Littoral – Montagnes neuchâteloises - Val-de-Travers). Ce service gère également la polyclinique du site de Couvet et assure des prestations de médecin-conseil auprès de trois des quatre services d'ambulances du canton. De plus, il est impliqué dans la gestion des catastrophes, ainsi que du véhicule de soutien sanitaire [VSS] déployé en cas d'événements majeurs (par exemple, lors d'un accident de la circulation sur une autoroute avec de nombreux blessés). Il existe un piquet « catastrophe », un piquet « SMUR cantonal sur trois sites » et un médecin-cadre de piquet tout au long de l'année.
 - Le service des urgences intrahospitalières qui gère le service des urgences, tant de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds que de Pourtalès. La plupart des médecins urgentistes sont basés actuellement sur le site du Littoral où est mise en place une supervision 24h/24 par un chef de clinique FMH et plusieurs médecins-cadres ayant une formation continue en médecine d'urgence. Sur le site de La Chaux-de-Fonds, les médecins urgentistes sont présents cinq jours sur sept, de 8h00 à 18h00. Le reste du temps, ce service est supervisé par les médecins des services de chirurgie et de médecine interne.
- Pour devenir « médecin urgentiste », la personne intéressée doit être en possession d'un titre postgrade FMH en médecine interne, en anesthésiologie ou en chirurgie, puis effectuer encore une formation complémentaire de deux ans avant d'obtenir une attestation de formation complémentaire [AFC] en médecine d'urgence.
- A l'avenir, les hôpitaux de taille modeste ne pourront peut-être plus maintenir un service d'urgences ouvert 24h/24. En effet, d'ici dix ans environ, un service

- d'urgences ne pourra plus fonctionner sans la supervision 24h/24 d'un médecin urgentiste ayant au minimum un FMH en anesthésiologie ou en chirurgie.
- Le problème qui risque de se présenter dans le cadre de la future organisation hospitalière est le suivant : un médecin urgentiste exerçant uniquement sur le site des Montagnes serait susceptible de perdre son AFC s'il ne travaillait pas dans un service d'urgences accrédité et n'avait, de ce fait, pas pris en charge un nombre suffisant de patients « vitaux ».
 - Avec trois pools SMUR comprenant au total une quinzaine de collaborateurs, il est possible de prendre en charge un certain nombre de problématiques grâce à la mutualisation des forces. Il sera peut-être difficile d'engager les personnes ayant les compétences nécessaires en médecine d'urgence pour créer plusieurs SMUR autonomes. De plus, il faudra que ce personnel puisse exercer tant dans le domaine préhospitalier que dans le secteur intrahospitalier.

3.7 Ecole Pierre-Coullery

Service des bâtiments [SBAT] : Messieurs Y-O. Joseph et J-M. Deicher ; CIFOM : Monsieur J-P. Brügger, directeur général ; Ecole Pierre-Coullery : Monsieur A. Zosso, directeur

- Le projet d'extension de l'Ecole Pierre-Coullery a été validé par le Grand Conseil le 22 février 2017 (rapport 16.048 du Conseil d'État au Grand Conseil).
- La difficulté principale pour l'Ecole, qui a été l'élément déclencheur du projet, est le manque de locaux pour abriter les classes. L'extension vers des locaux externes a été rendue nécessaire, complexifiant l'organisation des horaires. Le but du projet est de rassembler les classes externalisées dans le bâtiment de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds.
- Le projet actuel est une opportunité de revaloriser le bâtiment de 1898, qui n'est plus adapté à des besoins hospitaliers, et d'occuper des espaces qui seront laissés vides par le Centre neuchâtelois de psychiatrie [CNP]. Ces locaux sont particulièrement adaptés pour des salles de classe.
- GSMN est actuellement locataire d'une partie des locaux, pour son activité de dialyse, de même que le planning familial. Des solutions devront être trouvées pour relocaliser ces deux prestataires. Le CNP a déjà prévu de quitter le site et le centre de transfusion occupe des locaux qui ne sont pas touchés par le projet d'extension de l'Ecole.
- Sous l'égide d'un comité de pilotage, un groupe de travail technique a été nommé et planche actuellement sur la mise en œuvre du projet, dans toutes ses composantes.

3.8 Scission d'entreprise

PricewaterhouseCoopers SA [PWC] : Messieurs D. Ehret et F. Burgat

De manière générale :

- Le processus de scission est un processus long, complexe et coûteux, que ce soit en termes financier ou de ressources humaines.
- Des ressources importantes seront nécessaires au sein des services de l'Etat et de HNE pour mener à bien un tel processus. Des ressources spécialisées sont nécessaires : fiduciaire (comptabilité et fiscalité), notaire, organisation hospitalière, etc.
- Il n'y a pas de droit à l'erreur quand un tel processus concerne une institution aussi sensible qu'un hôpital, qui ne peut pas se permettre de voir son activité courante perturbée.
- Le 1^{er} janvier 2019 leur paraît la date la plus proche possible pour achever un processus de scission. C'est même une évaluation optimiste. Cette date est également dictée en partie par la nécessité de convertir les comptes de HNE aux nouvelles normes Swiss GAAP RPC (recommandations relatives à la présentation des comptes), ce qui représente un travail conséquent.

D'un point de vue légal :

- Le cadre légal est strict et contraignant. Une certaine chronologie doit être respectée en particulier pour les divers aspects fiscaux.
- Les lois suivantes s'appliquent :
 - LFus (Loi sur les fusions)
 - Loi sur la TVA (8% - procédure de déclaration entre assujettis)
 - Loi fédérale sur les droits de timbre (LT) – droit de timbre d'émission 1% sur les apports
 - Loi fédérale sur l'impôt anticipé (LIA) – 35% sur les distributions de substance
 - Loi sur les contributions directes et loi sur l'impôt fédéral direct (impôt sur le bénéficiaire et le capital)
 - Loi concernant la perception des droits de mutation sur les transferts immobiliers (lods 3.3%)
 - Code des obligations (art. 620 ss – société anonyme)
 - Ordonnance sur le registre du commerce (ORC)

D'un point de vue financier et de gestion :

- Un assainissement de la dette préalable est impératif pour la création des SA, le CO imposant des normes de fonds propres, notamment à travers l'art. 725 CO qui décrit les situations de surendettement (HNE se trouve dans une telle situation). Il en va de même pour la solidité financière des institutions: c'est une obligation pour une SA de démontrer qu'elle a les moyens financiers suffisants pour continuer son activité.
- Il est important de veiller à ce que les coûts supportés par le canton n'explorent pas avec la nouvelle organisation.
- Les services transversaux devraient être analysés et le cas échéant maintenus, dans un souci de recherche d'efficacité.
- Il faut s'assurer que les futures directions hospitalières travaillent ensemble.
- Le coût du processus de scission peut aller de plusieurs centaines de milliers de francs jusqu'à plusieurs millions.
A titre d'exemple, le GT a pu prendre connaissance des montants engagés pour le processus, non pas de scission mais uniquement d'autonomisation des hôpitaux psychiatriques bernois, soit 2 millions de francs pour un travail d'une durée de deux ans.

4 CONTRAINTES

Les réflexions du GT s'inscrivent dans un cadre donné, sur lequel il n'a pas d'influence. Ces contraintes ont trait à l'évolution du contexte sanitaire général, aux conditions-cadre fédérales, en particulier celles découlant de la législation sur l'assurance-maladie, ainsi qu'aux exigences précises du texte de l'initiative et aux demandes spécifiques du Conseil d'Etat.

4.1 Evolution du contexte sanitaire

Les réflexions du GT se placent dans un contexte sanitaire en évolution constante. La mise en place de l'initiative devra pouvoir répondre aux défis sanitaires actuels et à ceux de demain, dont les principaux sont :

- les évolutions épidémiologique et démographique influencent largement les besoins et les comportements des patients et des prestataires de soins. Le vieillissement de la population ainsi que la prévalence d'affections chroniques et de polymorbidités imposent en particulier le travail en équipes pluridisciplinaires ;
- les progrès technologiques modifient les modes de prise en charge des patients ;

- la spécialisation accrue en médecine et l'augmentation des standards de qualité impliquent la réunion d'équipes pluridisciplinaires et des relations accrues entre professionnels pour assurer une prise en charge globale et intégrée des patients ;
- la pénurie de personnel médico-soignant nécessite des efforts en matière de formation et impose de repenser les responsabilités des différents intervenants dans la chaîne de soins ;
- la prise en charge des patients doit se penser dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire et interprofessionnel, dont fait partie l'hôpital, mais dont il n'est plus le seul acteur. L'hospitalisation ne constitue qu'un moment dans le trajet de soins du patient ;
- la recherche de solutions visant à limiter l'augmentation constante des coûts de la santé induit de fortes pressions financières sur les hôpitaux.

De manière générale, la description du contexte sanitaire réalisée par le Groupe de travail HNE-demain dans son rapport au Conseil d'État, présenté par ce dernier en annexe de son rapport au Grand Conseil, est partagée par le GT et il y est renvoyé au besoin.

4.2 Cadre fédéral

Les hôpitaux neuchâtelois, comme les autres hôpitaux du pays, sont soumis à des contraintes définies sur le plan national. Ils sont, en particulier, tenus de respecter la législation fédérale en matière de financement hospitalier, plus précisément la loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal]. La réforme entrée en vigueur en 2012 visait à améliorer l'économicité et la qualité des prestations, en mettant en place une certaine concurrence entre les hôpitaux. Les impacts de cette réforme à prendre en compte sont résumés ci-dessous.

Financement hospitalier

Le financement hospitalier porte sur des prestations et non des institutions. Le canton de domicile est tenu de participer (à hauteur de 55%) au financement des hospitalisations de ses ressortissants pour toutes les prestations réalisées dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière d'un canton et ayant reçu un mandat pour la prestation fournie.

Un nouveau mode de financement de la réadaptation entrera prochainement (2020-2022) en vigueur et devrait avoir des conséquences importantes sur l'organisation hospitalière. En effet, des critères d'admission stricts par filière devront être respectés pour pouvoir prétendre au remboursement des prestations.

Libre choix de l'hôpital

Les patients disposent du libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse et ont accès aux hôpitaux publics et aux cliniques privées dès lors que ces établissements sont inscrits sur une liste hospitalière. La participation financière de l'Etat et des assureurs-maladie est alors assurée.

Planification hospitalière

La planification hospitalière relève de la compétence des cantons. Des règles et des critères, y compris certaines exigences médicales, sont cependant fixés au niveau national et s'appliquent à tout établissement qui souhaite figurer sur une liste hospitalière. Plus d'une vingtaine de cantons suisses utilisent le modèle de regroupement des prestations (GPPH) actuellement utilisé par le canton de Neuchâtel. Un exemple extrait du modèle est présenté dans l'annexe 2.

Les prestations relevant de la médecine hautement spécialisée sont planifiées à un niveau supra-cantonal. Initialement limitée aux prestations universitaires de pointe, la notion de médecine hautement spécialisée a été progressivement élargie pour englober désormais également des prestations réalisées dans les hôpitaux cantonaux.

En outre, des critères de reconnaissance sont définis au niveau national par les sociétés savantes et par la FMH qui s'appliquent à l'ensemble des hôpitaux suisses :

Critères de reconnaissance comme centre de compétence

Les critères pour qu'une entité soit accréditée comme centre de compétence sont variés et dépendent de la discipline médicale. Les critères peuvent concerner le nombre de cas minimum total, le nombre de cas minimum par opérateur, la lourdeur des cas, le nombre de spécialistes, l'existence d'une unité de soins intensifs dans le même établissement, etc. Des exemples sont présentés dans l'Annexe 3.

La reconnaissance comme centre de compétence est un gage important de qualité. Dans certains domaines, il faut être reconnu comme centre de compétence pour obtenir la rémunération des prestations.

Critères de reconnaissance comme centre de formation

Un établissement qui souhaite former doit répondre à certains critères qui peuvent également varier selon le domaine concerné. Un exemple est présenté dans l'Annexe 4.

Le fait d'être reconnu comme centre de formation permet de renforcer l'attractivité de l'hôpital ainsi que de la région, notamment pour l'installation de nouveaux médecins. De plus, au niveau de la Conférence des directeurs sanitaires [CDS], un processus de péréquation financière entre cantons est en cours d'élaboration. Les cantons qui forment moins devront payer les cantons formateurs.

Intervention de l'ISFM : Monsieur J-P. Keller, vice-président de l'ISFM

- L'ISFM ne représente pas les médecins, mais régleme les conditions-cadre de leur formation postgraduée, puis de leur formation continue, sur mandat du Département fédéral de l'intérieur. Il est également responsable de l'accréditation des centres de formation.
- Différents niveaux de certification existent (A, B, etc.), différenciant les établissements entre eux suivant le niveau de formation qu'ils peuvent fournir. Le cursus de formation postgraduée des médecins assistants fixe des durées minimales de formation dans ces centres de formation.
- Différents critères sont requis pour obtenir une certification : nombre de patients hospitalisés, nombre de spécialistes avec formation postgraduée, nombre de visites cliniques avec le médecin-chef, possibilité d'exercer une activité scientifique, etc.
- La certification comme centre de formation est exigeante : il s'agit d'une démarche administrative nécessitant un important travail pour tous les collaborateurs de l'institution et qui coûte Fr. 5'000.-. Tous les centres de formation de l'HNE devront être recertifiés en cas de scission.
- En date du 7 juin 2017, HNE avait 30 certifications comme centre de formation.
- La possibilité existe de créer des *pools* de formation en réseau avec une unité de formation comprenant plusieurs sites rattachés. Ainsi à Neuchâtel, si deux hôpitaux autonomes sont créés, une seule communauté peut exister dans la perspective d'une certification comme centre de formation. Les cursus de formation doivent être définis en commun par ces deux hôpitaux et répondre conjointement aux critères ISFM.

