



Rapport du Conseil communal

**En réponse à la motion urgente multipartis du 4 février 2016
relative aux risques sanitaires et à la violation de la loi au sein
de l'HNe**

(du 11 mai 2016)

au Conseil général

de la Ville de La Chaux-de-Fonds

Madame la présidente,
Mesdames les conseillères générales,
Messieurs les conseillers généraux,

Texte de la motion (PV Conseil général no 44, p. 3553 et 3567-3570)

Dans une lettre ouverte parue dans la presse, quatre anciens médecins de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds, relayant en cela un avertissement publié dans un communiqué des Sociétés Locales de Médecine de La Chaux-de-Fonds et du Locle, s'inquiètent des risques sanitaires potentiellement majeurs qui pèsent sur les patients hospitalisés sur le site de La Chaux-de-Fonds. Ils observent que les mesures de fermeture des blocs opératoires la nuit en semaine, en plus du week-end, vont encore péjorer la situation.

Nous avons de bonnes raisons de penser que les craintes émises par ces quatre médecins et leurs collègues actifs de la ville sont à prendre très au sérieux même si HNe semble les ignorer. Il apparaît que les employés d'HNe le perçoivent mais ne s'expriment pas de peur de représailles même quand ils sont démissionnaires.

Certes le site de La Chaux-de-Fonds prend en charge des patients de tout le canton, mais c'est principalement la population des Montagnes qui est en danger.

Nos conseils communaux sont garants de la sécurité des habitants de leurs villes. Dès lors nous nous adressons à ceux du Locle et de La Chaux-de-Fonds pour qu'ils vérifient si les dangers potentiels relevés par les médecins précités sont réels, en sollicitant le Conseil d'Etat, HNe et une expertise extérieure avant qu'un drame ne se produise. Un retard de réanimation ne conduit pas forcément à un décès, mais peut laisser des traces graves au niveau d'organes avec des effets durables et irréversibles évitables par une prise en charge rapide et adéquate.

Nous rappelons au Conseil Communal que, par la loi, l'Etat doit garantir une offre et une sécurité sanitaire égale pour tous les habitants du canton. Ce n'est apparemment plus le cas actuellement. Pour paraphraser HNe, l'Etat offre à la population des Montagnes une sécurité d'un « autre temps » et ce n'est pas acceptable.

Par ailleurs nous demandons au Conseil Communal et à son service juridique d'examiner si le non-respect durable de la loi et des décisions politiques dont les conséquences mettent en danger la population ne pourraient pas faire l'objet d'une action judiciaire.

Au vu de l'urgence de la situation nous demandons instamment au Conseil Communal de la traiter avant la fin de la présente législature.

Claude-André Moser, Patrick Jobin, Christophe Ummel, Sylviane Méreaux, Karim Boukhris, Marc Schafroth, Monique Erard

Deux questions sont posées :

- A. "[...] Nous nous adressons à ceux [les Conseils communaux] du Locle et de La Chaux-de-Fonds pour qu'ils vérifient si les dangers potentiels relevés par les médecins précités sont réels, en sollicitant le Conseil d'Etat, HNe et une expertise extérieure avant qu'un drame ne se produise.
- B. "[...] Nous demandons au Conseil Communal et à son service juridique d'examiner si le non-respect durable de la loi et des décisions politiques dont les conséquences mettent en danger la population ne pourraient pas faire l'objet d'une action judiciaire".

A. Sécurité sanitaire

La sécurité hospitalière est-elle assurée sur le site de La Chaux-de-Fonds ?

Pour répondre à cette question, il nous semble important de traiter l'aspect du personnel et des moyens mis en place sur le site de La Chaux-de-Fonds.

Pour rappel : suite à la fermeture des blocs opératoires en avril 2015, le piquet du médecin anesthésiste sur le site de La Chaux-de-Fonds a été supprimé. Par contre, la présence de l'infirmier anesthésiste sur ce site a été maintenue pour, nous citons, « *des raisons d'assistance auprès du médecin non anesthésiste, pour la sécurité des voies aériennes en urgences.* » (Direction de HNe).

Cette même Direction met en avant le fait que « la sécurité sanitaire est assurée dans les montagnes neuchâteloises, aujourd'hui comme demain, de jour comme de nuit. HNe dispose de trois disciplines médicales à même de gérer les situations de détresse respiratoire : les urgentistes, les anesthésistes et les intensivistes. Pour la sécurité des voies aériennes en urgence, ces spécialistes ont à disposition sur le site de La Chaux-de-Fonds une infirmière anesthésiste 24 heures sur 24 pour les assister.

Pour maintenir leur compétence, les médecins des urgences et des soins intensifs ont accès au bloc opératoire pour pratiquer des gestes sur des voies aériennes sous supervision des médecins anesthésistes. »

De tels propos impliquent le rappel de certaines règles de *bonne conduite*, qui sont pratiquées dans les hôpitaux suisses.

Un infirmier anesthésiste a acquis le titre d'expert en soins d'anesthésie diplômée EPD ES. Il en découle des normes rendues applicables à travers la formation des infirmiers anesthésistes, approuvée par le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI), ex OFFT, qui coïncident matériellement avec les recommandations de la Société suisse d'anesthésie et de réanimation (SSAR) :

- L'infirmier anesthésiste travaille en délégation ou en collaboration avec un médecin anesthésiste.
- L'infirmier anesthésiste travaille sous les ordres du médecin anesthésiste.

- Les tâches de l'infirmier anesthésiste comprennent l'exécution de prescriptions médicales et des tâches bien définies, qui peuvent lui être déléguées dans le cadre de ses compétences.
- Sur délégation d'un médecin anesthésiste ou en collaboration avec lui, l'infirmier anesthésiste agit sous sa propre responsabilité et de manière autonome.
- Face à la complexité des situations rencontrées, en particulier face à des patients/patientes inconnues ou requérants des interventions d'urgence, l'infirmier anesthésiste doit avoir la capacité d'agir de façon rapide, souple et anticipatrice dans le cadre des compétences qui lui sont déléguées.

Ainsi l'infirmier anesthésiste travaille sous la responsabilité et sur délégation du médecin anesthésiste et ne peut être mis à disposition pour assister un médecin non anesthésiste, comme le préconise HNe. Les conséquences qui découlent d'une telle organisation peuvent être dramatiques pour le patient, le personnel, et entrave le cadre d'une profession bien définie.

Notons également la redéfinition des missions des professionnels et de la terminologie médicale utilisées par HNe. En effet, la Direction est convaincue que, nous citons : « *Les missions de l'infirmier anesthésiste en l'absence du médecin anesthésiste en urgence se limitent à participer à la libération des voies aériennes et en aucun cas à la pratique d'anesthésie étant précisé, à toutes fins utiles et pour éviter toute confusion, que l'injection de drogue pour une intubation ne constitue pas une anesthésie générale, mais un acte de réanimation* ».

Les sociétés scientifiques et les dirigeants de HNe ont des définitions bien divergentes sur le sujet.

Le Plan d'études cadre pour les experts en soins anesthésie (c'est-à-dire les infirmiers anesthésistes) définit l'anesthésie générale comme telle :

« L'anesthésie réalisée au moyen de produits anesthésiants volatils ou intraveineux ainsi que de relaxants musculaires plaçant le patient / la patiente dans un état de profonde inconscience ou il / elle nécessite le plus souvent une assistance respiratoire mécanique ou manuelle. »¹

¹ OdAsanté. Plan d'études cadre pour les études postdiplômes des écoles supérieures. "soins d'anesthésies". Chapitre 8 pages 37.

