

unine

UNIVERSITÉ DE
NEUCHÂTEL

Institut de géographie

Espace Tilo-Frey 1
CH-2000 Neuchâtel

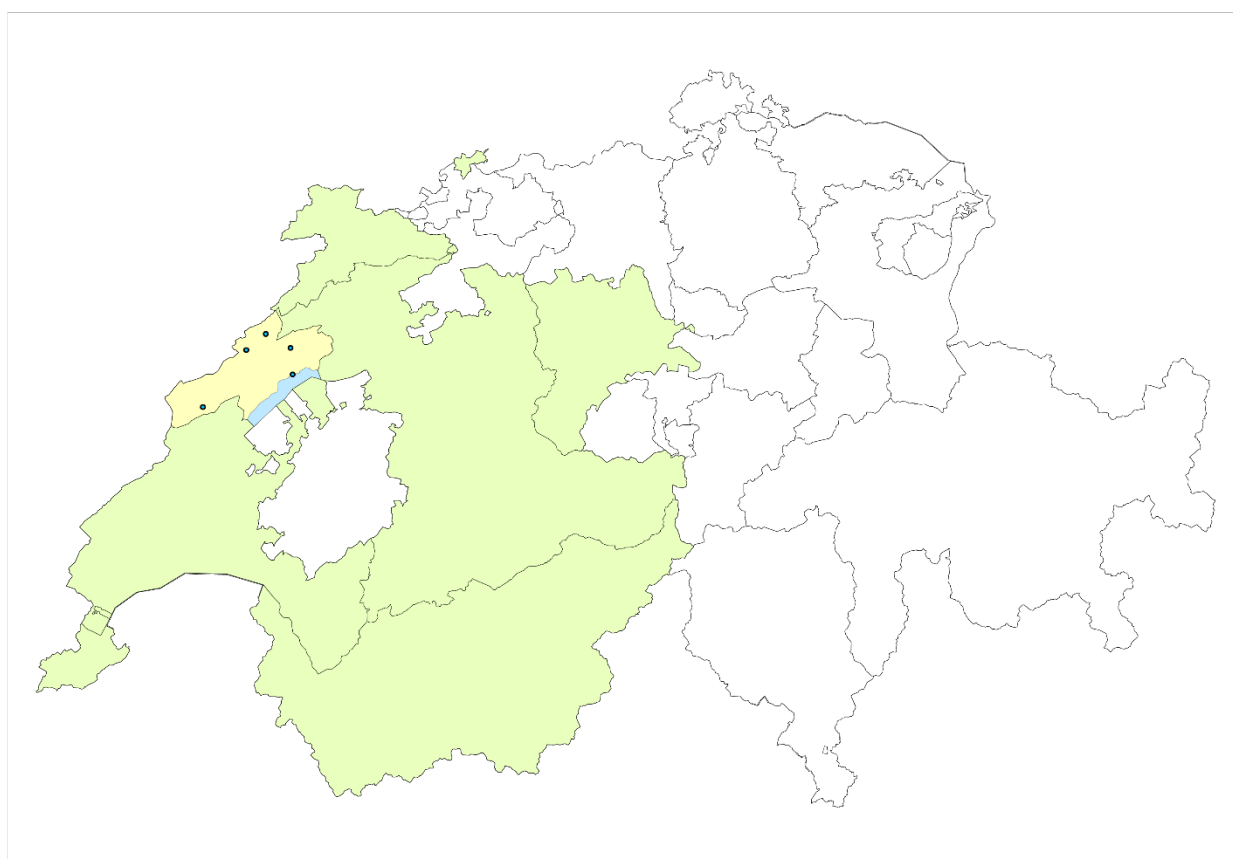
Leila Heidarpour Davisara

Répartition spatiale des prestations hospitalières

*Confrontation des modèles de
géographie économique dans le
canton de Neuchâtel*

MÉMOIRE DE MASTER
sous la direction du Prof.
Olivier Crevoisier

Août 2019



REMERCIEMENTS

L'aboutissement de ce travail de mémoire n'aurait été possible sans le concours de toutes les personnes qui ont contribué à son élaboration. L'intervention de ses individus, à différents titres et étapes de cette recherche m'a offerte l'opportunité de mener à bien un travail scientifique, mais aussi plus généralement, comprendre l'encastrement d'une recherche en sciences sociales dans les questions politiques, économiques et identitaires liées à une problématique précise.

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Prof. Olivier Crevoisier, pour ses relectures avisées et ses conseils qui m'ont permis d'avancer dans ce travail. Par ailleurs, dans le cadre de ses cours, j'ai appris la nécessité d'effectuer des allers-retours constants entre les thématiques d'actualité et les études académiques.

Je remercie ensuite Prof. Etienne Piguet d'avoir accepté d'expertiser ce mémoire.

Ma profonde gratitude aux personnes qui m'ont accordé leur confiance et ont accepté d'être interrogées, apportant des informations variées et indispensables à cette recherche.