4.3 Cadre fixé par le Conseil d'état

En plus du cadre fixé par le texte de l'initiative (voir chapitre 1), le Conseil d'État a posé les contraintes suivantes au groupe de travail :

- La subvention cantonale annuelle attribuée aux hôpitaux neuchâtelois au titre de prestations d'intérêt général (PIG) devra être justifiée sur la base d'une liste des prestations identifiées et validées par le Conseil d'État.
Dans la première phase du mandat, le CE plafonnait ce montant à 30 à 40 millions de francs à l'horizon 2026. Ce plafond a été supprimé, le souhait étant que le montant dévolu soit avant tout lié à des prestations identifiées.
- Le montant dévolu aux investissements nécessaires à la mise en œuvre de l'initiative devra être justifié par la sécurité, l'efficacité et la compétitivité ainsi que par le volume de prestations maintenues ou développées dans le canton.
- L'octroi de missions est soumis aux conditions de la liste hospitalière. Le Conseil d'État restera ferme sur ces exigences.
- L'exploitation de trois polycliniques sur le Littoral, dans les Montagnes et au Val-de-Travers, comme portes d'entrée dans le système hospitalier, reste *a priori* un objectif du projet d'organisation.

5 PROPOSITIONS AU CONSEIL D'ÉTAT

5.1 Principes

Le GT s'est accordé sur quelques principes qui ont guidé ses réflexions. Les propositions faites dans les chapitres suivants visent à répondre au mieux aux principes fondamentaux suivants :

- **Accès aux soins** : maintien et développement d'un système hospitalier neuchâtelois de proximité et permettant d'assurer, avec les autres partenaires du réseau, une couverture sanitaire optimale pour l'ensemble de la population cantonale, en fonction de la planification hospitalière ;
- **Sécurité sanitaire** : maintien d'un niveau de sécurité sanitaire adéquat dans toutes les régions du canton ;
- **Qualité** : maintien de prestations de qualité pour l'ensemble du canton, en tenant compte des normes nationales ;
- **Formation** : maintien d'une offre de formation au sein des hôpitaux neuchâtelois, notamment pour les médecins et en particulier pour les médecins de premier recours ;
- **Disponibilité des prestations** : conservation, voire développement raisonnable, des prestations dans le canton et limitation des hospitalisations hors canton ;
- **Contrôle des coûts** : mise en place d'une solution économique, évitant les doublons inutiles et coûteux ;
- **Attractivité** : développement d'une organisation hospitalière à même d'attirer et de conserver du personnel médico-soignant spécialisé de qualité.

Le GT invite le Conseil d'État à baser également ses décisions à venir sur ces principes.

5.2 Concept général

Partant du texte de l'initiative, le GT considère que la meilleure manière de le mettre en œuvre passe par l'octroi d'une plus grande autonomie aux deux hôpitaux de soins aigus à créer, autonomie d'autant plus nécessaire dans le contexte de concurrence accrue voulue par le législateur fédéral.

Il convient par ailleurs d'assurer une séparation adéquate des rôles entre :

- 1) l'autorité politique, qui est compétente en matière de planification hospitalière, de financement, de fixation tarifaire, de surveillance, etc.
- et*

- 2) les directions hospitalières, qui postulent pour obtenir certains mandats hospitaliers, négocient les tarifs, etc.

Cette autonomie s'accompagne également d'une plus grande responsabilité des hôpitaux s'agissant du respect des contraintes fédérales et cantonales ainsi que du cadre financier.

Le GT considère que le modèle bernois d'organisation des hôpitaux (voir chapitre 3.1) mérite d'être suivi et qu'il convient de s'en inspirer pour la mise en œuvre de la nouvelle organisation hospitalière cantonale. Il préconise donc la création de sociétés anonymes d'utilité publique, un modèle qui semble en effet offrir la réactivité nécessaire aux hôpitaux, tout en permettant d'avoir des résultats financiers satisfaisants et des montants dévolus aux PIG plus faibles.

5.3 Modèle institutionnel

Les propositions du GT concernant le modèle institutionnel sont les suivantes :

- **Proposition 1 : mise en place d'hôpitaux publics collaborant avec le privé et l'extracantonal**

Le groupe propose de conserver une organisation hospitalière cantonale s'appuyant sur des hôpitaux publics, à l'image de l'HNE. Ces hôpitaux publics collaborent entre eux (complémentarité et recherche de synergies) et doivent rester ouverts aux coopérations avec des partenaires privés du canton et avec des partenaires publics ou privés extracantonaux.

- **Proposition 2 : création de deux hôpitaux de soins aigus d'une taille suffisante pour assurer leur pérennité**

S'il est difficile de déterminer une répartition détaillée des prestations pour assurer une taille donnée pour chacun des deux hôpitaux de soins aigus, le GT tient à relever l'importance que cette taille soit suffisante pour assurer à tous les deux leur pérennité. Dans ses discussions, le GT a retenu la proposition d'une répartition approximative de 60% pour l'hôpital du Littoral et 40% pour celui des Montagnes, ce qui correspond environ, dans son ampleur, à la répartition qui prévalait avant la centralisation de l'activité mère-enfant à Pourtalès.

Le GT note cependant que la répartition des missions hospitalières devra avoir lieu dans le respect des règles de planification (voir chapitre 4.2). Il appartiendra donc aux futurs établissements hospitaliers de se donner les moyens de répondre aux exigences posées dans ce cadre, qui détermineront l'octroi de mandats de prestations. S'agissant de l'activité ambulatoire, le GT estime qu'il relève également de la compétence des établissements de déterminer les prestations qu'ils entendent ou peuvent proposer.

- **Proposition 3 : poursuite de l'exploitation des sites actuels de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès**

Le GT considère qu'il convient d'exploiter au maximum l'existant. Dans ce cadre, il plaide pour la poursuite de l'exploitation des sites actuels de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès. Il convient cependant que des travaux de rénovation importants soient réalisés sur le bâtiment de La Chaux-de-Fonds, indépendamment du processus de scission. Selon le principe retenu de l'autonomie et dans le respect des règles fédérales en matière de financement hospitalier, il reviendra aux futurs organes dirigeants des deux hôpitaux de déterminer les travaux à réaliser et d'en trouver les sources de financement.

Afin de permettre ces investissements futurs, le GT rappelle que le Code des obligations requiert l'assainissement de la dette actuelle de HNE avant la création des SA (voir proposition 12 ci-dessous).

- **Proposition 4 : reprise par l'Etat des bâtiments de Couvet et de la Béroche**

À l'unanimité, le GT s'est prononcé rapidement et favorablement pour la reprise des sites de HNE de Couvet et de La Béroche par l'État. Ces deux bâtiments n'étant plus exploités par HNE, totalement ou partiellement, ils doivent pouvoir sortir rapidement du giron de l'hôpital pour permettre de les inscrire dans un nouveau projet d'utilisation.

- **Proposition 5 : reprise par l'Etat du bâtiment de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds**

La question de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds et du projet de l'Ecole Pierre-Coullery a été reprise par le GT dans la deuxième phase de ses travaux. Les membres du GT ont pu entendre les porteurs du projet présenter les avantages importants qu'offre ce bâtiment pour l'Ecole (voir chapitre 3.7).

Le GT soutient à l'unanimité le principe de la reprise par l'État de l'ancien hôpital de La Chaux-de-Fonds, dans le but d'y rassembler les classes de l'Ecole Pierre-Coullery aujourd'hui en partie externalisées. Toutefois, il formule la réserve suivante : selon la répartition à venir des missions hospitalières entre les futurs hôpitaux du Littoral et des Montagnes, il faudra admettre qu'un agrandissement de l'actuel bâtiment des Montagnes puisse être réalisé en vue d'accueillir les missions confiées à l'hôpital des Montagnes.

- **Proposition 6 : maintien de trois polycliniques comme portes d'entrée du système hospitalier**

Le GT propose à l'unanimité de conserver les trois polycliniques actuelles, à La Chaux-de-Fonds, à Neuchâtel et à Couvet, fonctionnant comme portes d'entrée à l'hôpital. Cette proposition correspond d'ailleurs à l'une des contraintes posées par le Conseil d'Etat. Elle permet le maintien de prestations de proximité pour la population.

- **Proposition 7 : rattachement de la polyclinique du Val-de-Travers au site de soins aigus du Littoral**

Le GT estime à l'unanimité que l'exploitation de la polyclinique du Val-de-Travers devrait relever de la compétence de l'hôpital de soins aigus du Littoral, pour des questions de proximité et d'efficacité notamment. Il rejette l'idée de créer une institution spécifique pour cette activité.

- **Proposition 8 : maintien de l'activité de réadaptation sur les deux sites actuels du Locle et de Landeyeux, sous une gouvernance unique**

Le GT a analysé trois variantes de modèle institutionnel:

1. Chaque entité de soins aigus développe une activité propre de réadaptation, avec des possibilités de filières spécifiques comme la neurologie, la pneumologie, la cardiologie, etc. ;
2. L'activité de réadaptation est rattachée à une seule des deux entités de soins aigus ;
3. L'activité de réadaptation est séparée des entités de soins aigus et est gérée par un établissement autonome, par exemple prenant la forme d'une société anonyme d'utilité publique.

Après analyse, recueil de l'avis d'experts (voir chapitre 3.3) et discussion, le GT souligne l'importance des soins de réadaptation dans le système hospitalier actuel et futur. Il a également pris note du rôle de cette discipline dans les flux de patients de soins aigus : en effet, si on ne dispose pas de lits performants de réadaptation, les lits de soins aigus peuvent rester engorgés, par manque de disponibilité en aval. Le GT a aussi entendu les spécialistes qui conseillent de regrouper l'activité de réadaptation

pour atteindre les masses critiques nécessaires autant à la reconnaissance comme centre de compétence qu'au développement des filières.

Cette thématique a été longuement débattue au sein du GT, avec des avis divergents sur le regroupement *versus* la séparation de la réadaptation entre deux entités. Au final, le GT se positionne par consensus pour la création d'une institution distincte (sous forme de SA d'utilité publique, cf. proposition 13), avec gouvernance unique, pour l'ensemble de la réadaptation. Le but consiste non seulement à avoir une gouvernance neutre et à éviter le risque d'asphyxier l'une ou l'autre structure, mais également à donner à l'institution de réadaptation une autonomie lui permettant de faire face aux futures règles de financement prévues pour 2020-2022.

Cette solution représente pour les membres du GT un compromis et, à ce titre, est assortie d'une condition concernant la composition du conseil d'administration de cette future entité, présentée dans le cadre de la proposition 15.

Par ailleurs, le GT a envisagé deux options d'organisation pour la réadaptation :

1. Une organisation sur les deux bâtiments existants, soit ceux du Locle et de Landeyeux, avec une répartition des filières de prise en charge entre les deux bâtiments ;
2. Une organisation sur un seul bâtiment, à construire ou à agrandir, qui regrouperait toute l'activité de réadaptation.

Un débat vif a eu lieu au sein du GT également sur cette question, opposant d'une part les personnes favorables à la centralisation des activités de réadaptation sur un seul site, d'autre part celles qui souhaitent le maintien de la situation actuelle, dans deux bâtiments, et trouvent prématuré de se déterminer sur cette organisation.

Le GT convient qu'il appartiendra à la nouvelle entité gérant la réadaptation de prendre les décisions nécessaires pour répondre à l'évolution du secteur de la réadaptation. Il estime cependant prématuré de se déterminer aujourd'hui sur tel ou tel modèle et il accepte dans l'immédiat et pour la décennie à venir, la pertinence du maintien des deux sites du Locle et de Landeyeux, placés sous une gouvernance unique.

- **Proposition 9 : rattachement des soins palliatifs laissé ouvert**

La question des soins palliatifs et du site de La Chrysalide est fortement liée à celle des CTR. Le GT a étudié les scénarios suivants :

1. Rattachement de l'activité de soins palliatifs à l'un des deux hôpitaux de soins aigus ;
2. Rattachement de l'activité de soins palliatifs à l'hôpital de réadaptation ;
3. Autonomisation de l'activité de soins palliatifs et de La Chrysalide.

Le GT n'a pas réussi à trouver un consensus sur cette question. Il a jugé qu'il était difficile de se positionner sur cette mission en particulier et estimé que la réflexion devrait se poursuivre dans un groupe technique, comme pour les autres missions.

Les deux positions divergentes exprimées au sein du GT ont été les suivantes :

- Rattachement des soins palliatifs à la SA de soins aigus des Montagnes, dans une logique d'emplacement géographique actuel et afin de ne pas retirer une mission cantonale à cet établissement.
- Rattachement des soins palliatifs à la SA de réadaptation, dans une logique de mission cantonale desservant l'ensemble du canton et les deux hôpitaux de soins aigus, soit dans la même logique que pour la réadaptation. Le but est de ne pas prêter l'une ou l'autre structure de soins aigus.