Autres définitions :

« L'intubation endotrachéale reste la méthode de premier choix pour assurer la ventilation et la protection des voies aériennes supérieures. Ce geste fait partie intégrante au savoir-faire des équipes d'anesthésiologie, dans un contexte de chirurgie électorale, de réanimation ou de soins intensifs. En générale, l'intubation s'avère rapide, sûre et efficace. Un apprentissage et une pratique régulière sont néanmoins nécessaires pour acquérir et maintenir les habilités requises pour gérer les situations d'urgence et pour minimiser le risque de complications, notamment iatrogènes ».²

« Ce savoir-faire des équipes d'anesthésie, dans un contexte de réanimation ou de soins intensifs » est un élément essentiel pour assurer la sécurité sanitaire, sur un site où un service d'urgence est maintenu.

La mise-en place d'un binôme virtuel est à risque. En effet, le médecin anesthésiste est uniquement joignable par téléphone. En cas de difficulté, il ne pourra pas intervenir.

Pour illustrer cette aberration : pourrait-on imaginer une hôtesse de l'air piloter un avion, dans une organisation qui placerait le pilote dans l'aéroport le plus proche, et qui serait uniquement joignable par radio ?

Lors de la séance du mercredi 23 mars 2016, en présence des représentants des partis politiques du Conseil général de la Ville de La Chaux-de-Fonds, du Conseil communal de la Ville de La Chaux-de-Fonds, Monsieur Théo Huguenin-Elie, des deux Conseillères communales Mesdames Sylvia Morel et Nathalie Schallenberger ainsi que des hauts cadres médicaux de HNe, le Professeur Bernard Vermeulen, Directeur médical de HNe, dit clairement que, en cas d'extrême difficulté, l'infirmier anesthésiste essaie de recourir à un hypothétique médecin anesthésiste, résidant à La Chaux-de-Fonds pendant ses jours de congés.

Nous insistons sur le respect de ce binôme (infirmier anesthésistes – médecin anesthésiste) en raison du risque d'intubation difficile qui, en situation d'urgence, est une réalité.

Une intubation difficile est gérée par la présence et l'intervention de personne expérimentée.

² Intubation difficile, Université de Lausanne, Faculté biologie et de médecine, CHUV 2010

Pour illustrer :

- « *l'intubation trachéale en réanimation est fréquemment réalisée chez un patient instable et est associée à un risque élevé de complications (20 à 50 pour cent) menaçant le pronostic vital. Dans cette revue nous proposons une procédure de sécurisation de l'intubation en situation d'urgence... une induction anesthésique en séquence rapide utilisant des produits hemodynamiquement bien tolérés (étomidate, curare d'action rapide) ».*³

*« l'intubation trachéale en réanimation est fréquemment réalisée chez un patient instable et est associée à un risque élevée de complications (20 à 50 pour cent) pouvant menacer le pronostic vital (intubation œsophagienne, régurgitation...) ».*⁴

- « *l'évolution de la sécurité de l'anesthésie avec un risque de mortalité liée à l'anesthésie chez les patients ASA 1 et 2, équivalent à celui des procédures industrielles de haute sécurité, incite à ne pas modifier les pratiques actuelles de l'anesthésie reposant sur le binôme médecin anesthésiste-infirmière anesthésiste, au risque de remettre en cause ce niveau de sécurité ».*⁵

(asa = physical status classification system).

Des professionnels en anesthésie se sont penchés sur la conduite à tenir lors d'une intubation difficile. En situation d'urgence, toute intubation et maîtrise des voies aériennes peut s'avérer difficile, il existe un algorithme qui implique comme toute première mesure en cas d'échec après une laryngoscopie, d'appeler un anesthésiste expérimenté !

³ Les modalités de l'intubation en urgences et complications, Référencé art. réanimation, décembre 2088

⁴ Gestion et risque de l'intubation en réanimation, 51^{ème} congrès d'anesthésie et réanimation, SFAR 2009

⁵ Revue anesthésie et réanimation, SFAR janvier 2016

Pour assurer la plus grande sécurité à la population, la Direction de HNe a mis en place un système de piquet de voies aériennes, en dehors des heures d'ouverture du bloc opératoire de La Chaux-de-Fonds, soit en l'absence du piquet du médecin anesthésiste.

Ce piquet est composé d'un chef de clinique en anesthésie, ou d'un médecin du département de médecine ou du département des urgences.

Malheureusement, « Le département d'anesthésie assurera ces piquets 16 jours pendant les 6 premiers mois de l'année (vendredi, samedi, dimanche et les jours fériés). Le reste du temps des intensivistes ou urgentiste assureront le piquet. » Le plus extraordinaire est le délai d'intervention de ces médecins. Il est fixé à 45 minutes, et ce en accord avec la Direction médicale. Un tel délai, pour des situations d'urgence, laisse songeur !

Il serait illusoire de considérer la présence immédiate du piquet en vigueur.

Le cadre urgentiste peut se trouver en mission, à distance du site de La Chaux-de-Fonds. Le "ça n'arrive jamais" est une utopie.

Un autre point défailant dans cette organisation est le manque d'expérience et de compétence dans la gestion des voies aériennes de certains médecins qui composent ce piquet.

Pour pallier ce problème, la Direction propose la solution suivante : « Pour maintenir leur compétence, les médecins des urgences et des soins intensifs ont accès au bloc opératoire pour pratiquer des gestes sur des voies aériennes sous supervision des médecins anesthésistes ».

Dans un premier temps, nous nous permettons de remplacer le verbe maintenir par apprendre, pour la plupart d'entre eux.

Dans un deuxième temps, cette mesure qui vise à former des urgentistes ne permettra jamais d'acquérir la dextérité d'un médecin anesthésiste. Le management des voies aériennes émane de longues années d'expérience dans ce domaine.

A noter, qu'au bloc opératoire, les conditions d'installation, les situations programmées, permettent d'optimiser la réussite du geste.

En urgence, la situation est bien différente.

Etre supervisé par un médecin anesthésiste, démontre une fois de plus que les compétences dans la gestion des voies aériennes reviennent au médecin anesthésiste.

Dès lors, la notion de masse critique est importante à respecter pour acquérir une certaine dextérité.

Combien d'intubations sont réalisées, par jour/semaine/mois pour chacun d'entre eux ? Ces solutions n'ont pas été retenues dans d'autres établissements hospitaliers en Suisse romande. Elles conduisent à prendre des risques inconsidérés pour les patients et met les professionnels de santé en grande difficulté. Des problèmes éthiques et déontologiques se posent aussi. Peut-on demander à un médecin d'effectuer ou de déléguer un acte que lui-même ne maîtrise pas ?

La différence organisationnelle entre les deux sites, ne permet pas de dire qu'il existe une équité des soins en urgence. En effet, un médecin anesthésiste est de garde sur le site de Pourtalès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 contrairement au site de La Chaux-de-Fonds, où les week-ends et jours fériés, le piquet du médecin anesthésiste est remplacé par un piquet de gestion des voies aériennes - constitué par des médecins urgentistes ou intensivistes non anesthésistes la majeure partie du temps - avec un délai d'intervention fixé à 45 minutes.

Avec un peu de chance, le patient pourra bénéficier de l'intervention du chef de clinique en anesthésie, 16 jours pour les 6 premiers mois, en faisant preuve d'un maximum de patience en raison du délai d'intervention !