Une grande reconnaissance à M. Alain Segessemann pour ses éclairages scientifiques, M. André Ourednik pour ses conseils relatifs à la cartographie et Mme Salomé Donzallaz pour ses conseils méthodologiques.

Un grand merci à ma famille, spécialement ma sœur, pour son soutien chaleureux et pour avoir cru dans mes capacités.

Finalement, je remercie infiniment Chloé, Gary, Roxane et Saeed pour la relecture perspicace de mon mémoire dans des délais très courts.

La carte de la page de titre a été réalisée par Leila Heidarpour. Une présentation plus détaillée figure dans le chapitre de contextualisation.

RÉSUMÉ

Quels sont les critères de localisation des hôpitaux ? En quoi les rapports entre les établissements hospitaliers sont-ils représentatifs des relations entre les territoires ?

En Suisse, l'obligation de planifier l'offre hospitalière par les cantons s'est mise en place dans le but de coordonner les prestataires de soins entre eux, afin de concilier les critères d'accès, de qualité et d'économicité des prestations. Ce travail de Master en géographie humaine porte sur l'impact de la planification sur la répartition spatiale des patient-e-s et des services hospitaliers.

Cette thématique a été mise en lumière à partir de trois théories en géographie économique, afin de comprendre quel modèle serait le plus à même de rendre compte de la réalité du terrain neuchâtelois.

Basée sur des entretiens d'expert-e-s et des analyses documentaires, l'étude met en évidence le fait que les trois approches théoriques constituent des angles d'attaque complémentaires pour aborder la planification hospitalière. Alors que les théories des places centrales et des réseaux de villes traitent de la localisation des prestations en lien avec le bassin de population dans lequel les prestataires proposent leurs services, une approche par la théorie de la base économique soulève quant à elle l'impact de l'hôpital sur l'attractivité du territoire.

Les résultats mettent également en évidence l'importance du découpage territorial retenu dans les stratégies préconisées par les instances appelées à intervenir. Ils touchent aussi aux questions de répartition des compétences ainsi que le rôle de la démocratie directe dans le dossier hospitalier.

Mots-clés : Planification hospitalière, géographie économique, théorie des places centrales, théorie des réseaux de villes, théorie de la base économique revisitée, hiérarchie, concurrence, mobilité, spécialisation, Hospital service area, Neuchâtel.

TABLE DES MATIERES

Table des cartes	6
Table des figures	6
Table des graphiques.....	6
Table des tableaux	6
Liste des abréviations	8
Première Partie	9
Introduction	9
Deuxième Partie.....	13
Contextualisation	13
2.1. Généralités	14
2.2. Aperçu historique des politiques hospitalières en Suisse	14
2.3. Présentation du cas d'étude.....	16
2.4. Caractéristiques générales de l'organisation hospitalière.....	17
2.5. Planification hospitalière et ses dimensions.....	18
2.6. Révision de la LAMal	22
2.7. Synthèse	23
Troisième Partie	25
Problématique	25
3.1. Généralités	26
3.2. Cadre théorique.....	26
3.2.1. Théorie des places centrales.....	26
3.2.2. Théorie des réseaux de villes.....	29
3.2.3. Théorie de la base économique	31
3.2.4. Synthèse des trois theories.....	35
3.2. Question de recherche	36
3.3. Modèle d'analyse	36
Quatrième Partie	39
Méthodologie.....	39
4.1. Généralités	40
4.2. Récolte des données	40
4.2.1. Enquête par entretien	40
4.2.2. Analyse des documents.....	42
4.3. Analyse de contenu.....	43
Cinquième Partie.....	44
Analyse	44

5.1.	Généralités	45
5.2.	Profil de déplacement des patient-e-s.....	45
5.2.1.	Proximité.....	45
5.2.2.	Âge.....	47
5.2.3.	Médecin	48
5.2.4.	Qualité	49
5.2.5.	Synthèse	49
5.3.	Hypothèse 1	51
5.3.1.	Hôpital public	51
5.3.1.1.	Hôpital neuchâtelois (HNe).....	51
5.3.1.2.	Contre-projet du Conseil d'Etat de Neuchâtel.....	57
5.3.1.3.	Initiative populaire (GTIH)	65
5.3.1.4.	Mise en œuvre de l'initiative	66
5.3.2.	Hôpital privé.....	68
5.3.3.	Discussion	70
5.4.	Hypothèse 2	81
5.4.1.	Attractivité présentielle.....	81
5.4.2.	Attractivité résidentielle	88
5.4.3.	Discussion	92
5.5.	Synthèse de l'analyse et discussion	94
Sixième Partie		97
Conclusion.....		97
Septième Partie.....		101
Bibliographie.....		101
Huitième Partie		109
Annexes		109