- **Proposition 10 : exploitation de services transversaux à recommander dès qu'elle se justifie par des gains économiques, organisationnels ou de santé publique**

Le groupe de travail se positionne pour laisser une large marge d'autonomie aux hôpitaux, qui englobe clairement les décisions sur l'exploitation de services transversaux. Ces services transversaux peuvent être définis comme des services fournis aux deux hôpitaux de soins aigus par un prestataire unique, pouvant aussi bien être un prestataire externe que l'une des deux entités hospitalières.

Sur le principe, le GT considère que l'exploitation de services transversaux de nature administrative ou logistique est à recommander chaque fois qu'elle se justifie par des gains économiques ou organisationnels, voire de santé publique, dans le souci de la pérennité des deux entités de soins aigus. Le GT a bien enregistré à cet égard les difficultés de recruter du personnel spécialisé compétent qui existent dans certains services, tels que la facturation.

Sous réserve de décisions contraires des futures directions hospitalières pour des considérations de qualité ou d'efficacité, le GT recommande que les deux futurs hôpitaux de soins aigus maintiennent la collaboration actuelle avec le Centre d'information, de gestion et d'économie de santé [CIGES] en ce qui concerne les services informatiques et avec Analyses et diagnostic médicaux [ADMED] en ce qui concerne les analyses de laboratoire.

- **Proposition 11 : maintien de l'affiliation à prévoyance.ne**

Le GT a pris connaissance des informations transmises par M. Santschi, directeur de prévoyance.ne, sur les conséquences financières de la scission de HNE sur le fonds de pension : « *Si les deux entités splittées d'HNE restent affiliées à prévoyance.ne alors il n'y a pas de paiement de prestation de libre passage et donc pas de coût pour l'HNE. Si une des deux entités devait trouver une solution de prévoyance hors prévoyance.ne, ce serait la part relative qu'il conviendrait de payer, à savoir une part des 230 millions de découvert (valeur 01.01.2017) rattachée actuellement à l'HNE* ».

Fort de ces éléments, le GT recommande le maintien de l'affiliation des trois futures entités à prévoyance.ne, ce qui est cohérent avec la proposition n° 1 de mettre en place des hôpitaux publics.

- **Proposition 12: assainissement de la dette actuelle de HNE**

Afin de donner aux futures SA une capacité d'investissement et leur permettre d'être économiquement viables, le GT rappelle que le Code des obligations exige pour la création des nouvelles SA que la dette actuelle de HNE soit préalablement assainie.

5.4 Modèle de gouvernance

Les propositions du GT concernant le modèle de gouvernance des deux futurs hôpitaux de soins aigus sont les suivantes :

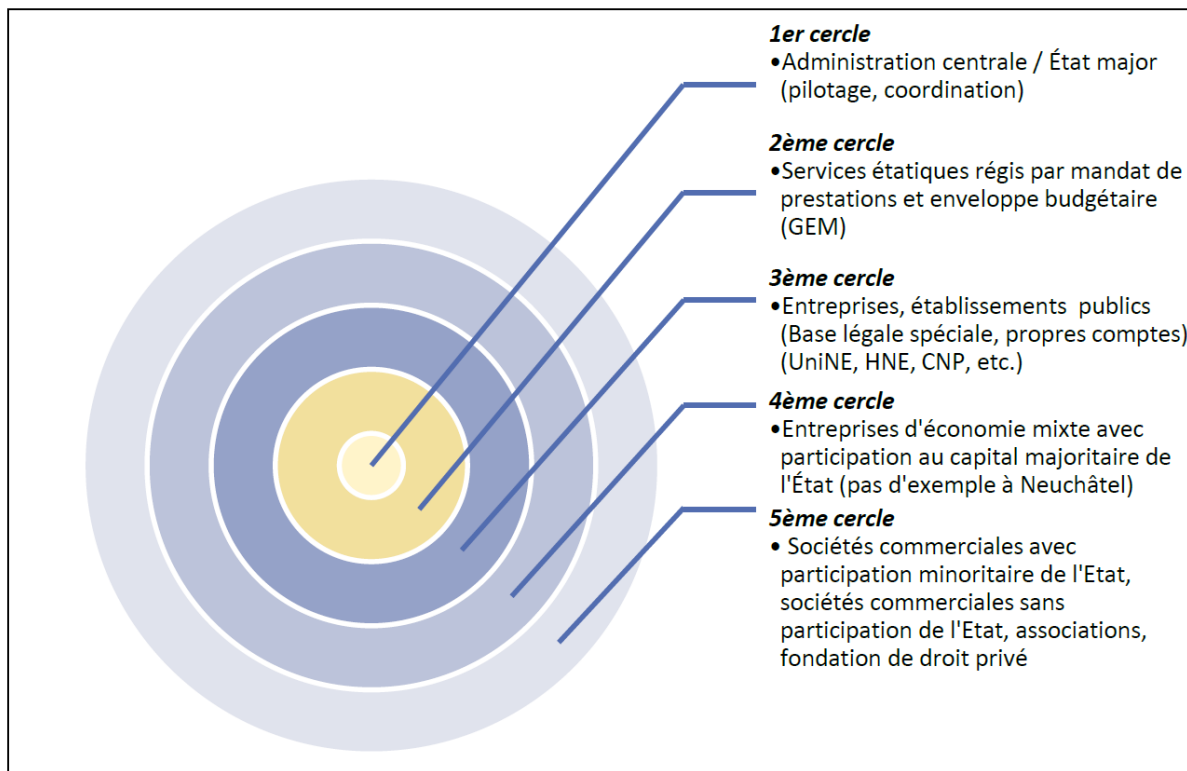
- **Proposition 13 : mise en place d'entités de type sociétés anonymes d'utilité publique**

Le GT a pris connaissance du modèle des cinq cercles présenté par le Service juridique de l'État [SJEN] concernant la gouvernance des partenariats (voir figure 1). Il considère *a priori* que les cercles 2 à 5 pourraient s'appliquer à la gouvernance d'un hôpital.

Il a toutefois admis que le cercle 2 (l'hôpital comme service de l'Etat) n'apparaît pas approprié dans un environnement comme celui des hôpitaux, à mesure qu'il pourrait

mettre l'Etat dans des situations de conflits d'intérêts lorsqu'il agit dans son rôle de planificateur ou de garant de la police sanitaire ou encore lorsqu'il fixe des tarifs. De même, le cercle 5 (participation minoritaire de l'Etat) n'entre pas en ligne de compte pour le GT qui a affirmé dès le début de ses travaux qu'il soutenait la solution d'établissements hospitaliers publics (voir proposition 1).

Figure 1 : Le modèle des 5 cercles pour la gestion des tâches étatiques



La discussion du GT a donc principalement porté sur les cercles 3 (établissement de droit public) et 4 (participation majoritaire de l'Etat à une entreprise d'économie mixte, par exemple une société anonyme). Les avantages et inconvénients suivants ont été présentés au GT par le SJEN, qui a repris et adapté une analyse réalisée par le canton de Berne.

	Société anonyme – Cercle 4	Institution autonome de droit public – Cercle 3
Législation	Base légale simple dans la législation cantonale et renvoi au CO.	Création et structure à définir dans une loi cantonale (modification de la LHNE ou création d'une nouvelle loi).
Pilotage par le canton	La constitution des hôpitaux en SA (comme dans le canton de Berne pour les centres hospitaliers régionaux) facilite la mise en place d'un système unifié.	La pluralité des formes juridiques est, en théorie au moins, maintenue (institutions autonomes de droit public).

Relation à l'Etat	Relation distante, de par le statut de société de droit privé, même si l'Etat détient la majorité du capital et des voix.	Relation plus ou moins proche, dépendant de son statut d'entité chargée de tâches publiques, autonome sur le plan matériel et du personnel.
Degré d'autonomie	Il est donné par la loi ; les possibilités de le restreindre sont limitées (statuts, stratégie de propriétaire, composition du conseil d'administration, p. ex).	Il découle de l'aménagement légal de l'institution et est généralement limité, du fait de la proximité de celle-ci avec la collectivité publique concernée.
Souplesse	Les SA s'adaptent rapidement à des circonstances changeantes. Les coopérations et les fusions sont possibles, comme les participations de ou à des entreprises tierces. Le sociétariat pourrait facilement intégrer les communes ou les régions, pour assurer une représentativité de celles-ci.	Toute modification significative de l'institution demande une révision de la loi. Les participations de tiers ne sont pas possibles ; celles dans une entreprise tierce dépendent de ce qui est prévu dans la loi. La participation des communes ou/et des régions et ses modalités doivent être prévues dans la loi.
Compétitivité	La SA est une forme juridique ayant fait ses preuves et propice à la compétitivité de l'institution.	La compétitivité dépend du degré d'autonomie. Des voies décisionnelles plus longues, une adaptabilité limitée et l'influence des autorités politiques peuvent éventuellement la restreindre.

Le GT se positionne à l'unanimité en faveur d'un système offrant une plus grande souplesse d'organisation, une forte réactivité sur un marché hospitalier très concurrentiel, une large autonomie décisionnelle s'agissant de la stratégie d'entreprise et en même temps une plus grande responsabilité financière. Le modèle du cercle 4 (sociétés anonymes d'utilité publique détenues par l'Etat), qui est appliqué de longue date dans plusieurs cantons alémaniques et spécialement dans le canton de Berne où il semble avoir fait ses preuves et donner satisfaction, est donc privilégié par le GT.

Dans ce contexte, le GT propose la création de deux entités hospitalières de soins aigus (Hôpital du Littoral et Hôpital des Montagnes) et d'une entité hospitalière de réadaptation sous forme de trois SA d'utilité publique, fournissant les atouts nécessaires à l'exploitation d'un hôpital dans l'environnement décrit au chapitre 4.

Il estime en outre que la forme juridique devrait être la même pour d'éventuelles autres institutions à créer.

- Proposition 14 : loi d'organisation allégée faisant référence au Code des obligations

À l'image de ce que les Bernois ont fait, le GT estime que la loi qui va fonder l'existence des futures SA doit être la plus légère possible et n'ancrer que les grandes lignes de l'organisation hospitalière (voir l'extrait de la loi bernoise sur les soins hospitaliers présenté dans l'annexe 5). Cette loi doit prévoir une répartition claire des rôles de l'Etat (voir proposition 17) et des organes dirigeants des futurs hôpitaux.

Dans la perspective de créer des sociétés anonymes d'utilité publique, il est proposé de se référer aux prescriptions du Code des obligations qui régiraient ainsi l'organisation et la gouvernance internes des hôpitaux, offrant la souplesse nécessaire. Le GT relève néanmoins que la loi ou ses règlements d'application devraient spécifier les contraintes imposées aux hôpitaux en matière de conditions de travail, pour éviter notamment une distorsion de concurrence entre les entités créées (les coûts de personnel représentant entre 70% et 80% des coûts d'un hôpital).

- **Proposition 15 : conseils d'administration nommés par le Conseil d'Etat**

Le GT préconise que les conseils d'administration des deux futurs hôpitaux de soins aigus, de même que le conseil d'administration de la future entité de réadaptation, soient nommés par le Conseil d'Etat, après consultation du GT ou, s'il est dissous, des milieux intéressés d'où provenaient les membres du GT pour la nomination des conseils d'administration initiaux. Le Conseil d'Etat devra veiller à garantir une représentation régionale dans les conseils d'administration des deux hôpitaux de soins aigus, pour répondre aux contraintes de l'initiative demandant une autonomie stratégique avec ouverture régionale. Les compétences métiers devront être privilégiées par le Conseil d'Etat lors de la désignation des membres des conseils. Le GT relève à ce sujet qu'un conseiller communal pourrait dans ce cadre, mais ne devrait pas obligatoirement, siéger au CA. Ses connaissances approfondies du milieu local seraient un atout.

Le GT pose en outre la condition que le conseil d'administration de la nouvelle entité de réadaptation comprenne des représentants de l'hôpital du Littoral et de l'hôpital des Montagnes, à parts égales, afin d'éviter que le CTR ne favorise un hôpital de soins aigus ou l'autre. Ici aussi, les compétences métiers devraient être favorisées, en choisissant, par exemple, des membres de la direction générale de chaque hôpital de soins aigus.

Ces conseils d'administration seront responsables de la stratégie d'entreprise de leur hôpital respectif.

- **Proposition 16 : directions générales nommées par les conseils d'administration**

Conformément au modèle de gouvernance de la société anonyme, il appartiendra aux conseils d'administration de chacune des trois entités hospitalières de nommer les membres de la direction générale de l'établissement, sur la base de critères tenant exclusivement aux compétences professionnelles.

- **Proposition 17 : nouvelle répartition des compétences entre le Grand Conseil et le Conseil d'Etat**

L'autonomie plus grande accordée à des hôpitaux constitués en SA et le modèle de financement hospitalier imposé par la LAMal impliquent selon le GT une répartition claire et efficiente des compétences entre les autorités politiques, pour permettre la meilleure réactivité possible face aux défis qui attendent le secteur hospitalier.

Sur la base des considérations qui précèdent, et en cohérence avec l'article 7 de la Loi de santé (« le Conseil d'Etat définit la politique cantonale en matière de santé publique et en exerce la haute surveillance »), le GT préconise de concentrer en mains du Conseil d'Etat la compétence de planification hospitalière (répartition des missions hospitalières entre hôpitaux), la stratégie du propriétaire (définition des objectifs des hôpitaux), et l'actionariat dans les hôpitaux (exercice des droits de participation). Il va de soi que, de son côté, le Grand Conseil conserve toutes ses compétences en matière législative, notamment celle d'adopter la loi qui donnera ses fondements au nouveau système hospitalier préconisé dans ce rapport et la compétence d'approuver le budget du canton.