La Direction de HNe se gargarise que « la sécurité est assurée pour les habitants des Montagnes, aujourd'hui, de jour, comme de nuit », contrairement à ce qu'elle fut autrefois car, nous citons : « *dans la réalité, il n'y a plus d'anesthésiste sur le site de La Chaux-de-Fonds, la nuit depuis plus de quinze ans, mais un piquet qui assure une présence à 30 minutes.* »

Pour rappel : les infirmiers anesthésistes étaient présents dans l'enceinte de l'hôpital 24 heures sur 24. Il n'y a jamais eu de présence 24 heures sur 24 intramuros de médecin-anesthésiste sur le site de La Chaux-de-Fonds. En revanche, ils ont toujours été disponibles 24 heures sur 24 pour répondre au plus vite à toute demande de prise en charge anesthésique vitale, urgente dans cet établissement.

Cette organisation pragmatique a été mise en place et a perduré :

- Depuis plus de 15 ans, les médecins anesthésistes du site de La Chaux-de-Fonds ont leur domicile au sein de la cité horlogère.
- Ceux-ci ne se sont jamais autorisés, lors des astreintes de piquet, à un éloignement dans un périmètre géographique réel de 30 minutes.
- Des domiciles respectifs à l'hôpital, le délai réel était plutôt de l'ordre de 5 à 10 minutes.
- Parfois, les conditions hivernales ont fait que les médecins anesthésistes passaient la nuit dans l'hôpital afin d'assurer la sécurité des patients.

Cette organisation d'astreintes a permis aux anesthésistes de respecter les recommandations émises par la SSAR concernant la durée du travail autorisée, tout en assurant les week-ends entiers également. Ce système a donné entière satisfaction à chacun et démontré sa sécurité pendant des décennies. Cette disponibilité 24 heures sur 24, sans avoir à engager d'autres médecins, a donc permis de limiter les coûts sans pour autant limiter les prestations offertes aux patients, ce qui n'est plus clairement le cas.

Un autre point fort regrettable que nous souhaiterions mentionner :

Considérer que l'anesthésie se cantonne à passer un tube entre les cordes vocales est fort regrettable. L'anesthésiste tient une place importante de par ses compétences dans la gestion des urgences et dans la complémentarité des autres spécialités médicales.

En effet, l'anesthésiste, faisant partie à part entière d'un service d'anesthésiologie, il est habilité à étendre son champ d'action.

Petit rappel qui nous semble indispensable sur la définition des termes anesthésie et anesthésiologie :

L'anesthésie est le domaine central de l'anesthésiologie. Elle comprend l'évaluation et la préparation du patient, le déroulement d'une anesthésie générale et régionale, la prise en charge surveillée par l'anesthésiste (MAC), ainsi que la surveillance après des interventions diagnostiques et thérapeutiques. Le but principal dans un contexte interdisciplinaire est d'assurer une prise en charge peropératoire sûre et efficace du patient.

L'anesthésiologie : il s'agit d'une discipline médicale subordonnée qui s'occupe, en plus de son domaine central (l'anesthésie), d'un large spectre clinique et de recherche en médecine intensive, médecine d'urgence et antalgie.

Elle met à disposition de façon transversale ses connaissances et ses prestations de spécialiste et assure la médecine opératoire, traumatologique et aiguë. L'antalgie notamment s'occupe des douleurs aiguës, chroniques et de médecine palliative.⁶

En accord avec cette définition, il faut comprendre qu'il n'est pas question ici uniquement de sécurité, mais aussi de qualité des soins (possibilité de bénéficier de techniques d'antalgies invasive : blocs nerveux, péridurale antalgique, aide aux services partenaires pour des gestes techniques parfois difficiles tels que les ponctions lombaires, voies veineuses centrales...) mais aussi d'éthique avec une équité de prise en charge des patients.

Nous relevons également ce point pour souligner la perte potentielle de ces prestations sur le site de La Chaux-de-Fonds. C'est également cette indisponibilité de fait d'avoir accès à des prestations d'anesthésiologies dans un hôpital, qui est dénoncée aujourd'hui.

En effet, pour avoir accès à des prestations anesthésiques de quelque nature qu'elles soient, ce sera le patient qui devra être déplacé ou il devra prendre son mal en patience jusqu'au lendemain (dans le meilleur des cas), et / ou certaines techniques ne lui seront tout simplement plus proposées faute de pouvoir les organiser simplement.

Nous pouvons faire le constat que l'adaptation des règles aux nécessités définies par la Direction de HNe prend le dessus sur les règles de bonne pratique, par la diminution notamment des moyens en compétence. Ceci remet en cause la sécurité sur le site de La Chaux-de-Fonds.

Au vu de ce qui précède, nous avons demandé un avis éclairé auprès du SSAR. Le Conseil communal vous tiendra informé de la teneur de la réponse.

⁶ Standards et recommandations pour l'anesthésie, version 2012, paragraphe 2, terminologie et définition

B. Aspects juridiques

1. Extraits Vot'info du 24 novembre 2013

Précisions pour les citoyens-ennes

"Rappelons que les options stratégiques du Conseil d'Etat dont il est question dans ce décret, et qui ont été adoptées par la majorité du Grand Conseil, sont celles figurant ci-dessous. Les options stratégiques dites «complémentaires» dans le décret soumis au vote sont les options nos 9, 12 et 13, qui ont été confirmées après une analyse complémentaire. Votre vote ne porte que sur ces trois options.

1. Des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de La Chaux-de-Fonds (CDF) et Pourtalès (PRT).

2. Des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT.

3. Des Centres de diagnostic et de traitement (CDT) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et du Val-de-Travers (VDT).

4. Des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT.

5. Une plateforme régionale de santé est développée sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche.

6. Un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) est localisé sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche.

7. Des prestations de médecine physique et de réadaptation (MPR) sont proposées sur le site du Val-de-Ruz.

8. Le Centre femme-mère-enfant est définitivement localisé à PRT.

9. Un Centre de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis.

10. 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.

11. *Un Centre d'oncologie est localisé sur le site de CDF et intègre un Centre de sénologie reconnu au niveau national.*

12. Un Centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé sur le site de CDF.

13. Un Centre de chirurgie ambulatoire est créé sur le site de PRT.

14. *Un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) gériatrique est localisé sur le site de VDT.*

15. *Un Centre de diagnostic et de traitement (CDT) est développé sur le site de VDT.*

16. *Une étude est menée visant à déterminer l'opportunité de créer un site unique de soins aigus et sa localisation.*

17. *Conjointement à la création d'un site unique de soins aigus, la question du regroupement des CTR sur un seul site est posée."*

Conclusion intermédiaire:

Les options stratégiques n° 2 (soins intensifs), n° 10 (investissements immobiliers sur le site de CDF) et n° 12 (centre de chirurgie stationnaire créé sur le site de CDF) sont acceptées par le peuple neuchâtelois le 24 novembre 2013. A ce moment, les 17 options stratégiques initiales sont en force.

2. Extraits de l'Impartial/Express du 30.01.2014

"La direction de l'HNE a annoncé hier en fin d'après-midi avoir fait deux "demandes urgentes" au Conseil d'Etat. Elle entend, premièrement, anticiper au 1er mars prochain la concentration des urgences opératoires sur le site de Neuchâtel. Ce qui induit la fermeture du bloc opératoire de La Chaux-de-Fonds les week-ends et jours fériés.[...] Deuxièmement elle demande au Conseil d'Etat de lui permettre de centraliser dès l'automne prochain la prise en charge des patients de soins intensifs sur le site de Neuchâtel et de transformer l'unité de La Chaux-de-Fonds en unité de soins continus.[...] Une demi-heure après, le Conseil d'Etat communiquait avoir "pris acte" des deux demandes sur lesquelles "il prendra une décision dans les meilleurs délais".[...]