TABLE DES CARTES

Carte 1 : Planification hospitalière neuchâteloise (à l'échelle cantonale et suisse)	21
Carte 2 : Constitution de l'HNe en 2005	52
Carte 3 : HSAs suisses, avec les flux nets (NPF) des patient-e-s (KLAUSS et al. 2005)	64
Carte 4 : Visualisation des résultats de votation 2017	65
Carte 5 : Etablissements de soins physiques dans le canton de Neuchâtel	69
Carte 6 : Hôpitaux de soins aigus à proximité du canton de Neuchâtel	72
Carte 7 : Hospitalisations extracantonales - balance des flux entre cantons (OFS 2018b)	81

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Hiérarchie des places centrales (CHRISTALLER 1933)	26
Figure 2 : Réseaux de villes (BATTEN 1995)	29
Figure 3 : Théorie de la base économique revisitée (SEGESSEMANN et al. 2013)	34
Figure 4 : Hypothèse 1 (schéma)	37
Figure 5 : Hypothèse 2 (schéma)	38
Figure 6 : Infographie des dates clés	51
Figure 7 : Réorganisation spatiale de l'HNe (HNE 2015)	61
Figure 8 : Rapport entre l'aire de chalandise et le nombre de prestations spécialisées offertes par l'établissement	73

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2015, par rapport au PIB (OFS 2018a)	17
Graphique 2 : Mise en relation du critère de la distance avec la nature des pathologies (COFIL 2016)	47
Graphique 3 : Balance des flux par canton, 2006-2016 (OFS 2018b)	82

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Coûts de la santé par prestataire, 2011-2015 (OFS 2017)	18
Tableau 2 : Répartition des centres de compétence selon Antarès Consulting (CONSEIL D'ETAT 2009)	53

Tableau 3 : Résumé du plan stratégique du Conseil d'Etat en 2012 (CONSEIL D'ETAT 2013)	55
Tableau 4 : Répartition spatiale des soins aigus de l'HNe (ETAT DE NEUCHÂTEL s.d. b ; HNE s.d. c)	57
Tableau 5 : Répartition spatiale des soins de réadaptation et palliatifs de l'HNe (ETAT DE NEUCHÂTEL s.d. b)	57
Tableau 6 : Trois variantes d'organisation spatiale de l'HNe (CONSEIL D'ETAT 2016a)	58
Tableau 7 : Récapitulatif des quatre projets de répartition spatiale des soins hospitaliers	68

LISTE DES ABREVIATIONS

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AOS	Assurance obligatoire de soins
CDF	Site de La Chaux-de-Fonds
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDT	Centre de diagnostic et de traitement
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
EHM	Établissement hospitalier multisite
GT H+H	Groupe de travail H+H, pour la mise en place de l'initiative « <i>pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires</i> »
GTIH	Groupe de travail interpartis sur l'hôpital (comité d'initiative)
HNe	Hôpital neuchâtelois
HSA	Hospital Service Area
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LEHM	Loi sur l'établissement hospitalier multisite
LRHNe	Loi sur le Réseau hospitalier neuchâtelois
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OAS	Assurance obligatoire de soins
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PIB	Produit intérieur brut
PRT	Site de Pourtalès
R.	Réadaptation
RHNe	Réseau hospitalier neuchâtelois
S.A.	Soins aigus
s.d.	Sans date (pour les références bibliographiques)
SMN	Swiss Medical Network
SMUR	Service Mobile Urgences Réanimation
TAF	Tribunal administratif fédéral
Trad.	Traduit
VdR	Val-de-Ruz
VdT	Val-de-Travers

Première Partie

INTRODUCTION

Les prestations hospitalières font partie du secteur tertiaire, caractérisé par la dominance des activités de services. Géneau de Lamarlière et al. (2013) définissent le service comme « [...] *un produit de l'activité humaine, destiné à la satisfaction de besoins ne reposant pas sur l'acquisition de biens physiques* » (2013 : 383). Les auteur-e-s précisent que les activités de ce secteur représentent environ trois quarts du PIB des pays développés, ce qui met la question de leur localisation au centre des analyses de la géographie économique.

Plus précisément, en 2015, les dépenses de santé représentaient 11,9% du PIB suisse, dont 34,9% étaient occasionnés par les hôpitaux (OFS 2017). Ainsi, la part des dépenses de santé dans l'économie présente des enjeux importants, notamment au niveau de l'allocation optimale des ressources. Dans ce contexte, la planification hospitalière a été conçue comme un instrument permettant de concilier trois critères : assurer des prestations de qualité, économiques et accessibles pour tou-te-s les membres de la société. Ainsi, les prestations hospitalières doivent non seulement répondre à l'exigence de la qualité des soins, mais relèvent également des considérations économiques et politiques (ROSSINI 2014).

Dans cette perspective, la question de la répartition spatiale des soins hospitaliers revêt d'une particularité, en ce qu'elle combine les missions hospitalières – visant à concrétiser l'accès à des soins de bonne qualité et économiquement pérennes – avec une pluralité d'intérêts défendus par divers-ses intervenant-e-s (ROSSINI 2014).