- **Proposition 18 : implication financière des communes à discuter dans le cadre bilatéral communes – Conseil d’État**

Comme indiqué à la proposition 1, et à l’image du système bernois, le GT rappelle qu’il préconise une participation majoritaire, voire exclusive, du canton dans les trois futures SA.

Concernant la question d’une participation des communes au capital ou au financement des PIG, le GT décide à l’unanimité que la question peut rester ouverte et qu’elle doit être traitée dans un autre cadre, à savoir dans les négociations directes entre le Conseil d’État et les communes. Le Gouvernement est donc invité à prendre les contacts nécessaires avec les communes dans le cadre précité pour élaborer une proposition concertée avec elles.

- **Proposition 19 : pas de participation financière des acteurs privés dans les SA d’utilité publique**

Concernant la participation d’acteurs privés, le GT a décidé, à l’unanimité des voix, de ne pas permettre aux acteurs privés une participation, même minoritaire, au capital-actions des trois futures SA de service public pour les raisons suivantes :

- la volonté du GT est de créer un système hospitalier public fort ;
- les acteurs privés ne souhaiteront *a priori* pas développer des prestations non rentables ;
- la participation, même minoritaire, d’un acteur privé au capital-actions d’une SA lui donne accès, notamment, à l’ensemble de la comptabilité et des documents liés à la stratégie des établissements concernés, ce qui peut poser des problèmes de concurrence.

Toutefois, cette décision n’exclut pas la mise en place par les SA d’utilité publique de collaborations et de partenariats avec les acteurs privés, comme formulé dans la proposition 1.

5.5 principes de répartition des missions hospitalières

Dans le mandat confié au GT, le Conseil d’État a retenu que les principes suivants devraient guider la répartition des missions hospitalières, en s’appuyant à cette fin sur le cadre fédéral (chapitre 4.2) et le cadre de ses compétences en matière financière (voir chapitre 4.3) :

- Conditions de la liste hospitalière
- Critères de reconnaissance pour la certification comme centre de compétence
- Critères de reconnaissance pour la certification comme centre de formation
- Critères économiques et financiers

Le GT était invité à se prononcer sur ces principes et à en formuler éventuellement d’autres. Il tient à souligner d’emblée que ces critères sont en évolution constante, devenant généralement de plus en plus stricts au fil du temps, notamment les critères utilisés dans le cadre de la planification hospitalière (modèle GPPH). Il souhaite ajouter aux quatre principes mentionnés par le Conseil d’État un cinquième principe, à placer en tête de liste, consistant à respecter le texte de l’initiative « pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ».

Le GT souhaite en outre pondérer les différents principes devant guider la répartition des missions hospitalières et nuancer leur caractère impératif. En d’autres termes, il considère que les principes susmentionnés ne doivent pas être appliqués de manière

rigide et mécanique dans tous les cas, mais sont susceptibles d'exceptions. Sur cette base et après de longues discussions, le GT s'est rallié de manière consensuelle aux deux propositions suivantes.

- Proposition 20 : affirmation du principe de respecter le texte de l'initiative

Le GT souhaite faire figurer en tête des principes qui devront guider la répartition des missions entre les deux hôpitaux de soins aigus celui du respect du texte de l'initiative « pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ».

- Proposition 21 : validation des principes de répartition des missions hospitalières

Le GT donne son aval aux quatre principes énoncés par le Conseil d'État, qui devront servir de guide à la répartition des missions entre les deux hôpitaux de soins aigus, en proposant un ordre d'importance et en ajoutant les précisions et nuances qui suivent pour chaque principe. Cette hiérarchisation n'a pas fait l'objet d'une réflexion approfondie du GT et ne s'accompagne pas d'une proposition de pondération ; elle est avant tout à voir comme le reflet d'un état d'esprit, déterminant des priorités, étant rappelé que ces quatre principes sont subordonnés au respect du texte de l'initiative.

Le premier de ces quatre principes consiste à respecter les exigences de la liste hospitalière. Il ne s'agit pas de figer la liste hospitalière actuelle, qui devra nécessairement être revue avec la création de deux entités de soins aigus. Il s'agit simplement pour le canton de respecter les exigences découlant de la législation sur l'assurance-maladie dans l'élaboration de la planification hospitalière et dans l'attribution des mandats de prestations. Ces exigences consistent, conformément à l'article 58b al. 4 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (voir l'extrait en Annexe 7), à veiller au caractère économique et à la qualité des prestations à fournir, à tenir compte de l'accès des patients au traitement dans un délai utile et à s'assurer de la disponibilité et de la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations confié. Ces exigences devront être appliquées en tenant compte du cadre défini par l'initiative « pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ».

Le deuxième principe, qui doit du reste guider de manière générale la politique sanitaire du canton, consiste à respecter des critères économiques et financiers d'une part, de sécurité sanitaire d'autre part. Dans sa première composante (aspect économique), ce principe est bien sûr soumis à appréciation politique. La seconde composante (sécurité sanitaire) doit en revanche être observée sans compromis.

Le troisième principe consiste à tenir compte des critères de reconnaissance pour la certification comme centre de formation. Aux yeux des membres du GT, ce principe ne présente toutefois pas un caractère impératif absolu. Si la certification comme centre de formation semble indispensable pour les disciplines générales (médecine, chirurgie générale, etc.), il faudrait laisser la compétence aux deux futurs hôpitaux de soins aigus de décider s'ils veulent ou non, et à quel niveau, être reconnus comme centre de formation pour des disciplines plus pointues, sur la base d'une appréciation à la fois économique et professionnelle.

Le dernier principe, par ordre hiérarchique, est pour le GT le respect des critères de reconnaissance pour la certification comme centre de compétence. Une telle reconnaissance est un gage de qualité et procure en général un avantage concurrentiel. Plus rarement, la reconnaissance est érigée comme condition au remboursement des prestations. En d'autres termes, l'importance de remplir ces critères peut varier selon les domaines. C'est pourquoi le GT estime qu'il faudrait aussi laisser la compétence aux deux futurs hôpitaux de soins aigus de décider s'ils veulent ou non, et pour quelles unités, être reconnus comme centre de compétence.

Répartition des missions en général

Le GT a mené une réflexion sur la répartition des missions hospitalières entre les deux futurs hôpitaux de soins aigus. Il a pris la mesure de la complexité de cette répartition, qui demande de prendre en considération une foule de paramètres à la fois médicaux, organisationnels, techniques, administratifs et financiers. Il a donc accepté, au niveau opérationnel, les deux principes directeurs suivants, qui s'en tiennent au mandat que lui a confié le Conseil d'État, mandat qui n'incluait pas la répartition détaillée des missions, mais seulement les principes de cette répartition.

En premier lieu, le GT souligne l'importance que les deux sites du Littoral et des Montagnes puissent conserver les missions existantes, qui leur ont été dévolues et qui fonctionnent à satisfaction. Ce premier principe ne revient pas à figer des acquis pour l'éternité, mais à tirer le meilleur parti de ce qui a été développé avec succès dans l'intérêt du canton tout entier.

Le second principe directeur consiste à confier à des groupes de pilotage formés de spécialistes la tâche de mettre en œuvre de manière détaillée la répartition des missions hospitalières, sur la base des considérations générales émises par le GT.

La décision finale appartiendra aux futures directions des deux sites, en fonction de leurs objectifs stratégiques respectifs, tout en tenant compte du contexte régional. Les deux directions devront veiller à ce que les volumes d'activités engendrés par la répartition des missions permettent aux deux entités de disposer des moyens financiers suffisants pour atteindre l'équilibre budgétaire et assurer leur viabilité à terme.

En parallèle des travaux du GT, quatre de ses membres, tous médecins, ont ébauché une possible répartition des missions entre les futurs hôpitaux. Basé sur des considérations médicales et politiques, ce document de travail, qui a été présenté sous forme de tableau lors d'une séance du GT, répondrait au texte de l'initiative. Il permettrait une ouverture cantonale et régionale aux deux sites de soins aigus et un développement de leur complémentarité et collaborations.

Le GT a aussi inclus dans sa réflexion l'idée d'une collaboration accrue entre les praticiens privés, les cliniques privées et les futurs hôpitaux publics, notamment en ce qui concerne certaines spécialités de médecine interne de même que la chirurgie. L'activité médicale dans le canton pourrait ainsi être divisée en trois catégories, à savoir :

- 1) Des missions cantonales sous l'égide d'une gouvernance unique de l'une ou l'autre des SA ;
- 2) Des missions non cantonales sous l'égide de gouvernances séparées, c'est-à-dire de chacune des deux SA ;
- 3) Des collaborations avec les acteurs privés institutionnels ou les praticiens privés.

Pour mener à bien leurs missions, les deux futures structures de soins aigus devraient favoriser la collaboration avec les praticiens privés dans le cadre de conventions *ad hoc*, avec notamment la préoccupation de contenir l'installation de spécialistes, génératrice d'augmentation des coûts. Il en irait de même pour les cliniques privées.

D'autre part, le GT s'est accordé sur le principe que l'exploitation de services transversaux doit être recommandée chaque fois qu'elle se justifie par des gains économiques ou organisationnels. S'agissant des services médicaux, soit dans ce cas les missions dites cantonales, une même marge d'appréciation doit être laissée aux futurs établissements. S'agissant des domaines médicaux, l'analyse devra comprendre une évaluation sous l'angle des besoins de santé publique, telles que la qualité et la disponibilité des prestations. Les critères de reconnaissance, cités dans le chapitre 4.2,

que ce soit pour l'accréditation d'un centre ou l'offre de formation, devront également être pris en compte dans les décisions.

Cas particulier : centre femmes-mères-enfants

Le Conseil d'État a donné mandat au GT de se pencher en priorité sur la question du maintien de la concentration sur un seul site du centre femmes-mères-enfants, en lien avec l'initiative pendante demandant l'ouverture d'une maternité dans les Montagnes.

Dans la première phase de ses travaux, le GT, à l'unanimité des voix, a considéré que cette question de la concentration sur un seul site des prestations « femmes-mères-enfants » devait être discutée dans le cadre de ses travaux. Cela étant, le GT - dont le membre représentant « Le Haut veut vivre », dépositaire de l'initiative – a estimé qu'il serait opportun que le Conseil d'Etat dispose d'un délai supplémentaire pour prendre position sur cette initiative.

Le GT a entendu différents intervenants sur le sujet du centre femmes-mères-enfants (voir chapitre 3.5). Malgré les longs débats qui ont suivi, le GT n'a pas été en mesure de trouver un consensus sur cette question.

Une partie du GT estime que l'initiative réclamant une maternité dans les Montagnes doit être rejetée (ou, idéalement, retirée) pour les raisons suivantes :

- Les propositions de fond qui sont formulées par le GT de créer des sociétés anonymes d'utilité publique et de leur donner davantage d'autonomie et de responsabilités qu'aujourd'hui leur permettent de conclure que la question de l'ouverture d'une deuxième maternité doit être laissée à l'appréciation des futurs organes dirigeants de l'hôpital des Montagnes. Cette conclusion va aussi dans le sens des propositions du GT sur la répartition des missions, dans la mesure où il n'y a pas lieu de traiter cette mission différemment des autres.
- Il faut maintenir ce qui existe et qui fonctionne à satisfaction.
- La création d'une seconde maternité dans le canton aurait pour conséquence la perte de prestations spécialisées dans le canton, faute de masse critique suffisante. Aucune des deux maternités ne pourrait prétendre répondre aux critères de reconnaissance lui permettant d'offrir ces prestations. Une perte de recettes de l'ordre de 2.5 millions de francs pourrait être attendue pour les hôpitaux neuchâtelois. A l'inverse, des gains potentiels supplémentaires découlant du rapatriement d'une partie de l'activité actuellement réalisée hors canton, évalués au maximum à 800'000.-, pourraient être espérés. Ils ne compenseraient toutefois pas entièrement les pertes de recettes précitées.
- La création d'une maternité à La Chaux-de-Fonds augmenterait, selon une estimation, les montants alloués au titre de prestations d'intérêt général par l'État de l'ordre de 2.5 millions de francs. Il faudrait en effet augmenter le niveau des urgences de l'hôpital des Montagnes pour accueillir de l'obstétrique.

L'autre partie du GT estime que le GT n'est pas en mesure de se prononcer sur la question, pour les raisons suivantes :

- Aucune analyse précise et complète n'a été réalisée sur les effets (coûts, flux hors canton) liés à la centralisation de l'activité femmes-mères-enfants en 2010.
- Des petites maternités existent dans d'autres cantons et ne sont pas contestées. Deux maternités sur trois en Suisse auraient une taille inférieure à celle des Montagnes en 2007.
- Il se peut que la maternité soit un service central d'un hôpital et qu'elle soit nécessaire pour assurer la rentabilité et la pérennité de l'hôpital des Montagnes.

- L'HJB projette de développer sa maternité et les conséquences d'un tel développement devraient au préalable être évaluées.

S'il n'a pas réussi à trouver un consensus sur la question du maintien de la concentration sur un seul site du centre femmes-mères-enfants, le GT a tout de même réussi à s'accorder sur les points suivants :

- Il accepte que l'actuel site unique du centre femmes-mères-enfants à Pourtalès subsiste durant la période transitoire.
- Il se montre favorable à ce que cette question soit discutée, si possible en priorité, par les futurs organes des deux hôpitaux à créer.
- Il note que cette initiative n'a plus de réelle signification si le GT retient l'idée que les missions femme-mère-enfant devront être décidées par les futurs organes dirigeants des deux hôpitaux. En effet, il semblerait contradictoire avec cette idée de confier la décision au peuple en le faisant voter sur l'initiative.