Le conseil d'administration et la direction générale disent ne pas pouvoir admettre une couverture chirurgicale "potentiellement non sécuritaire", ni envisager, vu le contexte financier, de recruter des effectifs supplémentaires de médecins cadres, "des chirurgiens et des anesthésistes qu'il s'agirait encore de trouver dans un marché asséché". La concentration des urgences opératoires, qui déboucherait sur la fermeture du bloc opératoire de La Chaux-de-Fonds les week-ends et jours fériés, serait donc "la seule voie à suivre". [...] L'unité de La Chaux-de-Fonds serait dès lors transformée en unité de soins continus, ce qui nécessiterait une dotation médico-soignante spécialisée moins importante. Selon l'HNE, "la prise en charge et la sécurité des patients en sera renforcée, et l'attractivité des deux unités pour la formation et le recrutement améliorée".

[...]

3. Modifications des options stratégiques

Dans un rapport du 1er juillet 2015, le Conseil d'Etat a relayé au Grand Conseil les nouvelles propositions de HNe, qui se trouve confronté "à de sérieuses difficultés de mise en œuvre de certaines options stratégiques votées par le Grand Conseil" que ce soit pour des raisons financières (modification de la LaMal), ou de ressources humaines (pénurie de personnel qualifié, application de la LTr) qui touchent tous les acteurs du secteur hospitalier suisse.⁷ Le décret soumis au vote du Grand Conseil prévoit la suppression des options stratégiques n° 6 (centres de traitement et de réadaptation localisés au Locle, Val-de-Ruz [VDR], Val-de-Travers [VDT] et la Béroche), n° 7 (prestations de médecine physique et de réadaptation au VDR) et n° 14 (centre de traitement et de réadaptation au VDT). Les options stratégiques n° 2 (soins intensifs à CDF et PRT) et n° 10 (investissements immobiliers à CDF) sont, quant à elles, suspendues.

⁷ Rapport du Conseil d'Etat au grand Conseil à l'appui de la modification des options stratégiques pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017 et d'un projet de loi modifiant la loi sur l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (LEHM), du 30 novembre 2004, RSN 802.4 (Rapport 15.023 du 1^{er} juillet 2015)

(http://www.ne.ch/autorites/GC/objets/Documents/Rapports/2015/15023_CE.pdf)

Dans le même rapport, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil l'abrogation des chiffres 3 à 7 de l'alinéa 2 de l'article 2 LEHM. Le Grand Conseil débat de ce rapport lors de sa session du 3 novembre 2015⁸. Le décret est adopté. La proposition de modification de la LEHM est de son côté amendée: le ch. 7 Hôpital de la Chrysalide est maintenu (art. 2, al. 2 LEHM)⁹. Le décret est promulgué le 18 novembre 2015. Le référendum facultatif n'est pas demandé; le décret entre en vigueur le 1er janvier 2016. Le délai d'annonce préalable de référendum portant sur la modification de la LEHM échoit le 10 décembre 2015 et le délai de dépôt des signatures le 18 février 2016. Aucune demande de référendum n'est déposée. La modification de la LEHM entre en vigueur le 1er janvier 2016 également.

Conclusion intermédiaire:

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les options stratégiques n° 6, 7 et 14 sont annulées, et les options stratégiques n° 2 et 10 suspendues. L'article 2 al. 2 LEHM est amputé de ses ch. 3 à 6. Les options stratégiques qui devraient être mises en œuvre dès 2017 si on s'en tient aux choix actuellement en vigueur du Grand Conseil et du peuple se présentent comme suit au 1^{er} janvier 2016 (en gras = suspendues ou abrogées)¹⁰:

1. Des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de La Chaux-de-Fonds (CDF) et Pourtalès (PRT).

2. Des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT.

3. Des Centres de diagnostic et de traitement (CDT) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et du Val-de-Travers (VDT).

⁸ PV de la 25^{ème} session de la 49^{ème} session du Grand Conseil pages, 47 à 71 (http://www.ne.ch/autorites/GC/sessions/PV_Bulletins/PV/PV_151103.pdf)

⁹ A noter que le site internet rsn.ne.ch semble contenir une erreur: la mention Hôpital de la Béroche, à Saint-Aubin-Sauges, qui occupait l'art. 2, al. 2, ch. 6 LEHM), aurait dû disparaître

¹⁰ Pour un historique des modifications des options stratégiques, voir également [l'avant-projet de rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la réorganisation spatiale de l'Hôpital neuchâtelois](#), non daté, n° 16.XXX, p, 7

4. Des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT.

5. Une plateforme régionale de santé est développée sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche.

6. Un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) est localisé sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche.

7. Des prestations de médecine physique et de réadaptation (MPR) sont proposées sur le site du Val-de-Ruz.

8. Le Centre femme-mère-enfant est définitivement localisé à PRT.

9. Un Centre de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis.

10. 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.

11. Un Centre d'oncologie est localisé sur le site de CDF et intègre un Centre de sénologie reconnu au niveau national.

12. Un Centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé sur le site de CDF.

13. Un Centre de chirurgie ambulatoire est créé sur le site de PRT.

14. Un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) gériatrique est localisé sur le site de VDT.

15. Un Centre de diagnostic et de traitement (CDT) est développé sur le site de VDT.

16. Une étude est menée visant à déterminer l'opportunité de créer un site unique de soins aigus et sa localisation.

17. Conjointement à la création d'un site unique de soins aigus, la question du regroupement des CTR sur un seul site est posée.

L'option stratégique n° 12 a été maintenue.

La règle de l'équilibre des sites demeure inscrite dans la loi (art. 2 al. 3 LEHM, voir ci-dessous).

4. Analyse

Bases légales principales

- La loi de santé (LS), du 6 février 1995, a notamment pour objet d'organiser les autorités de santé du canton et de fixer leurs compétences (art. 4 let. a), et d'assurer l'équipement du canton en établissements et institutions adéquats, complémentaires et adaptés aux besoins de la population (art. 4 let. h).
- La LEHM dispose que l'Etablissement hospitalier multisite (EHM) garantit l'équilibre entre les sites de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès, en termes de nombre de lits de soins aigus, de patients, de postes de travail et de places de formation¹¹.
- Sous réserve des compétences du Grand Conseil, le Conseil d'Etat définit la politique cantonale en matière de santé publique et en exerce la haute surveillance (art. 7 al. 1 LS). Le département désigné par le Conseil d'Etat (ci-après: le département¹²) planifie, coordonne et met en œuvre la politique sanitaire du canton (art. 8 al. 1 LS); il assure l'exécution des lois, ordonnances, arrêtés et règlements fédéraux et cantonaux, ainsi que des conventions et des concordats (al. 2); pour l'accomplissement de ses tâches, le département dispose notamment du service de la santé publique. Il collabore avec les autres services agissant dans le domaine de la santé et consulte au besoin les autorités communales, les institutions d'utilité publique et les organisations professionnelles concernées (al. 3).

¹¹ Art. 2 al. 3 LEHM

¹² Conformément à l'art. 1 al. 1 du Règlement provisoire d'exécution de la loi de santé du 31 janvier 1996, il s'agit du Département des finances et de la santé.