Comme d'autres cantons, Neuchâtel a dû réformer la répartition spatiale des hôpitaux présents sur son territoire, afin de répondre aux exigences de qualité et d'économicité des soins posées par la loi. Cela dit, la question de l'organisation des hôpitaux de soins somatiques de ce canton – doté de deux pôles urbains – a fait couler beaucoup d'encre depuis plusieurs années. En effet, nombreuses sont les sources politiques et médiatiques qui présentent ce dossier à la fois comme cause et catalyseur de crises politiques entre les différentes régions du canton. Par ailleurs, ces années ont été marquées par le dépôt de nombreuses initiatives populaires visant à faire entendre le peuple dans le processus de prises de décision. Ces initiatives concernaient notamment le champ de compétences du parlement cantonal, le partage équilibré des missions entre les deux sites de soins aigus du canton ainsi que l'ouverture d'une maternité dans les Montagnes neuchâteloises.

Alors quels sont les critères de localisation de ce service à forte valeur symbolique et économique et quels sont les enjeux qui en découlent en lien avec la mobilité des patient-e-s ? Ce travail de mémoire de Master en sciences sociales, pilier géographie humaine, part d'une lacune dans les connaissances de la répartition spatiale des prestations hospitalières. En effet, dans un contexte où l'intérêt public pour la localisation des hôpitaux est particulièrement élevé, il apparaît important de présenter une approche transversale en juxtaposant les théories existantes. Cette démarche permet de relever les différents enjeux relatifs à la localisation des services hospitaliers. Pour réaliser cette ambition de recherche, nous procéderons en quatre étapes successives.

Premièrement, il s'agit de « contextualiser » notre recherche. Cet exercice permet aussitôt de saisir la notion de planification et les instances appelées à intervenir. Nous commencerons par un bref aperçu historique des politiques hospitalières de la Suisse (DONZÉ 2017). Puis, la présentation de notre étude de cas, à savoir l'organisation du système hospitalier du canton de Neuchâtel, mettra en exergue deux points : d'une part, les décisions relatives à la répartition spatiale des services hospitaliers sont issues d'un long processus faisant intervenir des enjeux et des intérêts divers voire contradictoires (ROSSINI 2014). D'autre part, les institutions à portée

locale sont devenues des hôpitaux à portée régionale, un changement institutionnel qui implique aussi une remontée en échelles des entités territoriales appelées à intervenir.

Ensuite, nous passerons en revue les caractéristiques générales de la planification hospitalière en Suisse. Nous verrons qu'elle est soumise à trois principes que sont le fédéralisme, le libéralisme ainsi que la démocratie directe (ROSSINI 2014). Enfin, la présentation des nouveautés émanant de la révision de la LAMal entrée en force en 2012 – relatives à l'introduction d'un nouveau mode de financement des prestations ainsi que la liberté de choix des patient-e-s – met en évidence les impacts de cette réforme autant du point de vue financier que des rapports entre les établissements publics et privés.

Ainsi, les exigences accrues en matière de qualité et d'économicité des soins d'une part et la possibilité institutionnelle accordée par la suite aux patient-e-s de choisir l'établissement hospitalier d'autre part, ramènent les instances planificatrices à repenser l'organisation spatiale des prestations hospitalières. C'est précisément sur ces enjeux que la suite de notre travail sera construite.

Deuxièmement, la partie intitulée « problématique » traite des approches théoriques que nous avons choisie comme angle d'analyse, pour traiter des enjeux soulevés dans la contextualisation. Dans cette perspective, la théorie des *places centrales*, celle des *réseaux de villes* ainsi que celle de la *base économique* abordent chacune, avec des spécificités propres, les relations externes du territoire (TAYLOR et al. 2010). La première étudie les relations entre les territoires à travers la notion de hiérarchie et la dépendance des villes vis-à-vis de celles qui leur sont supérieures en termes de population et prestations offertes (CHRISTALLER 1933). La deuxième affirme l'existence d'une concurrence entre les villes. Dans un contexte marqué par l'essor de la mobilité, ces dernières cherchent à trouver des niches, à travers une spécialisation des fonctions, pour maintenir voire renforcer leur position économique (CAMAGNI et al. 1993 ; MEIJERS 2007). Finalement, la troisième s'intéresse à la circulation des richesses dans l'espace, en mettant en avant l'objectif des territoires qui consiste à capter différentes sources de revenus dans une perspective de développement territorial et encourager leur dépense localement (TALANDIER et al. 2009).

Nous avons décidé d'employer les trois approches parce qu'elles expliquent des réalités à la fois différentes et complémentaires, tout en intégrant différentes logiques de production et de consommation propre à l'analyse de la circulation spatiale des richesses (GENEAU DE LAMARLIERE et al. 2013). À partir de cela, nous formulons notre question de recherche. Ensuite, pour que celle-ci soit opérationnelle, nous posons deux hypothèses qui constituent des sortes de réponses provisoires (BLANCHET et al. 1992) à notre question. Elles serviront comme fil conducteur pour la récolte puis l'analyse des données.