Cas particulier : urgences et SMUR

Si le GT a trouvé un consensus sur la création de deux services d'urgences hospitalières, un dans chacun des hôpitaux de soins aigus, comme l'impose le texte de l'initiative, il n'est pas parvenu à arrêter une position commune au sujet du SMUR. Une partie des membres du GT souhaitent voir un SMUR rattaché à chaque site de soins aigus, alors que d'autres membres du GT préconisent, vu le fonctionnement transversal d'un tel service, un SMUR « cantonalisé » sous la gouvernance des urgences préhospitalières.

Par la voix d'un membre du groupe de travail, la DIRUP (direction des urgences préhospitalières) a fait part de ses inquiétudes devant les incertitudes actuelles sur l'avenir du SMUR, qui est un maillon essentiel de la chaîne des soins.

5.6 Période transitoire

Le GT a pris bonne note des décisions du Conseil d'Etat concernant la période transitoire devant conduire à la mise en œuvre de l'initiative, à savoir :

- applicabilité de la LHNE ;
- application des décrets en vigueur concernant les options stratégiques de HNE, datant de 2012, 2013 et 2015, dont les éléments applicables sont présentés dans l'annexe 6 ;
- application de la liste hospitalière 2016-2022 ;
- gouvernance de HNE par un conseil d'administration transitoire, nommé jusqu'en août 2018.

Le GT a également pris connaissance du processus complexe à mettre en place pour parvenir à la scission de HNE en trois entités. Il s'agit d'un processus d'une durée minimale d'une année, impliquant de nombreuses ressources, tant humaines que financières.

Le GT relève dans ce cadre la nécessité d'assainir financièrement ou de capitaliser les hôpitaux à créer, ainsi que la nécessité de régler la question d'éventuels cautionnements. Il invite le Conseil d'État à traiter équitablement les deux hôpitaux à créer, en leur donnant dès le départ les mêmes chances de développement.

Ce contexte étant connu et intégré, le GT s'est interrogé sur la période de transition qui doit permettre d'aboutir aux modèles institutionnel et de gouvernance proposés dans les chapitres précédents. Il a trouvé un consensus sur deux propositions à ce sujet.

- **Proposition 22 : prévoir une période de transition la plus courte possible**

De manière générale, le GT considère que la période de transition doit être la plus courte possible. Il est toutefois conscient du fardeau conséquent qui attend les services de l'Etat et HNE dans cette période de transition, qui imposera un gros travail préparatoire en parallèle au fonctionnement courant de l'institution. En ce sens, il invite le Conseil d'Etat à mener des réflexions parallèles entre le processus politique et législatif - qui devra inévitablement être mené - et les processus stratégiques (nomination des futurs organes dirigeants) et techniques (travail de terrain pour la répartition des activités hospitalières, du personnel, des infrastructures, etc.).

Le GT souhaite que le Conseil d'Etat puisse nommer rapidement les futurs organes dirigeants, pour leur offrir le temps nécessaire à l'organisation et à l'essor des nouvelles entités. Il lui apparaît en outre que ces nominations seraient de nature à rassurer la population comme le personnel de HNE sur le fait que la volonté populaire exprimée par l'acceptation de l'initiative sera mise en œuvre rapidement et sans contestation. Le modèle de gouvernance retenu dans la phase de transition devra garantir la représentativité des deux futurs hôpitaux et un arbitrage neutre par l'Etat en cas de besoin.

L'objectif du GT consiste non seulement à réduire au maximum la durée de la période de transition, mais également à donner des chances égales de développement à toutes les institutions à créer.

La possibilité, autorisée par la LHNE, que HNE crée une filiale a également été abordée par le GT pour la période de transition. Ce dernier n'a toutefois pas été en mesure (et cela ne relevait d'ailleurs pas de son mandat) de formuler une solution « technique » optimale, de sorte qu'il invite le Conseil d'Etat à rechercher la solution la plus efficiente pour assurer la transition.

- **Proposition 23 : création de deux groupes de travail et engagement d'un chef de projet**

Le GT propose la nomination de deux groupes de pilotage, composés notamment de personnes pouvant préfigurer la composition des futurs conseils d'administration des deux SA, qui représenteront chacun un hôpital de soins aigus. En cohérence avec la proposition 15, la nomination de ces personnes devrait se faire après consultation du GT ou, s'il est dissous, des milieux intéressés d'où provenaient les membres du GT. Ces deux groupes devront travailler ensemble en ce qui concerne la répartition des missions de soins aigus, tout en sollicitant la collaboration des gens du terrain et des personnes aptes à représenter la future SA qui gèrera le domaine de la réadaptation.

Un chef de projet devrait également être nommé, qui jouirait de la confiance des futures entités de soins aigus et de réadaptation. Il serait appelé à assurer la gestion opérationnelle de tous les problèmes que rencontrera le processus de scission, en faisant en sorte que les travaux avancent rapidement, de manière systématique et coordonnée.

5.7 Suite des travaux du GT

Concernant la suite des travaux, le GT est parvenu à un consensus sur la proposition suivante :

- **Proposition 24 : dissolution du GT H+H**

Le GT a pris note du souhait du Conseil d'État, exprimé dans sa réponse du 23 août 2017, de l'associer périodiquement, à titre consultatif, aux travaux techniques qui suivront ces prochains mois.

Il demande pour sa part simplement, comme cela ressort des propositions 15 et 23, que le GT ou, s'il est dissous, les milieux intéressés d'où provenaient ses membres, puissent préavisier la composition des deux groupes de pilotage et la composition initiale des futurs conseils d'administration des SA hospitalières, selon des modalités qu'il appartiendra au Conseil d'État de déterminer.

Pour le reste, le GT estime avoir rempli le mandat que lui avait confié le Conseil d'État et ne souhaite pas subsister dans sa forme actuelle. Il demande simplement que les principaux partenaires d'où étaient issus ses membres, notamment les représentants du comité d'initiative et les sociétés médicales, soient associés à titre consultatif aux travaux techniques qui suivront ces prochains mois et soient régulièrement informés par le Conseil d'État de l'avancement du dossier.

Comme la proposition 18 le relève déjà, le Conseil d'Etat est par ailleurs invité à poursuivre la discussion avec les communes quant à une éventuelle implication de celles-ci dans la future organisation hospitalière.

6 CONCLUSION

Après cinq mois de travail intensif, le GT estime rendre au Conseil d'État des propositions à même de respecter le texte et l'esprit de l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires », qui permettront aux futurs établissements hospitaliers de s'inscrire le mieux possible dans le cadre contraignant posé par les réglementations fédérales et de faire face aux défis de l'évolution du domaine sanitaire et hospitalier. Il tient à souligner que les propositions émises dans ce rapport ont été acceptées par consensus dans le GT, sous réserve des quelques points de désaccord expressément mentionnés.

Les propositions du GT s'inscrivent dans une nouvelle vision de l'organisation et de la gouvernance hospitalières, impliquant l'octroi d'une plus grande autonomie, mais aussi d'une plus forte responsabilité financière aux hôpitaux. Il incombera ensuite aux hôpitaux nouvellement créés de parvenir à répondre aux nombreux défis futurs liés à la planification hospitalière, à la nécessité d'un équilibre comptable ou encore à la reconnaissance comme centre de formation ou de compétence. L'État doit conserver ses rôles de planificateur, de régulateur, de garant de la police sanitaire et de financeur, mais il doit prendre de la distance par rapport à la gestion et à l'organisation hospitalières. De l'avis du GT, ce n'est qu'à ce prix que le système aura une chance de fonctionner.

Malgré les efforts déployés par le GT et la bonne volonté de ses membres, il n'a malheureusement pas été possible de trouver un consensus sur tous les sujets soumis à l'appréciation du GT. Ainsi, il subsiste des divergences trop importantes au sein du GT sur la question de la maternité, du rattachement des soins palliatifs, de l'avenir des urgences préhospitalières et des urgences intrahospitalières (elles devraient être constituées en deux entités séparées pour les uns ou au contraire unifiées dans un service cantonal pour les autres) pour pouvoir faire état dans ce rapport d'un compromis acceptable par tous les membres. Le GT s'en remet au Conseil d'État, respectivement au Grand Conseil (éventuellement aussi au peuple neuchâtelois ou au comité d'initiative) ainsi qu'aux futurs organes dirigeants des établissements hospitaliers, pour trancher les points qu'il n'a pas réussi à décider par consensus.

Indépendamment de ces quelques points de désaccord, le GT estime que ses propositions doivent être considérées comme un tout cohérent et qu'il serait donc délicat de n'en retenir qu'une partie. En effet, ses propositions sont le fruit de consensus qui risqueraient de ne pas résister à des décisions se basant sur les travaux du GT, mais ne reprenant que partiellement ses propositions.

Au vu du climat d'insécurité qui entoure le dossier hospitalier, tout particulièrement pour le personnel de HNE, le GT insiste sur la nécessité de pouvoir avancer rapidement dans les travaux de mise en œuvre de l'initiative. Il rend également attentif le Conseil d'Etat à la grande complexité des travaux qui restent à effectuer, en particulier le processus concret de scission.

Le GT exprime encore le souhait que, sous réserve des contraintes liées au recrutement en personnel ainsi qu'aux critères de qualité et de sécurité, les missions actuelles de HNE ne soient pas modifiées durant la phase transitoire, en particulier sur les sites des Montagnes. En ce sens, il souhaite que l'on ne demande pas à HNE de réaliser des économies supplémentaires durant cette période de transition et que d'éventuels nouveaux investissements ne viennent pas contredire le texte de l'initiative.

Enfin, les membres du GT remercient le Conseil d'Etat de la confiance qu'il leur a accordée en les mandatant pour élaborer des propositions de mise en œuvre de l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ».

Au nom du Groupe de travail
H+H
Le président

Olivier Guillod

Annexe N° 1 : Liste des membres du GT

Membre	Membre suppléant
- Monsieur Olivier Guillod, président	- Néant
- Monsieur Daniel Fritschy, vice-président	- Néant
- Madame Katia Babey	- Monsieur Souhaïl Latrèche
- Monsieur Dominique Bünzli	- Monsieur Joël Rilliot
- Monsieur François Cuche	- Monsieur Cédric Cuanillon
- Monsieur Walter Gusmini	- Monsieur Reza Kehtari
- Monsieur Gregory Jaquet	- Monsieur Yanick Bussy
- Monsieur Armin Kapetanovic	- Monsieur Nathan Erard
- Monsieur Jean-Emmanuel Lalive	- Monsieur Hugues Chantraine
- Monsieur Frédéric Mairy	- Madame Josette Schaer
- Monsieur Thierry Michel	- Monsieur Christian Mermet
- Monsieur Miguel Perez	- Monsieur Cédric Dupraz
- Monsieur Philippe Rouault	- Monsieur Gérard Pulfer
- Monsieur Claude-André Moser	- Monsieur Patrick Herrmann

Annexe n° 2 : Planification hospitalière – critères GPPH

Extrait :

Groupes de prestations et exigences (version 2015.1)												
Domaines de prestations	Groupes de prestations		Titre de spécialiste / formation approfondie FMH	Disponibilité	Service des urgences	Unité des soins intensifs	Lien			Tumorboard	Nombre min. de cas	Autres exigences
	Sigle	Désignations					Paquet de base	En interne uniquement	En interne ou en coopération			
Paquet de base	BP	Paquet de base	Base médecine interne et chirurgie	1	1	1						
Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé	En fonction du groupe de prestations	2		1			BP			
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	(Dermatologie et vénéréologie)	1	2	1	BP					
	DER1.1	Oncologie dermatologique	(Dermatologie et vénéréologie)			1	BP	ONK1		TUB	10	
	DER1.2	Affections cutanées graves	(Dermatologie et vénéréologie)	2	2	2	BP					
	DER2	Traitement des plaies					BPE/BP					Centre ambulatoire de traitement des plaies
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP					
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP					
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	(Oto-rhino-laryngologie, y c. formation approfondie en chirurgie cervico-faciale)	2		2	BPE/BP	KIE1		TUB		

Exemple détail – critères pour les **Service des urgences**:

1 = 8-17 h: des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences (service hospitalier multifonctionnel). 17-8 h: des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences. Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: 30 min en médecine, 30 min en chirurgie, 15 min en anesthésie.

2 = 8-17 h: des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences. 17-8 h: des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences. Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: 30 min en médecine, 30 min en chirurgie, 15 min en anesthésie.

3 = 8-23h LU-VE: Des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences et sont en cas de nécessité médicale disponibles en 5 minutes au service d'urgence (Intervention en salle d'opération uniquement pour des opérations d'urgence). 23-8h LU-VE et 24/24 week-ends et jours fériés: Des médecins-assistants sont disponibles en première priorité pour les urgences et sont en cas de nécessité médicale disponibles en 5 minutes au service d'urgence. Au moins un médecin-assistant effectue la deuxième-moitié de sa formation spécialisée. De plus, un médecin spécialiste en chirurgie est à disposition du service d'urgence en cas de nécessité médicale en 15 min (Intervention en salle d'opération uniquement permise pour des opérations d'urgence) et un médecin spécialiste en médecine est disponible en 30 min.

4 = 24 h sur 24, obstétrique: les accouchements sont assurés par un spécialiste en gynécologie et obstétrique (présent sur place en 10 minutes). Les césariennes en urgence doivent être réalisées en <15 min (délai décision naissance [DDN]). Sages-femmes: présence 24 h sur 24.