- Le service de la santé publique (ci-après: le service) est l'organe d'exécution du département (art. 9 al. 1 LS). Il veille au maintien de la santé et de l'hygiène publiques ainsi qu'à un accès équitable aux soins (al. 2).
- Le médecin cantonal est chargé de toutes les questions médicales concernant la santé publique (art. 10 al. 1 LS). Il est chargé entre autres de la surveillance de l'état sanitaire des institutions de santé de même que des établissements de détention (al. 2 let. e).
- Le Conseil de santé est composé de membres représentant les régions et les forces politiques du canton, les communes, les milieux professionnels de la santé, les institutions de soins, les caisses-maladie et les bénéficiaires (art. 14 LS). Il est consultatif (art. 15 LS).
- Les communes remplissent les tâches qui leur sont confiées par la loi de santé ou par d'autres lois (art. 18 LS).
- Le Grand Conseil approuve les options stratégiques s'inscrivant dans le cadre de la planification sanitaire prises par l'EHM. Il est informé de la réalisation des objectifs de l'EHM par un rapport quadriennal établi par le Conseil d'Etat, conformément à l'article 83, alinéa 3, LS¹³.

Conclusions intermédiaires:

- Si l'équilibre entre les sites de de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès, en termes de nombre de lits de soins aigus, de patients, de postes de travail et de places de formation, n'est pas respecté, l'art 2. al. 3 LEHM actuellement en vigueur, ne l'est pas non plus.

- Le postulat "*Nos conseils communaux sont garants de la sécurité des habitants de leurs villes*" doit être nuancé. C'est au Grand Conseil, au Conseil d'Etat, au département des finances et de la santé, au service de la santé publique et au médecin cantonal que la législation et la réglementation applicables confient la quasi-totalité des responsabilités de planification, coordination, mise en œuvre et surveillance en matière de santé dans le canton. C'est avant tout l'Etat qui est garant de la sécurité sanitaire des habitants de tout le canton, villes comprises.

¹³ Art. 12 al. 2 LEHM

5. Non-respect des options stratégiques ?

L'option stratégique n° 12 n'a été ni supprimée, ni suspendue. Elle est toujours valable (voir plus haut). Elle dispose qu'un centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé sur le site de CDF.

Dans un courrier du 30 juillet 2014, le conseiller d'État en charge de la santé a transmis aux communes plusieurs rapports relatifs à la mise en œuvre des options stratégiques. Le 27 août 2014, le Conseil communal de la Ville de La Chaux-de-Fonds s'est étonné qu'une partie de la chirurgie viscérale continuerait d'être pratiquée à Pourtalès et du fait qu'il n'était pas prévu de disposer pour la nuit et le week-end d'un bloc opératoire avec une équipe d'anesthésie dédiée sur le site de La Chaux-de-Fonds¹⁴. Le 22 septembre 2014, le groupe de travail interpartis issu des états généraux de la santé (GTIH) a également interpellé le chef du département des finances et de la santé: "la création d'un pôle chirurgical stationnaire digne de ce nom ne peut se concevoir sans blocs opératoires ouverts 24 heures sur 24. Sans ces derniers, l'attractivité du service de chirurgie stationnaire d'HNe dans son ensemble sera sérieusement remise en cause [...] La création d'un véritable pôle chirurgical sur le site qui n'est pas le siège du centre femmes - mère - enfant a pour but d'équilibrer l'activité, notamment l'activité d'urgence des deux pôles principaux. Cela ne peut se concevoir si une activité d'urgence essentielle au fonctionnement normal d'un centre chirurgical n'est pas effective en permanence"¹⁵.

Selon le GTIH, l'option stratégique n° 12 n'est pas respectée. Le Conseil d'Etat estime quant à lui qu'au vu des propositions d'HNe (plus de 90 % de la chirurgie stationnaire regroupée sur le site de La Chaux-de-Fonds et plus de 98 % de la chirurgie ambulatoire sur le site de PRT) les décisions prises (politiques et populaires) en matière de chirurgie sont respectées (le calendrier de mise en œuvre proposé par HNe s'étend entre 2014 et,

¹⁴ Courrier du Conseil communal à M. Laurent Kurth du 27 août 2014

¹⁵ Courrier du GTIH à M. Laurent Kurth du 22 septembre 2014

2017)¹⁶. Le Conseil communal n'est pas qualifié pour dire si c'est le cas ou non. Seule une expertise pourrait l'établir ou l'infirmer¹⁷.

Pour les besoins de la réponse à la motion, la suite du rapport partira du principe que la position du GTIH est correcte et que le site de La Chaux-de-Fonds ne dispose pas actuellement d'un centre de chirurgie stationnaire, que l'option stratégique n° 12 n'est pas respectée, et que le Conseil d'Etat et l'EHM refusent de mettre en œuvre une décision du peuple.

6. Séparation des pouvoirs

La Constitution de la République et Canton de Neuchâtel (Cst. NE), du 24 septembre 2000, dispose que le pouvoir appartient au peuple. Il est exercé par le corps électoral et les autorités dans les formes prévues par elle-même¹⁸. Le Conseil d'Etat conduit la politique du canton, sous la réserve des compétences du Grand Conseil et du peuple¹⁹. En d'autres termes, le Conseil d'Etat doit mettre en œuvre ce que le Grand Conseil ou le peuple ont voté dans le cadre de leurs attributions. On trouve des traces de ce principe disséminées dans la législation cantonale. L'article 11 de la Loi sur l'organisation du Conseil d'Etat et de l'administration cantonale (LCE), du 22 mars 1983, dispose par exemple que le Conseil d'Etat veille à la bonne application du droit cantonal, ainsi qu'à celle du droit fédéral, dans la mesure où elle incombe au canton. C'est dans la nature des choses, à défaut de quoi les rôles du législatif et du peuple seraient purement consultatifs.

¹⁶ Rapport du Conseil d'Etat au grand Conseil à l'appui de la modification des options stratégiques pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017 et d'un projet de loi modifiant la LEHM du 30 novembre 2004 (Rapport 15.023 du 1^{er} juillet 2015)

(http://www.ne.ch/autorites/GC/objets/Documents/Rapports/2015/15023_CE.pdf)

¹⁷ Voir lettre A in fine : "*Nous proposons donc de demander un avis auprès de la SSAR ou une expertise neutre par des professionnels du système hospitalier en général*".

¹⁸ art. premier alinéa 2 Cst. NE

¹⁹ art. 68 Cst. NE

La séparation des pouvoirs est d'ailleurs un droit, constitutionnel par nature, justiciable des tribunaux²⁰. Si le Conseil d'Etat pouvait décider de ne pas appliquer, partiellement ou complètement, une décision du Grand Conseil ou du peuple sans repasser devant le premier, il exercerait à la fois le rôle de législatif et d'exécutif. C'est contraire au principe de séparation des pouvoirs, de même qu'à celui du parallélisme des formes²¹. Ce dernier principe signifie qu'une autorité ne peut réviser ses actes que selon la procédure et la forme dans lesquelles ils ont été adoptés. Etienne Grisel indique que le référendum populaire conduit en principe à l'organisation d'un vote, par lequel l'organe de suffrage prend une décision contraignante²². Au niveau fédéral, la portée du scrutin est toujours contraignante. Les révisions constitutionnelles entrent en vigueur le jour même du scrutin, à moins qu'une clause expresse n'en dispose autrement. Quant aux lois, la date est parfois précisée dans le texte lui-même, sinon le Conseil fédéral décide²³. "Au niveau cantonal, la portée est en principe contraignante²⁴. Lorsque la majorité approuve le projet, celui-ci doit être mis en vigueur [...] Le constituant peut-il obliger le Parlement à légiférer ? Le Tribunal fédéral (TF) a laissé la question indécise. Sans aucun doute, il faut y répondre par l'affirmative, puisque le vote populaire a, par définition, une valeur obligatoire; quant aux pouvoirs du juge à cet égard, leur exercice ne rencontre aucune difficulté insurmontable [...]"²⁵.