Troisièmement, une « méthodologie » établie de manière rigoureuse constitue la base de tout travail scientifique. Nous présenterons donc le type de données à obtenir et la manière de les récolter. Nous avons adopté pour la démarche qualitative, qui s'est concrétisée à travers des entretiens semi-directifs ainsi que l'analyse documentaire.

L'entretien permet d'accéder de manière approfondie à la représentation des individus que nous qualifions d'experts en raison de la position qu'ils occupent dans le processus de répartition spatiale des soins. D'autre part, les documents officiels et médiatiques présentent une ressource précieuse sans laquelle notre approche demeure incomplète. L'objectif consiste à comprendre comment les instances appelées à intervenir directement ou indirectement dans le processus de

planification s'emparent des concepts clés de notre travail, à savoir la qualité et l'économicité des soins, la concurrence entre les territoires et la mobilité des patient-e-s.

Quatrièmement, la dernière étape de notre travail est consacrée à l' « analyse » des informations. C'est en effet l'occasion de soumettre les hypothèses de recherche à l'épreuve des faits. Cet exercice met en évidence les représentations et des interprétations des individus en lien avec les dimensions retenues dans notre modèle d'analyse. Ce chapitre est divisé en trois parties. La première sera consacrée à l'esquisse d'un profil de déplacement des patient-e-s. La deuxième et la troisième traiteront quant à elles de nos deux hypothèses.

Il convient en dernier lieu de préciser que, conformément à la recommandation du rectorat, le présent mémoire a été rédigé en utilisant la forme grammaticale féminine et masculine (remplacée dans la mesure du possible par des termes neutres) afin de promouvoir le langage non discriminatoire dans les travaux de recherche académique.

Deuxième Partie

CONTEXTUALISATION

2.1. GÉNÉRALITÉS

Le paysage des soins hospitaliers est marqué par l'intervention de diverses instances à différentes échelles territoriales et comprend des notions juridiques qu'il importe de préciser. Le présent chapitre a pour objectif de répondre à la question de « qui fait quoi et comment ? ». Il s'agit d'une étape incontournable pour comprendre le fonctionnement du système auquel les établissements de soins sont soumis. Pour ce faire, nous commencerons par offrir un bref aperçu historique des politiques hospitalières en Suisse, tel que recensé par Donzé (2017). Puis, nous présenterons notre étude de cas. Viendront ensuite les caractéristiques générales régissant l'organisation des soins hospitaliers en Suisse. Cette étape nous permettra d'aborder la notion de la planification hospitalière à proprement dite. Finalement, nous évoquerons les enjeux relatifs à la révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal) entrée en vigueur en 2012.

2.2. APERÇU HISTORIQUE DES POLITIQUES HOSPITALIÈRES EN SUISSE

Donzé (2017) explique que la conception et la densification du réseau hospitalier sont, jusqu'à la fin du 19^e siècle, issues en grande partie des œuvres à vocation philanthropique des communautés religieuses et de l'élite locale. Dans un contexte marqué par un manque d'institution de soins, les hôpitaux avaient pour objectif d'accueillir essentiellement les indigent-e-s atteint-e-s de maladies guérissables. En même temps, leur fondation n'est pas coordonnée avec les autorités locales et cantonales. La source principale des revenus de médecins de ces établissements provient de leur clientèle privée, « *les hôpitaux ne sont pas des plates-formes médico-techniques auxquelles le corps médical cherche à avoir accès* » (2017 : 28). Toujours est-il que les hôpitaux, d'après l'auteur, se sont développés dans une perspective locale, pour répondre à une demande locale.

Au début du 20^e siècle, l'hôpital connaît deux évolutions majeures. L'une relève des innovations techniques, telle que la table d'opération à plateau mobile. L'autre renvoie au changement dans le modèle d'organisation des hôpitaux, selon lequel « *l'hôpital devient ainsi le lieu "naturel" de la pratique chirurgicale [...]* » (DONZÉ 2017 : 59). Si jusque-là le revenu des médecins provenait surtout des consultations privées, l'hôpital devient à cette époque le lieu du travail des chirurgien-ne-s, qui demandent aussi l'installation de nouveaux équipements médico-techniques. L'intégration des appareils modernes couplée avec la reconstruction ou l'adaptation des bâtiments existants requièrent de nouvelles sources de financement, les dons caritatifs ne permettant plus de couvrir les dépenses. Ainsi, les hôpitaux acceptent désormais de traiter la patientèle fortunée qui voulait bénéficier de nouveaux équipements médicaux disponibles dans les hôpitaux. Ces derniers introduisent aussi le paiement d'une taxe d'utilisation des équipements techniques par les patient-e-s. Ceci dit, les cantons sont toujours absents dans la politique hospitalière (DONZÉ 2017).