Annexe N° 3 : Exemples de critères pour l'accréditation comme centre de compétence

Prestation	Lien /informations
Centre du sein	<p>https://www.liguecancer.ch/acces-specialistes/qualite-du-depistage-et-du-traitement-du-cancer-du-sein/label-de-qualite-pour-les-centres-du-sein/centres-du-sein-interesses/</p> <p><i>Exemple: Le nombre minimal de cas de cancers du sein diagnostiqués annuellement par le Centre du sein est de 125; Chaque chirurgien oncologue, membre de l'équipe centrale, doit opérer > ou = 30 carcinomes primaires du sein par année</i></p>
Néonatalogie	<p>http://www.neonet.ch/files/9914/4968/0258/Def_Criteres_dattributions_de_niveau_de_soins_Aug_2015.pdf</p>
Soins palliatifs	<p>https://www.qualitepalliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/qualitepalliative/Label/Dokumente_Label/Kriterienliste_SPEZ_F.pdf</p>
Soins intensifs	<p>http://www.sqi-ssmi.ch/tl_files/daten/4%20Qualitaet/Anerkannte%20IS/KAI_Richtlinien_100902_F.pdf</p> <p><i>Exemple: L'USI doit totaliser au moins 1300 journées de soins; La part relative des horaires de soins en catégorie 1 (A et B) doit être supérieure à 15% et celle des horaires en catégorie 3 inférieure à 40% (conformément aux MDSi).</i></p>
Stroke unit	<p>http://www.sfcns.ch/tl_files/Vorstand/Projects/Stroke/Dokumente%20Templates%20Zertifizierung/SFCNS%20Criteres%20Certification%20Stroke%20Units_vs%20I.pdf</p> <p><i>Exemple: C 3 La Stroke Unit est située dans un établissement disposant d'un service de soins intensifs multidisciplinaires</i></p>

Annexe n° 4 : Exemples de critères pour l'accréditation comme centre de formation

https://www.fmh.ch/files/pdf19/aim_version_internet_f.pdf

Exemple de la médecine générale (extrait) :

Caractéristiques de la clinique / du service	Catégorie (reconnaissance maximale)			
	cat. A (3 ans)	cat. B (2 ans)	cat. C (1 an)	cat. D (6 mois)
Tâche principale				
- soins de base en médecine interne générale ou	+	+	+	+
- fonction de centre hospitalier en médecine interne générale ou	+	-	-	-
- rééducation en médecine interne générale ou	-	-	+	+
- gériatrie ou	-	-	+	+
- cliniques/services assumant une autre fonction principale (p. ex. axée sur une discipline particulière, un système d'organes ou une pathologie)	-	-	-	+
Service hospitalier de médecine interne générale (les services d'urgences avec des unités de courte durée ne remplissent pas cette exigence)	+	+	+	+
Nombre de patients hospitalisés par an, au moins	900	600	300	150
Nombre de patients hospitalisés par médecin assistant et par an (au moins)	150	125	100	80
Service d'urgence de 24 h sur 24 au sein de l'hôpital avec la possibilité institutionnalisée de rotations	+	+	-	-
Service de soins intensifs dans l'hôpital, avec son propre responsable, spécialiste en médecine intensive	+	-	-	-

Caractéristiques de la clinique / du service	cat. A	cat. B	cat. C	cat. D
Service de consultation de psychiatrie institutionnalisé	+	+	-	-
Radiodiagnostic avec colloque par le spécialiste en radiologie au moins 4 fois par semaine	+	+	-	-

Equipe médicale	cat. A	cat. B	cat. C	cat. D
Responsable de la formation postgraduée porteur du titre de spécialiste en médecine interne générale	+	+	+	+
- Activité en tant qu'interniste généraliste employé par l'établissement au min. à 80%, avec remplacement garanti en tout temps par un spécialiste en médecine interne générale (exception: partage du poste entre deux co-responsables au plus; le responsable principal doit être engagé au moins à 50%)	+	+	+	-
- Habilitation du responsable de la formation postgraduée	+	-	-	-
Mentorat / tutorat pour chaque médecin en formation	+	+	+	+
Médecins adjoints ou chefs de clinique (en poste à 100%), au moins	4	2	-	-
Postes de formation postgraduée (médecins assistants) (en poste à 100%), au moins	6	4	2	1

Annexe N° 5 : Extrait de la loi bernoise sur les soins hospitaliers

Art. 19 Forme juridique

¹Les CHR sont gérés sous forme de sociétés anonymes selon les articles 620 ss du Code des obligations (CO). Ils poursuivent un but de service public au sens de la législation sur les impôts.

²Le Conseil-exécutif prend, au nom du canton, les mesures nécessaires à l'aménagement des CHR en sociétés anonymes et à la participation du canton à ces dernières. Pour ce faire, il est autorisé en particulier à fonder, à dissoudre, à diviser ou à fusionner des sociétés anonymes ou à y prendre des participations ou à les vendre.

Art. 20 Organisation

¹L'organisation des CHR est régie par le CO et les statuts.

Art. 21 Participation

¹Le canton participe aux CHR.

²Il détient la majorité du capital et des voix dans ces institutions.

³Le Conseil-exécutif peut exceptionnellement arrêter des modalités de participation dérogeant à celles spécifiées à l'alinéa 2 lorsqu'il forme avec d'autres collectivités publiques ou des institutions aux mains des pouvoirs publics un groupe détenant la majorité du capital et des voix du CHR concerné ou pour garantir une couverture en soins appropriée.

Art. 22 Exercice des droits de participation / 1. Généralités

¹Le Conseil-exécutif exerce les droits et assume les obligations lui incombant en sa qualité d'actionnaire des CHR.

²Il peut déléguer l'exercice des droits de participation à une ou plusieurs Directions.

³Lors de la désignation du conseil d'administration d'un CHR, il tient compte de manière appropriée des intérêts régionaux en exerçant ses droits d'actionnaire. Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas faire partie de l'administration cantonale.

⁴La surveillance par le Contrôle des finances est régie par la loi cantonale du 1^{er} décembre 1999 sur le Contrôle des finances (LCCF).

Art. 23 / 2. Stratégie de propriétaire

¹Le Conseil-exécutif arrête des consignes sur l'exercice des droits de participation.

Art. 24 Regroupement

¹Le regroupement d'un CHR avec un ou plusieurs CHR ou avec un ou plusieurs autres fournisseurs de prestations est soumis à l'approbation du Conseil-exécutif.

Art. 25 Indépendance dans la gestion

¹Les CHR sont responsables de leur gestion.

²Le canton s'efforce d'accorder aux CHR la marge de manœuvre adéquate dans les limites fixées par le droit.

³Les CHR mettent à profit leur marge de manœuvre.

Art. 26 Autres tâches et activités

¹Les CHR peuvent se voir attribuer, en plus des mandats de prestations, d'autres tâches par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale par voie de contrat de prestations.

²Les CHR peuvent exercer d'autres activités lorsque celles-ci sont matériellement proches de leurs mandats de prestations ou de leurs tâches. Ils peuvent accomplir en particulier des tâches relevant de l'enseignement et de la recherche en complément de l'offre des hôpitaux universitaires.

Art. 27 Holding suprarégionale / 1. Forme juridique et dispositions applicables

¹Le Conseil-exécutif peut, au nom du canton, regrouper deux ou plusieurs CHR en une holding hospitalière suprarégionale lorsque ceux-ci en font conjointement la demande.

²La holding hospitalière est gérée sous forme de société anonyme selon les articles 620 ss CO et poursuit un but de service public au sens de la législation sur les impôts.

³Les articles 19, alinéa 2 à 25 sont applicables à la holding hospitalière par analogie.

⁴L'article 19, alinéa 1 et les articles 20, 24 et 26 sont applicables aux CHR regroupés en holding.

Art. 28 / 2. Participation de la holding hospitalière aux CHR

¹La holding hospitalière participe aux CHR désignés par le Conseil-exécutif.

²Elle détient la majorité du capital et des voix.

³Elle peut exceptionnellement, avec l'accord du Conseil-exécutif, arrêter des modalités de participation dérogeant à celles spécifiées à l'alinéa 2 lorsqu'elle forme avec d'autres collectivités publiques ou des institutions aux mains des pouvoirs publics un groupe détenant la majorité du capital et des voix du CHR concerné ou pour garantir une couverture en soins appropriée.

Art. 29 / 3. Participation de la holding hospitalière à d'autres fournisseurs de prestations

¹La holding hospitalière peut participer à d'autres fournisseurs de prestations si cela est nécessaire pour assurer une couverture en soins appropriée.

Art. 30 / 4. Exercice des droits de participation

¹Lors de la désignation des membres des conseils d'administration des CHR, la holding hospitalière tient compte de manière appropriée des intérêts régionaux en exerçant ses droits d'actionnaire.

²Les membres des conseils d'administration ne peuvent pas faire partie de l'administration cantonale.

Art. 31 5. Indépendance dans la gestion

¹Les CHR sont responsables de leur gestion au sein de la holding.

²La holding hospitalière s'efforce de leur accorder la marge de manœuvre adéquate dans les limites fixées par le droit.

³Les CHR mettent à profit leur marge de manœuvre.

Annexe N° 6 : Décrets applicables concernant les options stratégiques

Compilation des décrets concernant les options stratégiques de l'HNE à l'horizon 2017, des 24 avril 2012, 26 mars 2013 et 3 novembre 2015.

Les options stratégiques suivantes sont applicables :

- des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de La Chaux-de-Fonds (CDF) et de Pourtalès (PRT) ;
- des Centres de diagnostic et de traitement (CDT) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et Val-de-Travers (VDT) ;
- des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT ;
- une plateforme régionale de santé est développée sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche ;
- le Centre femme-mère-enfant est définitivement localisé à PRT ;
- un Centre de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis ;
- un Centre d'oncologie est localisé sur le site de CDF et intègre un Centre de sénologie reconnu au niveau national ;
- un Centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé à CDF ;
- un Centre de chirurgie ambulatoire est créé sur le site de PRT ;
- un Centre de diagnostic et de traitement (CDT) est développé sur le site de VDT.

En outre, les options stratégiques suivantes sont suspendues :

- des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT ;
- des investissements immobiliers sont consentis sur le site de CDF pour la rénovation des blocs opératoires, des unités d'hospitalisation et du hall d'entrée.

Annexe N° 7 : Extrait de l'ordonnance sur l'assurance-maladie

Section 11 Critères de planification

Art. 58a Principe

- 1 La planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39, al. 1, let. d, LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social.
- 2 Les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications.

Art. 58b Planification des besoins en soins

- 1 Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.
- 2 Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.
- 3 Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'art. 58e afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al. 2.
- 4 Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte:
 - a. le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations;
 - b. l'accès des patients au traitement dans un délai utile;
 - c. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestation selon l'art. 58e.
- 5 Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération:
 - a. l'efficacité de la fourniture de prestations;
 - b. la justification de la qualité nécessaire;
 - c. dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies.

Art. 58c Type de planification

La planification s'effectue de la manière suivante:

- a. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aiguës, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations;
- b. pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou le traitement psychiatrique à l'hôpital, la planification est liée aux prestations ou aux capacités;
- c. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les établissements médico-sociaux, la planification est liée aux capacités.

Art. 58d Coordination intercantonale des planifications

Dans le cadre de l'obligation de coordination intercantonale des planifications, visée à l'art. 39, al. 2, de la loi, les cantons doivent notamment:

- a. exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés;
- b. coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins.

Art. 58e Listes et mandats de prestations

- 1 Les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e de la loi, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58*b*, al. 3.
- 2 Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations.
- 3 Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e de la loi. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence.

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE – EXIGENCE SOINS INTENSIFS

Le modèle de Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) utilisé pour la planification hospitalière exige, pour certains groupes de prestations, de disposer d'une unité de soins intensifs de niveau II, soit une unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI).

Les groupes de prestations concernés par cette exigence et qui sont actuellement attribués à l'HNE sont les suivants :

HNO1.1.1	Interventions ORL complexes
NEU3	Maladies cérébrovasculaires
GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée
HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës
GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux
ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux
GEF3	Chirurgie carotidienne
KAR1	Cardiologie (y c stimulateur cardiaque)
KAR1.1	Cardiologie interventionnelle
KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)
NEP1	Néphrologie
URO1.1.2	Cystectomie radicale
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins
URO1.1.4	Surrénalectomie isolée
PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation (Pneumologie)
PNE1.3	Mucoviscidose
THO1	Chirurgie thoracique
RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire
GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin
GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus
GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire
GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e sem. et ≥ 1250 g)
GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée
NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (âge gestationnel < 28 0/7 SA et PN < 1000g)
RAO1	Radiooncologie
UNF1	Chirurgie d'urgence
KINM	Pédiatrie

PIG URGENCES - MODÉLISATION

Glossaire

PIG : Prestation d'intérêt général

Modèle 1 : permanence 7h00 - 17h00

Modèle 2 : permanence 8h00 - 22h00

Modèle 3 : permanence 24h/24 et blocs opératoires fermés les week-ends et jours fériés

Modèle 4 : permanence et blocs ouverts 24h/24

Modèle 5 : permanence et blocs ouverts 24h/24 avec obstétrique.