Conclusion intermédiaire:

Le Conseil d'Etat ne peut pas *délier* HNe du respect des options votées par le Grand Conseil et pour certaines par le peuple sans enfreindre le principe de la séparation des pouvoirs.

²⁰ Andreas Auer, Giorgio Malinverni, Michel Hottelier, Droit constitutionnel suisse, vol. I, 2000, ch. 1650 ss.

²¹ RJN 94 I 29

²² Etienne Grisel, Initiative et référendum populaire, 2004, p. 297

²³ Grisel, op cit. p. 392

²⁴ Grisel, op. cit p. 397 N° 1065

²⁵ Grisel, op. cit. p. 397 N° 1066

7. Principe de la légalité

La Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst. féd.), du 18 avril 1999, dispose que le «droit est la base et la limite de l'activité de l'Etat»²⁶. Le principe de la suprématie – ou de la primauté – de la loi postule que la loi et, plus généralement, l'ensemble des normes juridiques régulièrement adoptées doivent être observées non seulement par les particuliers, mais également par tous les organes de l'Etat, y compris leur auteur. Ce principe a pour corollaires celui de la hiérarchie des normes, qui veut qu'un acte de rang inférieur respecte (formellement et matériellement) les actes de rang supérieur, et celui du parallélisme des formes²⁷.

Schématiquement, pour modifier un décret du Grand Conseil, il faut un autre décret du Grand Conseil ou une loi. Pour s'affranchir d'un acte confirmé par une votation populaire, il faut un autre acte susceptible d'être soumis à la votation populaire.

8. Non-exécutabilité

Il ne suffit pas qu'une initiative soit déraisonnable ou inopportune pour que l'autorité puisse la considérer comme invalide et refuser de l'exécuter. Il faut que l'inexécutabilité s'avère matérielle et manifeste²⁸. Des motifs financiers, d'organisation ou de planification ne permettent pas de conclure a priori qu'une décision du législatif ou du peuple est inexécutable.

²⁶ art. 5 al. 1 Cst. féd.

²⁷ Jean-François Aubert, Pascal Mahon, Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, 2003, p. 43 ss.

²⁸ Auer, Malinverni, Hottelier, op. cit., ch. 811

Conclusion intermédiaire

La non-application durable de décisions du Grand conseil et/ou du peuple serait contraire à la Constitution tant cantonale que fédérale et à la LEHM. Il faut réserver l'hypothèse du droit supérieur contraire et celle dans laquelle ce qui a été voté est objectivement impossible à mettre en œuvre si ce n'est au prix d'une atteinte plus grave à d'autres intérêts. Il faut aussi réserver le cas où cela aurait des conséquences sanitaires si dramatiques pour la population, que le Conseil d'Etat ne pourrait pas les appliquer sans violer d'autres dispositions de la Constitution ou de la loi, ce qui reviendrait finalement à une violation du droit supérieur.

9. Saisir la justice ?

Auer, Malinverni et Hottelier exposent qu'une violation du principe de séparation des pouvoirs est justiciable des tribunaux²⁹. Les représentants du Conseil d'Etat ont toutefois déclaré qu'une distanciation à long terme des options stratégiques votées ne se ferait pas sans une consultation et une votation populaire: "les options qui devront être défaites que le peuple a faites, c'est le peuple qui les défera"³⁰. Dernièrement, le chef du département des finances et de la santé l'a rappelé au Club 44 de La Chaux-de-Fonds³¹. Tout récemment, dans un projet de rapport mis en consultation et disponible en ligne³², le Conseil d'Etat *considère par ailleurs qu'il convient de donner toutes les cartes à HNe pour lui permettre de consolider sa situation et d'affronter dans de bonnes conditions le contexte hospitalier à la fois concurrentiel et très réactif. Par conséquent, il propose d'adapter la loi sur l'établissement hospitalier multisites (LEHM), révision qui prend la forme d'une nouvelle loi: la loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE)*³³.

Selon la LPJA, ont qualité de parties les personnes dont les droits ou les obligations pourraient être touchés par la décision à prendre, ainsi que les autres personnes, organisations ou autorités, qui disposent d'un moyen de

²⁹ Voir Auer, Malinverni, Hottelier, op. cit., notamment ch. 1670

³⁰ [pv 15.023 de la séance du Grand Conseil du 3 novembre 2015, p. 58 § 5](#);
Arcinfo/ L'Impartial 25.02.2016

³¹ Arcinfo/ L'Impartial 23 mars 2016

³² http://www.ne.ch/medias/Pages/160415_HNE-organisation-spatiale.aspx

³³ [Avant-projet de rapport, p. 2](#)

droit contre cette décision³⁴. A qualité pour recourir contre une décision toute personne, corporation et établissement de droit public ou commune touchés par la décision et ayant un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (a) et toute autre personne, groupement ou autorité qu'une disposition légale autorise à recourir (b).

Les motifs du recours (art. 33 LPJA) sont la violation du droit, y compris l'excès ou l'abus de pouvoir d'appréciation (a); la constatation inexacte ou incomplète de faits pertinents (b); l'inégalité de traitement (c); l'inopportunité si une loi spéciale le prévoit (d); le refus de statuer ou le retard important pris par une autorité (e). Mais les décisions du Conseil d'Etat ne peuvent faire l'objet d'un recours auprès d'une instance cantonale que dans les cas prévus par la loi³⁵.

Ni la LEHM ni la LS ne prévoient expressément que le Conseil d'Etat ou le département, doit rendre des décisions au sens de l'article 3 LPJA ou adopter des arrêtés (autrement dit, des actes potentiellement attaquables), pour mettre en œuvre les options stratégiques votées par le Grand Conseil. Elles n'instituent pas non plus de voie de recours dans ces cas³⁶. L'autorité compétente pour vérifier que les options stratégiques ont été respectées est le Grand Conseil lui-même, lorsqu'il reçoit le rapport quadriennal³⁷. L'article 2 du [décret du Grand Conseil du 26 mars 2013](#) le mentionne expressément.

Le rapport quadriennal visé à l'article 12 LEHM, qui renvoie à l'art. 83 de la Loi de santé (LS) du 6 février 1995, est un rapport d'information. *Une fois par législature, il (le Conseil d'Etat) adresse au Grand Conseil un rapport d'information sur l'état de la planification*³⁸. *Ce rapport doit notamment porter sur les options stratégiques ainsi que sur la réalisation des objectifs confiés à l'EHM, à NOMAD et au CNP*³⁹. En termes de répartition PRT-CDF, si une ou plusieurs options stratégiques ne sont pas respectées, le Conseil d'Etat devra le mentionner dans son rapport.