En raison de la densification du paysage hospitalier, la modernisation des hôpitaux, l'introduction de la taxe d'utilisation des équipements ainsi que l'admission des patient-e-s non indigent-e-s, Donzé (2017) affirme qu'une concurrence se met en place entre les hôpitaux pour capter les patient-e-s *rentables*.

Dans ce contexte, l'Etat est de plus en plus sollicité afin de couvrir le déficit des hôpitaux. Ceci débouche, selon Donzé (2017), sur une situation paradoxale qui a consisté à limiter le rôle de l'Etat à un *baillieur de fonds* sans la possibilité de se prononcer sur l'organisation et le développement du réseau hospitalier.

À partir des années 1960, les systèmes hospitaliers connaissent une croissance considérable, un phénomène se manifestant surtout à travers leur part dans le PIB national. Donzé (2017) reconnaît une accélération de « [...] *la transformation des hôpitaux en business* [...] » (2017 : 106), des entités qui dépendent désormais lourdement des fonds publics.

Ceci dit, l'auteur fait référence à l'apparition de deux courants de pensée à partir des années 1960. D'une part, le concept de *médicométrie* de Bailly (1984), qui souligne l'importance des hôpitaux dans une perspective économique régionale. Ces établissements sont en effet de grands employeurs et leurs activités ont des retombées économiques dans la région où ils se situent. D'autre part, l'étude socio-démographique de Gilliland (1969) mettant en évidence le vieillissement démographique en Suisse, et les changements qu'il implique en termes de besoins en soins. Le chercheur précité invite d'ailleurs les politiques à repenser l'organisation de la structure hospitalière, en remettant en cause la vision *hospitalo-centriste* des autorités (DONZÉ 2017).

Donzé (2017) explique que l'augmentation des coûts des soins hospitaliers est essentiellement due à la transformation des bâtiments afin de les adapter à la médecine moderne. Du reste, le suréquipement des hôpitaux débouche sur une surconsommation des dispositifs médico-techniques. Les coûts de la santé de même que la dépendance croissante des hôpitaux de subventions publiques ont par conséquent rendu nécessaire une intervention régulatrice de l'Etat.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, les cantons ont l'obligation de concevoir une planification hospitalière. La loi part du postulat selon lequel une réorganisation du système hospitalier - à travers des mises en réseaux, la complémentarité des hôpitaux et la centralisation des équipements coûteux dans quelques établissements - permet de mieux contrôler les coûts de la santé (DONZÉ 2017).

L'auteur énumère principalement trois conséquences découlant de ces projets de mise en réseau et de fusion. Premièrement, on assiste à une concentration des soins aigus en réduisant le nombre d'établissements qui les dispensent, ce qui implique une baisse du nombre de lits dans ce domaine (une carte actualisée illustrant le taux d'occupation des lits se trouve en annexe de notre mémoire). Deuxièmement, étant donné la centralisation des équipements et le déclassement de certains hôpitaux périphériques, on constate une baisse du nombre d'hospitalisations (2017 : 116). Finalement, les durées de séjour sont réduites, mais en même temps, plus de soins sont dispensés dans le secteur ambulatoire. Donzé (2017) précise que les projets de mise en réseau des différents établissements se sont souvent heurtés à des oppositions notamment de la part des entités politiques et des populations locales.

En guise de synthèse, rappelons que le système hospitalier a été, à la base, conçu dans une perspective locale par des personnalités locales, et non pas dans une optique cantonale ou régionale (DONZÉ 2017). Toutefois, depuis les années 2000, on assiste à une volonté de réorganiser les réseaux hospitaliers, afin que ceux-ci « [...] *ne soient plus l'assemblage d'initiatives locales, mais qui répondent à leur propre logique, celle d'offrir l'accès à des soins hospitaliers à l'ensemble de [la] population* » (DONZÉ 2017 : 123).

2.3. PRÉSENTATION DU CAS D'ÉTUDE

Les hôpitaux du canton de Neuchâtel ne font pas exception à l'historique dépeint par Donzé (2017). L'hôpital Pourtalès, fondé (1811) à l'aide des dons de la famille Pourtalès et l'hôpital de la Chaux-de-Fonds constitué (1846) avec les dons caritatifs privés ainsi que le soutien de la commune, avaient pour objectif d'accueillir les indigent-e-s atteint-e-s de maladies guérissables. S'agissant des hôpitaux privés existant actuellement sur le canton, La Providence a été fondée (1859) à Neuchâtel par la congrégation des sœurs hospitalières de Besançon (LA PROVIDENCE s.d.). La clinique Montbrillant a pour sa part ouvert ses portes (1915) à La Chaux-de-Fonds, notamment sur l'initiative de médecins (MONTBRILLANT s.d. ; SEPS 1910). Précisons que la fondation des institutions précitées n'est pas coordonnée avec les autorités cantonales.