UHCD : unité hospitalière de courte durée

CM : Case mix

Tableaux récapitulatifs

Tableau 1 : PIG urgences - situation actuelle

Paramètres	Pourtalès	Chaux-de-Fonds	Couvet
Modèle	5	3	2
Nombres de passages	21'500	16'800	3'400
Points TARMED par passage	240	230	170
UHCD	Oui	Oui	Non
% UHCD	6%	3%	0%
CM par UHCD	0.32	0.29	
% bloc	2.5%	2.5%	0%
CM par bloc	1.00	0.90	
% imagerie	40%	40%	40%
Résultats:			
PIG (CHF)	2'100'000.-	600'000.-	1'300'000.-
Total:		4'000'000.-	

Tableau 2 : PIG urgences – situation mise en œuvre initiative H+H

Paramètres	Pourtalès	Chaux-de-Fonds	Couvet
Modèle	5	4	2
Nombres de passages	20'800	17'500	3'358
Points TARMEC par passage	240	235	170
UHCD	Oui	Oui	Non
% UHCD	6%	4%	0%
CM par UHCD	0.32	0.29	
% bloc	2.5%	2.5%	0%
CM par bloc	1.00	0.90	
% imagerie	40%	40%	40%
Résultats:			
PIG (CHF)	2'400'000.-	1'400'000.-	1'300'000.-
Coût supplémentaire par site (CHF)	+300'000.-	+800'000.-	
Total:		5'100'000.-	
Coût supplémentaire total (CHF)		+ 1'100'000.-/an	

Tableau 3 : PIG urgences - situation initiative maternité

Paramètres	Pourtalès	Chaux-de-Fonds	Couvet
Variante/modèle	5	5	2
Nombres de passages	20'800	17'500	3'358
Points TARMEC par passage	240	240	170
UHCD	Oui	Oui	Non
% UHCD	6%	5%	0%
CM par UHCD	0.32	0.3	
% bloc	2.5%	2.5%	0%
CM par bloc	1.00	0.90	
% imagerie	40%	40%	40%
Résultats:			
PIG (CHF)	2'400'000.-	3'900'000.-	1'300'000.-
Total:		7'600'000.-	
Coût supplémentaire par rapport à l'initiative		+ 2'500'000.-	

CRITÈRES DES PLANIFICATIONS HOSPITALIÈRES POUR L'OBSTÉTRIQUE ET LES NOUVEAUX-NÉS

Tableau 1 : Extrait des critères de planification hospitalière issus du modèle GPPH pour l'obstétriques et les nouveaux-nés

Critères de la planification hospitalière						
Domaine de prestation	Groupe de prestation - sigle	Désignation	Service urgence niveau	Lien interne	Nombre minimal de cas	Autres exigences
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37 ^e sem.)				
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34 ^e sem. et >= 2000 g)	4	NEO1		
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32 ^e sem. et >= 1250 g)	4	NEO1.1	1500*	*somme des cas GEB1 et GEB 1.1
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	4	NEO1.1.1		
Nouveaux-nés	NEO1	Soins de base aux nouveaux-nés (dès âge gestationnel 34 0/7 et PN 2000g)		GEB1		Autres exigences selon niveau I des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
	NEO1.1	Néonatalogie (dès âge gestationnel 32 0/7 et PN 1250g)		GEB1.1		Autres exigences selon niveau IIB des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (dès âge gestationnel 28 0/7 et PN 1000g)		GEB1.1.1		Autres exigences selon niveau III des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie très spécialisée (âge gestationnel <28 0/7 et PN <1000g)		GEB1.1.1		Autres exigences selon niveau III des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland

CALENDRIER

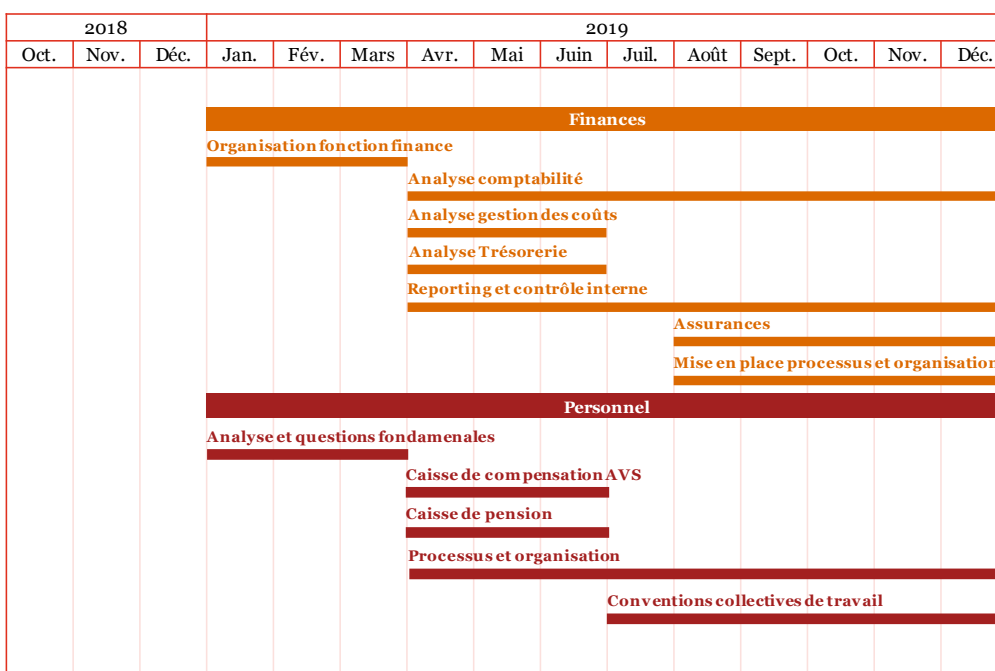
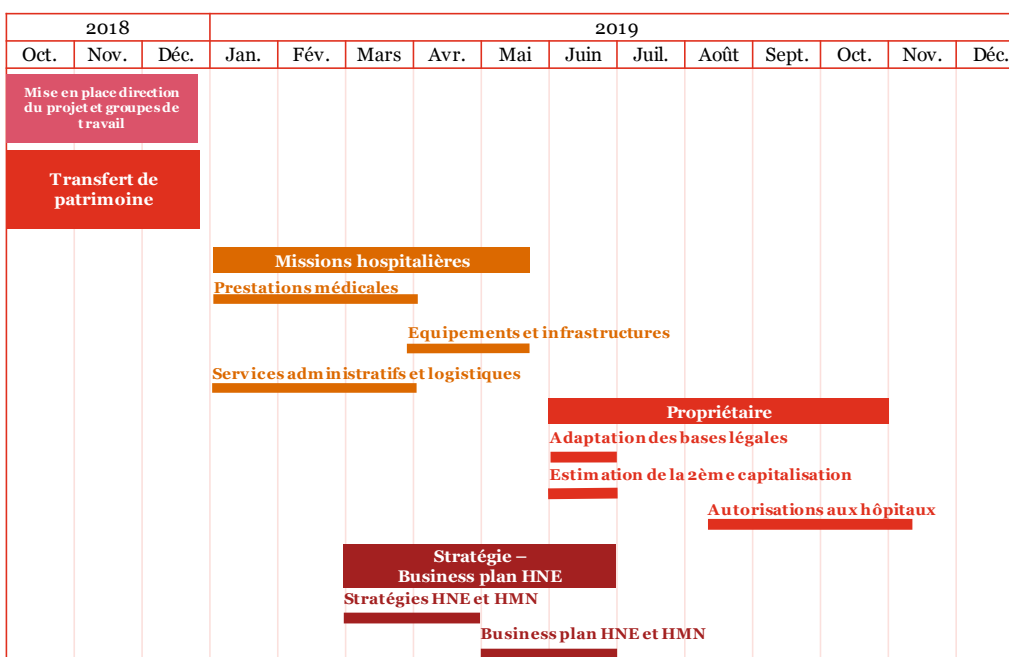
Phase 1 : Création de la SA Hôpital des Montagnes HMN

Figure 1 : Niveau groupes de travail

2018								
Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre
Propriétaire								
Adaptation des bases juridiques								
Crédit d'engagement pour la phase 2								
Estimation première capitalisation de la SA HMN								
Nomination des membres du Conseil d'administration de HMN								
Nomination/Renouvellement des membres du Conseil d'administration de HNE								
Élaboration de la stratégie du propriétaire								
Désignation de l'organe de révision								
Sélection d'un prestataire externe pour la séparation								
Création SA HMN – Aspects juridiques et fiscaux								
Fiscalité								
Création SA Hôpital des Montagnes								
Organisation hospitalière HNE								
Recrutement/Nomination d'un chef de projet HNE pour le projet de séparation								
Organisation hospitalière HMN								
Recrutement d'un chef de projet HMN pour le projet de séparation								

Phase 2 : Autonomisation de l'Hôpital des Montagnes

Figures 2 à 4 : Niveau groupes de travail



2018			2019											
Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
			Informatique											
			Etude						Réalisation des changements					
									Processus et organisation					
			Organisation hospitalière HMN											
			Recrutement direction						Autorisations nécessaires					
			Direction et structure organisationnelle											
									Personnel rémunération et contrats					
									Communication interne et externe					
			Organisation hospitalière HNE											
									Préparation et finalisation des accords tarifaires					
			Direction et structure organisationnelle											
									Personnel rémunération et contrats					
									Communication interne et externe					

FINANCEMENT – TABLEAUX DÉTAILLÉS

Tableau 1 : Estimation du budget de fonctionnement de la SA Hôpital des Montagnes neuchâtelaises durant la phase 2

(en CHF)	2018 (oct. à déc.)	2019	Total
Charges d'exploitation	516'000	2'313'000	2'829'000
Honoraires du conseil d'administration (5 membres) selon des modalités de traitement similaires à l'actuel HNE	24'000	169'000	193'000
Salaires (1 directeur-trice ; 1 responsable administratif-ve et 2 collaborateur-trice-s)	70'000	560'000	630'000
Charges sociales (20% des traitements)	19'000	146'000	165'000
Frais de constitution (notaire)	10'000		
Droit de timbre (1 o/oo apport initial)	340'000		340'000
Mandats et études (études de marché, conseils en management/organisation, architectes, etc....)	40'000	360'000	400'000
Frais IT	3'000	12'000	15'000
Location de bureaux	4'000	24'000	28'000
Diverses assurances (RC, choses)	1'000	2'000	3'000
Divers et imprévus (environ 10% des autres charges)	5'000	40'000	45'000
Amortissement sur immeuble (reprise effective prévue au 1.1.2019)		1'000'000	1'000'000
Revenus d'exploitation		-1'000'000	-1'000'000
Loyer de HNE		-1'000'000	-1'000'000
Résultat net (excédent de charges)	516'000	1'313'000	1'829'000

Tableau 2 : Estimation des coûts externes pour la phase 2

Profils	Tarif jour	Durée estimée en mois	Taux d'activité moyen	Charge de travail en jours	Honoraires
Conduite du projet :					
Chef de projet	2'000	15	80%	240	480'000
Chef de projet HNE	1'800	15	80%	240	432'000
Chef de projet HMN	1'800	15	80%	240	432'000
Assistant chef de projet	1'200	15	80%	240	288'000
Consultants par groupe de travail :					
Propriétaire	2'000	6	5%	6	12'000
Missions hospitalières	2'000	3	5%	3	6'000
Stratégie et business plan HMN	2'000	6	30%	36	72'000
Stratégie et business plan HNE	2'000	6	30%	36	72'000
Finances et comptabilité	2'000	12	30%	72	144'000
Personnel	2'000	6	5%	6	12'000
Droit et fiscalité	2'000	6	5%	6	12'000
Informatique	2'000	9	5%	9	18'000
Organisation hospitalière HMN	2'000	9	20%	36	72'000
Organisation hospitalière HNE	2'000	9	20%	36	72'000
Autres experts :					
Comptable et fiscal	3'300			10	33'000
Communication	3'300			10	33'000
Autres frais :					
Débours	2%				43'800
Imprévus	10%				223'400
Total hors TVA					2'457'200
TVA	7,7%				189'200
Total					1'242
					2'646'400

Tableau 3 : Estimation des coûts de l'HNE pour la phase 2 – projet

Participation	Durée estimée en mois	Taux d'activité moyen				Charge de travail en jours				
		a	b	c	d	a	b	c	d	Total
Profils										
A la conduite de projet :										
Comité de pilotage	15	1%	1%	0%	0%	3	3	0	0	6
Direction de projet	15	0%	7%	0%	0%	0	21	0	0	21
Aux groupes de travail :										
Propriétaire	5	0%	0%	0%	0%	0	0	0	0	0
Missions hospitalières	5	0%	30%	50%	25%	0	30	50	25	105
Stratégie et business plan HMN	4	0%	6%	0%	19%	0	5	50	15	20
Stratégie et business plan HNE	4	0%	44%	0%	19%	5	35	0	15	55
Finances et comptabilité	12	0%	2%	0%	5%	0	5	0	12	17
Personnel	12	0%	6%	0%	4%	0	14	0	10	24
Droit et fiscalité	3	0%	0%	0%	10%	0	0	0	6	6
Informatique	12	0%	12%	0%	17%	0	29	0	41	70
Organisation hospitalière HMN	12	0%	5%	10%	11%	0	12	24	26	62
Organisation hospitalière HNE	12	0%	5%	21%	21%	0	12	49	49	110
Total										496

Profils indiqués dans le tableau :

- a. Administrateur
- b. Direction générale
- c. Médecins
- d. Autres collaborateurs