³⁴ Art. 7 de la Loi sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA), du 27 juin 1979, RSN 152.30

³⁵ Art. 28 (LPJA)

³⁶ Art. 124b LS a contrario

³⁷ Art. 83 al. 2 et 4 LS

³⁸ Art. 83 al. 3 LS

³⁹ Art. 84 al. 4 LS

Conclusion intermédiaire

L'existence d'une voie judiciaire pour contraindre le Conseil d'État à mettre en œuvre les options stratégiques votées par le Grand conseil ne saute pas aux yeux. Mais sur le principe, le respect des décisions du législatif et du peuple doit pouvoir être assuré.

10. Qualité pour agir ou recourir d'une commune

Les collectivités publiques, telles que les communes, ont qualité pour agir devant les tribunaux, au sens de l'article 32 litt. a LPJA lorsqu'elles sont touchées par la décision administrative concernée et qu'elles ont un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. Dans l'hypothèse d'une action ou d'un recours contre l'Etat pour retard dans la mise en œuvre d'une décision du Grand Conseil ou du peuple, ou violation de la séparation des pouvoirs, la question de l'intérêt de la commune se poserait au sens de cette disposition.

a) Pour violation de l'autonomie communale (art. 89 al. 2 let. c LTF).

Une commune est autonome dans un domaine lorsque le droit cantonal ne le réglemente pas exclusivement mais laisse subsister pour celle-ci une compétence partielle ou complète et une liberté relativement grande de choix⁴⁰.

Si l'autonomie communale est violée, la qualité pour agir est donnée: "La recourante (une commune) jouit donc de l'autonomie communale dans le domaine concerné [...] Elle a donc le droit de s'opposer à ce qu'un organe cantonal outre passe les limites de son pouvoir d'examen"⁴¹. Dans notre cas, la planification hospitalière étant une compétence cantonale quasi exclusive (Cf. supra ch. 4, références à la LS et à la LEHM), il y a peu de chances que la commune soit admise à invoquer une violation de son autonomie.

b) Pour atteinte particulière (art. 89 al. 1 let. b LTF).

Le Tribunal fédéral considère que l'art. 89 al. 1 LTF "vise en principe les particuliers; une collectivité publique peut s'en prévaloir lorsque l'acte attaqué l'atteint, comme il atteindrait, de manière identique ou analogue, un particulier, ou lorsque l'acte atteint la collectivité de manière spécifique,

⁴⁰ ATF 122 I 297 c. 8 b

⁴¹ ATF 135 I 302 = JT 2010 I 263 c. 1.2; voir aussi ATF 116 la 52

digne de protection, dans l'accomplissement d'une tâche étatique, en particulier lorsqu'une décision revêt une valeur de précédent relativement à la tâche concernée. L'intérêt général à une application correcte du droit ne confère pas la qualité pour recourir⁴².

En matière de recours constitutionnel subsidiaire (art. 115 LTF), "il faut un intérêt juridique à l'annulation. Il faut être titulaire d'un droit constitutionnel dont on invoque la violation. En principe, seuls les citoyens ont des droits constitutionnels, à l'exclusion des collectivités publiques qui, en tant que détentrices de la puissance publique, n'en sont pas titulaires et ne peuvent donc pas attaquer par la voie du recours constitutionnel subsidiaire une décision qui les traite en tant qu'autorités. Font exception les cas dans lesquels les communes ou autres collectivités publiques agissent sur le plan du droit privé ou sont atteintes dans leur sphère privée de façon identique ou analogue à un particulier, ou alors lorsqu'elles se plaignent d'une violation de leur autonomie, d'une atteinte à leur existence ou à l'intégrité de leur territoire garantie par le droit cantonal"⁴³.

Un moyen qui permettrait peut-être de légitimer la commune à agir serait d'invoquer l'application par analogie de la jurisprudence des autorités administratives de la Confédération relative à l'art. 48 let. a PA⁴⁴. "La collectivité a qualité pour recourir lorsque, dans le cadre de la puissance publique, ses intérêts sont en cause. Ainsi lorsqu'il s'agit de la protection de ses habitants contre le bruit des avions, de la protection des eaux, ou encore de la transformation d'une gare peu fréquentée en station sans personnel"⁴⁵.

Dans l'arrêt sur le bruit des avions, le Conseil fédéral a admis la qualité pour recourir d'une commune alors que ni la loi fédérale sur la navigation aérienne ni son ordonnance ne la prévoient. Il a jugé que "dans la mesure où elles ont le choix, les personnes à la recherche d'un logement renonceront à prendre domicile dans une telle commune. En outre, la défense des intérêts communs de la population est une des tâches des communes"⁴⁶.

⁴² ATF 141 II 161 = JT 2015 I 96

⁴³ ATF 140 I 285

⁴⁴ Loi fédérale sur la procédure administrative (PA) du 20 déc. 1968

⁴⁵ ATF 123 II 371 = JT 1999 IV 11

⁴⁶ JAAC 54/1990 n° 44 et les réf. citées

Dans l'arrêt sur la station ferroviaire privée de personnel, le Conseil fédéral a reconnu la qualité pour recourir à la commune quand "elle se fait le défenseur d'intérêts fondamentaux de la population"⁴⁷.

Conclusion intermédiaire

La Ville pourrait tenter de soutenir qu'en exigeant que les options stratégiques votées soient mises en œuvre, elle défend les intérêts fondamentaux de sa population. Il faut toutefois rester attentif au fait que le Tribunal fédéral n'admet pas la qualité pour agir d'une commune qui se plaindrait de la violation des droits constitutionnels de ses citoyens.

11. Par quelle voie agir ?

L'acte dont on réclame l'exécution est un décret du Grand Conseil. Il faudrait dès lors recourir pour déni de justice ou retard à statuer contre ledit décret. Les voies judiciaires pouvant entrer en considération sont les suivantes:

a) Voie cantonale:

- *Action de droit administratif*: L'article 58 LPJA prévoit que "La cour concernée du Tribunal cantonal connaît en instance unique des actions fondées sur le droit administratif et portant sur:

- Lit. a à f: inapplicables au cas d'espèce.
- Lit. g: des affaires à régler par l'action de droit administratif en vertu d'une autre loi.

Les lois concernées par cette disposition sont la loi sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents (LResp.); la LAVS s'agissant de la responsabilité de l'employeur pour le dommage causé à la caisse de compensation; la LiLAMAL pour l'action au sens de l'article 89 LAMAL (litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations)⁴⁸, qui ne semblent pas trouver application ici. L'action de droit administratif ne paraît donc pas ouverte en l'espèce.

⁴⁷ JAAC 1979 n° 47 p. 223; trad. libre

⁴⁸ Robert Schaer, Juridiction administrative neuchâteloise, 1995, ad art. 58

- *Recours à la Cour de droit public(CDP) du Tribunal cantonal:* la CDP est compétente pour connaître des recours et des contestations fondés sur le droit public et qui ne sont pas attribués à une autre autorité⁴⁹. En l'espèce, la contestation relève bien du droit public.

La CDP s'est déclarée compétente dans le cas d'un recours contre un arrêté du Conseil d'Etat refusant la mise en service d'un CT-Scan et d'une IRM à une clinique du canton, malgré le fait que la LS ne prévoit pas expressément la possibilité de faire recours auprès d'une instance cantonale contre les arrêtés du Conseil d'Etat rendus en application de l'arrêté sur les équipements.⁵⁰

En l'espèce, le type d'acte à attaquer n'est pas le même: le décret du Grand Conseil s'apparente à un acte normatif, c'est-à-dire de portée générale, contrairement à une décision qui s'applique à une personne ou à un groupe restreint et déterminé de personnes. Or la législation neuchâteloise ne prévoit pas de contrôle abstrait des normes cantonales. Le recours devant la CDP ne serait dès lors pas ouvert.

b) Voie fédérale:

- Si on considère que l'acte attaqué fait partie de la planification hospitalière, c'est le recours direct au Tribunal administratif fédéral (TAF) qui est ouvert en vertu des articles 33 let. i LTAF (les décisions d'autorités cantonales sont susceptibles de recours devant le TAF dans la mesure où d'autres lois fédérales le prévoient), 90 al. 2 et 53 al. 1 LAMAL (le TAF connaît des recours contre les décisions des gouvernements cantonaux en matière d'admission des établissements hospitaliers à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, au sens de 39 LAMAL). Les arrêts rendus sur cette question traitent tous de la non admission d'un établissement sur la liste.