Dans le canton de Neuchâtel, les premières questions quant à l'organisation spatiale du système hospitalier par l'Etat commencent par se poser à partir des années 1950. Ainsi, un camp exige l'intervention de l'Etat pour subventionner les hôpitaux des deux villes du canton. D'autres s'opposent à cette idée et veulent protéger l'autonomie des communes et par ce biais leurs hôpitaux. Dans ce contexte, un député soulève déjà dans les années 1960 l'intérêt d'une réflexion à une échelle territoriale plus large, afin de régler les rapports entre les grands et petits hôpitaux du canton et de l'autre côté les liens entre les grands hôpitaux urbains de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel :

« J'aimerais savoir si l'Etat envisage peut-être un jour de participer à cette tendance-là qui se ferait en faveur d'hôpitaux des villes et s'il prévoit en particulier d'instituer une certaine surveillance pour éviter que cette spécialisation se fasse à double et que l'on assiste là à une concurrence entre services spécialisés de la Chaux-de-fonds et de Neuchâtel par exemple. » (FAVRE, cité par DONZÉ 2017 : 90-91)

Comme vu dans l'historique général, le rôle de l'Etat demeure, malgré les débats, limité à financer le système hospitalier sans pouvoir décisionnel sur l'organisation de ceci.

Cela dit, la mise en réseau de sept établissements hospitaliers à Neuchâtel a débouché sur la création, en 2005, d'une nouvelle entité juridique nommée « Hôpital neuchâtelois » (ci-après : HNe). L'Hne est un établissement de droit public qui déploie à présent ses activités sur plusieurs sites.

Actuellement, l'Hne est le plus grand employeur du canton avec 2700 collaborateurs (HNE s.d. b). Ceci dit, l'établissement se trouve dans une situation financière difficile, ayant enregistré un déficit de 7,9 millions pour les comptes 2017 (HNE 2018). L'Hôpital explique cette perte avec notamment les nouveaux tarifs des soins stationnaires ainsi que la diminution du financement des prestations d'intérêt général accordé par le canton. De manière générale, les arguments précités sont également partagés par les autres établissements hospitaliers périphériques, tels que l'hôpital public du Valais et de Fribourg (SIEBER 2018).

La Providence et Montbrillant ont rejoint respectivement en 2013 et 2015 le groupe Swiss Medical Network (ci-après : SMN). Ce dernier constitue l'une des deux principales cliniques privées (l'autre étant Hirslanden) présentes sur le marché suisse de la santé (DONZÉ 2017).

2.4. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

En Suisse, l'organisation des soins hospitaliers – et l'allocation des ressources y relative – est encadrée par trois principes : le fédéralisme, le libéralisme et la démocratie directe (ROSSINI 2014 ; CDS 2015).

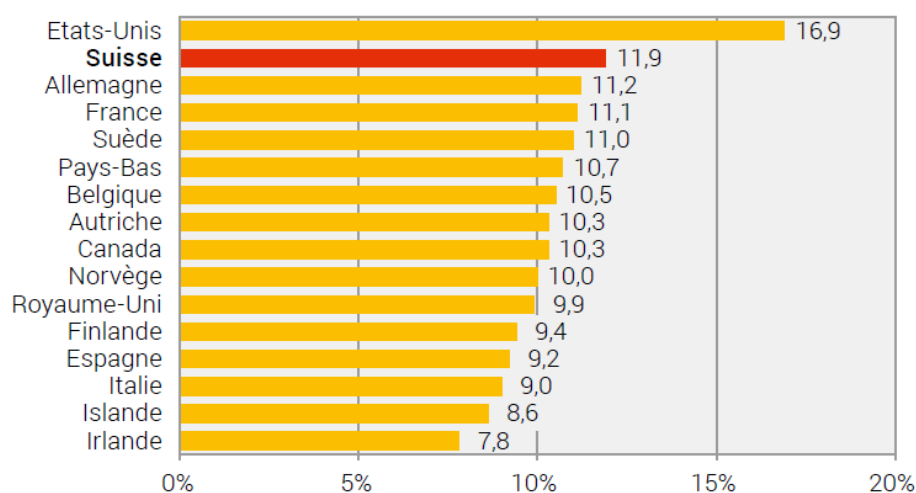
Premièrement, en vertu du fédéralisme, la planification des hôpitaux relève de la compétence des autorités cantonales (39 al.1 let. d LAMal). Ainsi, les cantons établissent une planification hospitalière applicable à l'échelle de leur territoire. La répartition des compétences sera expliquée dans la section consacrée à la planification proprement dite.

Deuxièmement, l'idéologie libérale se remarque surtout à travers la notion de concurrence dans le marché de la santé, qui accorde une « [...] *grande liberté entrepreneuriale [aux] hôpitaux et [aux] spécialistes dans la définition de leur offre médicale* » (CDS 2015 : 3). Le renforcement de la concurrence est d'ailleurs un objectif poursuivi par la révision de la LAMal entrée en vigueur en 2012 (CONSEIL FEDERAL 2004). Ce point sera détaillé dans la section consacrée à la révision de la LAMal.