Tableau 4 : Estimation des coûts de l'HNE pour la phase 2 - mise en œuvre

Participation	Durée estimée en mois	Taux d'activité moyen				Charge de travail en jours				
		a	b	c	d	a	b	c	d	Total
Profils										
Finance et comptabilité :										
Passage aux normes RPC, doublement plan comptable, création bilans d'ouvertures et comptes exploitation, préparation des budgets	12	0%	6%	0%	25%	0	15	0	60	75
Personnel :										
Affectation caisse de pensions, rédaction contrats, règlement des transferts et oppositions,...	12	0%	6%	0%	42%	0	15	0	100	115
Droit et fiscalité :										
Révision réglementation interne et conventions tarifaires	6	0%	5%	0%	50%	0	6	0	60	66
Informatique :										
Dédoublage base patients, séparation SI SIC OPALE, DIS-RAP ; Paramétrage facturation, comptabilité ; DEP	12	0%	0%	0%	200%	0	0	0	480	480
Organisation hospitalière HMN :										
Concrétisation organisation	12	0%	13%	83%	47%	0	32	200	112	344
Organisation hospitalière HNE :										
Concrétisation organisation	12	0%	40%	250%	140%	0	96	600	336	1032
Immobilier :										
Gestion transferts et conséquences pratiques	3	0%	10%	0%	20%	0	6	0	12	18
Total										2130

Profils indiqués dans le tableau :

- a. Administrateur
- b. Direction générale
- c. Médecins
- d. Autres collaborateurs

Tableau 5 : Estimation des coûts interne à l'État pour la phase 2 (projet)

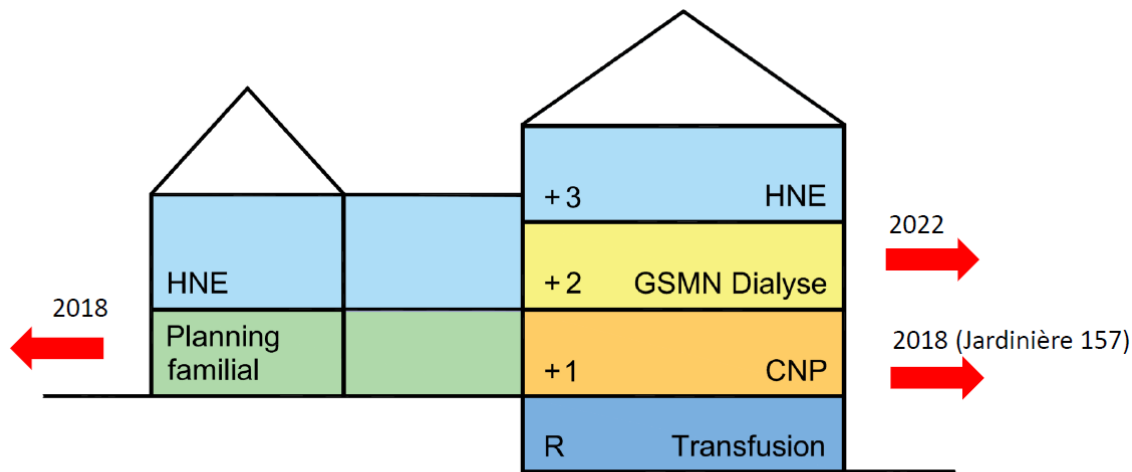
Participation	Durée estimée en mois	Taux d'activité moyen			Charge de travail en jours			
		a	b	c	a	b	c	Total
Profils								
A la conduite de projet :								
Comité de pilotage	15	1%	1%	0%	3	3	0	6
Direction de projet	15	0%	2%	0%	0	6	0	26
Aux groupes de travail :								
Propriétaire	5	0%	10%	20%	0	10	20	30
Missions hospitalières	5	0%	3%	7%	0	3	7	10
Stratégie et business plan HMN	4	0%	5%	5%	0	4	4	8
Stratégie et business plan HNE	4	0%	5%	5%	0	4	4	8
Finances et comptabilité	12	0%	5%	10%	5	12	24	36
Personnel	12	0%	5%	10%	0	12	24	36
Droit et fiscalité	3	0%	5%	10%	0	3	6	9
Informatique	12	0%	5%	10%	0	12	24	36
Organisation hospitalière HMN	12	0%	5%	5%	0	12	12	24
Organisation hospitalière HNE	12	0%	5%	5%	0	12	12	24
Total								233

Profils indiqués dans le tableau :

- a. Conseiller d'État
- b. Chef de service
- c. Collaborateurs

REPRISE BÂTIMENT SOPHIE-MAIRET – COMPLÉMENTS

Figure 1 : Mouvements prévus avec calendrier



Coupe schématique

Figure 2 : Bâtiment dont l'acquisition est projetée

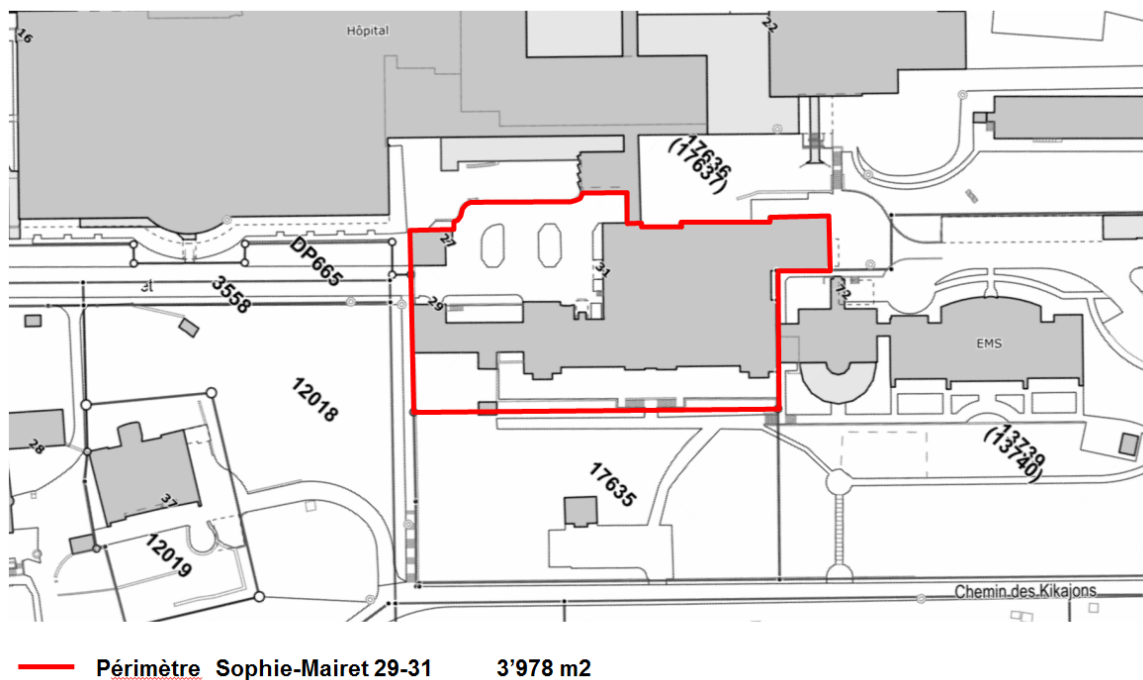


Tableau 1 : Répartition des surfaces locatives dans l'ancien Hôpital de La Chaux-de-Fonds (Situation future) - Loyers perçus et économisés

	CRS Transfusion	CIFOM-EPCy	Planning familial	HNE	GSMN Dialyse	Chambres	SLoc Totale
Combles	–	–	–	–	–	635	635
1er étage	–	647	–	823	(211)	–	1'470
Rez supérieur	–	1'032	(82)	641	–	–	1'673
Rez inférieur	758	–	–	–	–	–	758
Surfaces par locataire	758	1'679	(82)	1'464	(211)	635	4'536

Loyers de tiers perçus

Croix-Rouge Suisse - locaux de consultation : loyer actuel loyer net sans charges fr. 45.-/m2/an (bail historique)

Chambres dans combles : loyer théorique moyen, loyer net sans charges fr. 120.-/m2/an

HNE - locaux de stockage : loyer futur, loyer net sans charges fr. 95.-/m2/an

Loyer net (en francs)	Charges (en francs)	Loyer avec charges (en francs)
-----------------------	---------------------	--------------------------------

-.34'110.00	-22'740.00	-.56'850.00
-------------	------------	-------------

-76'200.00	-19'050.00	-95'250.00
------------	------------	------------

-139'080.00	-43'920.00	-183'000.00
-------------	------------	-------------

-249'390.00	-85'710.00	-335'100.00
--------------------	-------------------	--------------------

Économie de location

EPCy : loyer théorique / locaux bruts à aménager, loyer net sans charges fr. 150.-/m2/an

-251'850.00	50'370.00	-302'220.00
--------------------	------------------	--------------------

Rente de superficie - terrain en DDP

Propriété de la Ville de La Chaux-de-Fonds - périmètre bâtiment Sophie-Mairet 29-31, 3'978 m2 x fr. 50.-/m2 x 3%

5'967.00

Rendement brut théorique du bâtiment

Total loyer net de tiers perçus + économie de location - rente de superficie = prix d'acquisition : **11,3 %**

TABLE DES MATIÈRES	<i>Pages</i>
RÉSUMÉ	2
1. INTRODUCTION	3
2. CONTEXTE	4
2.1. HNE-Demain.....	4
2.2. Initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ».....	5
2.3. Votation populaire du 12 février 2017.....	6
2.4. Mise en œuvre de l'initiative H+H.....	6
3. RAPPORT DU GT H+H	8
3.1. Cadre des travaux et principes du GT H+H.....	8
3.2. Propositions du GT H+H	9
4. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT	13
4.1. Appréciation concernant les propositions du GT H+H	13
4.2. Propositions du Conseil d'État.....	21
5. MISE EN ŒUVRE	25
5.1. Phase 1.....	25
5.2. Phase 2.....	26
5.3. Phases 3 et 4.....	28
6. LOI SUR LES HÔPITAUX PUBLICS	28
6.1. Constats et objectifs.....	28
6.2. Commentaire article par article.....	29
7. FINANCEMENT DES PROPOSITIONS DU CONSEIL D'ÉTAT	33
7.1. Phase 1 - Capitalisation de l'Hôpital des Montagnes.....	33
7.2. Phase 2 – Répartition des missions et autonomisation de l'HMN	35
7.3. Phase 3 – Création et autonomisation de l'Hôpital du Littoral et de l'Hôpital de réadaptation.....	37
7.4. Phase 4 – Liquidation de l'HNE	38
8. RISQUES POSSIBLES DES OPTIONS PRISES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'INITIATIVE	39
8.1. De manière générale.....	39
8.2. Risques concernant les prestations.....	40
8.3. Risques concernant le personnel	41
8.4. Risque concernant la qualité	43
8.5. Risques concernant les infrastructures.....	43
8.6. Risques concernant les finances	44
8.7. Autres risques	47
9. INITIATIVE MATERNITÉ	49
9.1. Traitement de l'initiative.....	49
9.2. Position du Conseil d'État	49
10. BÂTIMENTS	54
10.1. Reprise des bâtiments de Couvet et de la Béroche.....	54
10.2. Reprise bâtiment La Chaux-de-Fonds – École Pierre-Coullery.....	55
11. IMPACTS FINANCIERS	58
11.1. Impacts financiers de la mise en œuvre de l'initiative	58

11.2. Impacts financiers concernant les bâtiments	61
12. COMMUNES	63
13. PERSONNEL	63
14. CONSULTATION	64
14.1. Consultation des partenaires.....	64
14.2. Préavis du Conseil de santé.....	69
15. VOTE DU GRAND CONSEIL	70
16. CONCLUSION	70
Loi sur les hôpitaux publics (LHOPU)	73
Décret portant octroi d'un crédit-cadre de 4'400'000 francs pour la conduite du projet « Hôpitaux publics »	79
Décret portant octroi d'un crédit-cadre de 33'900'000 francs pour la reprise du bâtiment d'exploitation hospitalière de La Chaux-de-Fonds à l'Hôpital neuchâtelois et la capitalisation de la société anonyme « Hôpital des Montagnes neuchâtelaises »	80
Décret portant octroi d'un crédit d'engagement extraordinaire de maximum 200'000'000 francs permettant la liquidation de l'Hôpital neuchâtelois	82
Décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale intitulée « Pour une maternité dans les Montagnes neuchâtelaises »	84
Décret abrogeant :	
– le décret portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'État pour l'Établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 24 avril 2012 ;	
– le décret portant approbation des options stratégiques complémentaires définies par le Conseil d'État pour l'établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 26 mars 2013 ;	
– le décret portant approbation de la modification des options stratégiques pour l'Établissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 3 novembre 2015.....	85
Décret portant octroi d'un crédit complémentaire de 4'360'000 francs pour l'acquisition du bâtiment de l'ancien Hôpital de La Chaux-de-Fonds, sis rue Sophie-Mairet 29-31 et des frais relatifs au transfert de propriété	86
ANNEXES	
Annexe 1 : Rapport final GT H+H.....	87
Annexe 2 : Planification hospitalière – Exigence soins intensifs	126
Annexe 3 : PIG Urgences – modélisation	127
Annexe 4 : Critères des planifications hospitalières pour l'obstétrique et les nouveaux-nés.....	129
Annexe 5 : Calendrier.....	130
Annexe 6 : Financement – Tableaux détaillés	133
Annexe 7 : Reprise bâtiment Sophie-Mairet – Compléments.....	138