⁴⁹ Art. 47 de la loi d'organisation judiciaire neuchâteloise (OJ)

⁵⁰ CDP 2012.219, confirmé par le Tribunal fédéral par l'arrêt 2C_123/2013

En l'espèce, HNe est sur la liste, c'est la répartition des missions hospitalières au sein de HNe qui pose problème⁵¹.

- Le recours en matière de droit public (RDP) au TF est directement recevable contre les actes normatifs cantonaux qui ne peuvent faire l'objet d'un recours cantonal (art. 87 LTF)⁵². Le recours en matière de droit public est possible en cas de retard injustifié, déni de justice (art. 94 LTF).

- Le motif du recours doit être une violation du droit fédéral (art. 95 let. a LTF). Le droit fédéral au sens de cette disposition contient la Constitution fédérale. On pourrait donc invoquer la violation de la séparation des pouvoirs. Il faudrait toutefois encore que le Tribunal fédéral admette la qualité pour agir d'une commune pour un RDP (cela ne semble pas être le cas au vu de la jurisprudence rendue, le TF ne l'a jamais admise, exception faite des cas cités ci-dessus qui ne peuvent pas sans réserve être comparés au cas d'espèce).

12. Synthèse, questions-réponses, conclusion.

En théorie, s'il était absolument clair que le Conseil d'Etat refuse de mettre en œuvre une décision du législatif ou du peuple entrée en force, de manière durable et sans intention de repasser devant ceux-ci pour leur donner l'occasion de se prononcer à nouveau, cela constituerait une violation des principes évoqués en début de rapport, en particulier de celui de la séparation des pouvoirs. Cette enfreinte serait en principe justiciable des tribunaux. Il faut toutefois garder à l'esprit que techniquement, le Conseil d'Etat ne commencerait à violer la volonté du peuple qu'en 2017 voire 2018, date à laquelle les options stratégiques devraient être mises en œuvre si elles n'étaient pas modifiées d'ici-là⁵³.

En pratique toutefois, le Conseil d'Etat ne persévérera pas dans cette voie. Il a annoncé à maintes reprises son intention de proposer au Grand Conseil et au peuple une modification des options stratégiques, et maintenant de la LHEM, avant fin 2016.

⁵¹ Pour un exemple: ATAF C-401/2012 (recours contre la liste hospitalière neuchâteloise). Le recours direct devant le TAF a dès lors peu de chances d'être déclaré recevable.

⁵² Pour un exemple: ATF 135 V 309: recours de droit public contre des arrêtés par le Conseil d'Etat neuchâtelois fixant les taxes journalières pour les homes.

⁵³ Voir supra, note n° 7

Une démarche judiciaire qui viserait à faire respecter la loi actuelle (art. 2 al. 3, LEHM équilibre des sites principaux notamment) et les options stratégiques actuellement en vigueur (on pense en particulier à l'option stratégique n° 12), serait probablement vouée à l'échec même si elle trouvait le chemin des tribunaux. Que le Grand Conseil et le peuple suivent ou non les propositions du Conseil d'Etat à venir, ils voteront à nouveau prochainement sur le sujet. Sauf refus du Grand Conseil d'entrer en matière, une loi et de nouvelles options stratégiques seront soumises au peuple (le Conseil d'Etat s'y est engagé). Il faudrait que le Grand Conseil les rejette en bloc pour que les dispositions actuelles continuent d'exister. Dans le cas contraire, qui est nettement plus probable, les actes nouvellement adoptés abrogeront les anciens. Il n'y aura plus d'intérêt juridique aux recours contre les dispositions actuelles. On ne peut pas exiger devant les tribunaux la mise en œuvre d'une loi ou d'un décret qui n'existent plus ou qui ont été modifiés.

13. Questions-réponses

Question	Eléments de réponse
L'option stratégique n° 12 qui prévoit un centre de chirurgie stationnaire à CDF a-t-elle été supprimée ou suspendue ?	Non
Cette option stratégique est-elle respectée ?	La question est disputée. Seule une expertise permettrait d'apporter des éléments de réponse.

<p>Le décret de novembre 2013 a été soumis au référendum. Pourquoi celui de 2015 qui le défaisait en partie ne l'a-t-il pas été ? Aurait-il pu l'être ?</p>	<p>Les décrets de ce type ne sont habituellement pas soumis au référendum (art. 42 Cst. NE). 35 députés au Grand Conseil ont demandé le référendum contre le décret du 26 mars 2013, raison pour laquelle le peuple a voté.</p> <p>Le décret de novembre 2015 – qui supprime des options originelles et en suspend d'autres - aurait pu être soumis au référendum si 35 membres du Grand Conseil l'avaient décidé (art. 42 al. 3 let. g Cst NE). Tel n'a pas été le cas.</p>
<p>Une démarche judiciaire a-t-elle des chances de succès ?</p>	<p>Le Conseil communal estime que non pour les motifs exposés plus haut.</p>

14. Conclusion

Du point de vue de la sécurité sanitaire, le Conseil communal estime qu'il existe un réel danger sur le site de La Chaux-de-Fonds.

En effet, la redéfinition des missions des professionnels et de la terminologie médicale utilisée par HNe remettent en cause la sécurité sur le site de La Chaux-de-Fonds.

La mise en place d'un binôme virtuel – comme proposé par HNe- est très risquée principalement dans un cas d'intubation difficile.

Au-delà de la sécurité, c'est aussi la qualité des soins, l'éthique et l'équité de prise en charge des patients qui est en jeu.

D'un point de vue légal, le Conseil Communal estime qu'une démarche judiciaire a peu de chance de succès.

En théorie, certes, si le Conseil d'Etat refuse de mettre en œuvre une décision du législatif ou du peuple entrée en force, il agit de manière contraire au droit.

Cependant, le Conseil d'Etat ne commencerait à violer la volonté du peuple qu'en 2017 voire 2018, date à laquelle les options stratégiques devraient être mises en œuvre si elles ne sont pas modifiées d'ici là. Ce ne sera toutefois pas le cas puisque le Conseil d'Etat a annoncé qu'il proposerait au Grand Conseil ainsi qu'à la population une modification des options stratégiques d'ici fin 2016. Une modification de la LHEM sera également proposée.

Aussi, une démarche judiciaire qui viserait à faire respecter la loi actuelle (art. 2 al. 3 LEHM, équilibre des sites principaux) et les options stratégiques actuellement en vigueur, serait vraisemblablement vouée à l'échec.

Au vu de ce qui précède, nous vous remercions, Monsieur le président, Mesdames les conseillères générales, Messieurs les conseillers généraux, de bien vouloir prendre acte de ce rapport.

AU NOM DU CONSEIL COMMUNAL

Le président

Théo Huguenin-Elie

La chancelière

Celia Clerc