Finalement, la démocratie directe se présente comme une occasion pour le peuple d'intervenir dans le processus de planification. D'après Rossini (2014), la démocratie directe permet de prévoir des projets reflétant les attentes de la population, ce qui facilite l'acceptation du projet par celle-ci. Cela amène l'auteur à lier la réussite d'une planification hospitalière à « [...] *la représentation qu'en auront les autorités et la population, dans un domaine à très haute densité émotionnelle* » (2014 : 68).

Ensuite, les données de l'OFS reproduites ci-dessous nous offrent un aperçu général des dépenses de santé en Suisse. Ainsi, le graphique 1 présente la part des coûts de santé dans l'économie (PIB). Certes, les dépenses de la Suisse se trouvent, d'après cette classification, en deuxième place. Toutefois, une tendance similaire se constate dans d'autres pays de l'OCDE.

Graphique 1 : Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2015, par rapport au PIB (OFS 2018a)



Puis, le tableau 1 met en évidence plus spécifiquement la part des coûts (LAMal et non-LAMal confondus) générés par les hôpitaux en trois ans. Elle représente en effet le pourcentage le plus élevé dans le classement. Plus précisément, les coûts liés à l'hospitalisation couverts par la LAMal

représentent 14,4% et ceux appartenant aux catégories Non-LAMal correspondent à 20,5% sur un total de 34,9% en 2015 (OFS 2017 : 12).

Tableau 1 : Coûts de la santé par prestataire, 2011-2015 (OFS 2017)

	2011	2014	2015	2015
	en millions de francs	en millions de francs	en millions de francs	Parts
Coût du système de santé selon le fournisseur de biens et services	66'900	74'681	77'754	100.0%
A Hôpitaux	23'030	26'179	27'148	34.9%
B Institutions médico-sociales	11'301	12'324	12'640	16.3%
C Cabinets médicaux et centres de soins ambulatoires 3)	12'327	14'517	15'427	19.8%
D Cabinets dentaires, cliniques dentaires	3'895	4'156	4'068	5.2%
E Autres prestataires de services ambulatoires 3)	3'756	4'422	4'821	6.2%

N.B. : une partie du tableau a été reproduite en raison de manque de place. Elle présente les taux les plus élevés.

2.5. PLANIFICATION HOSPITALIERE ET SES DIMENSIONS

Objectif – Longchamp (2015) explique que la planification est un instrument qui permet une utilisation optimale des ressources tout en coordonnant les prestataires de soins. Plus précisément, le Conseil d'Etat de Neuchâtel (2014b) présente la planification hospitalière comme un moyen qui permet d' « [...] assurer un accès adéquat aux soins, [...] assurer un standard minimum de qualité et [...] veiller à la maîtrise des coûts » (2014b : 36). En d'autres termes, elle désigne un processus de rationalisation au cours duquel l'Etat entend concilier les critères d'accès, de qualité et d'économicité (lesdits critères seront explicités plus bas).

Définition – Il existe plusieurs définitions de la planification hospitalière, parmi lesquelles celle évoquée par le Tribunal administratif fédéral (TAF 2014) nous paraît la plus explicite :

« [...] les cantons sont toujours tenus de procéder à une planification hospitalière au terme de laquelle seront admis à pratiquer à la charge de l'assurance de base les établissements hospitaliers qui remplissent les conditions légales et critères de planification, et qui sont nécessaires pour garantir la couverture des besoins (art. 58e al. 1 LAMal), les cantons attribuant ensuite à chaque établissement figurant sur leur liste un mandat de prestations (art. 58e al.3 LAMal). » (2014 : 35)

Cette définition met en exergue trois étapes d'une planification hospitalière, qui doivent être réalisées selon une démarche objective et vérifiable (LONGCHAMP 2015). La première consiste à identifier les besoins de la population en matière des soins médicaux. Pour ce faire, le canton de Neuchâtel s'est basé sur la méthode développée par Obsan, afin de projeter les futurs besoins. Le modèle prend en compte les composantes suivantes (CONSEIL D'ETAT 2014a) :

- Les données à utiliser
- La « description de la situation actuelle », c'est-à-dire les prestations réalisées durant l'année de référence

- « *L'évaluation des structures de prise en charge* »
- Un « *pronostic des besoins* » de la population résidente, pour les années cibles de la planification (à Neuchâtel, l'horizon temporel de la planification actuellement en vigueur couvre les années 2016 à 2022)
- Des « *scénarios sur l'évolution des besoins* » en soins (CONSEIL D'ETAT 2014a : 11)

La deuxième étape pose les conditions-cadres. Elle consiste à édicter des critères que les prestataires de soins doivent respecter afin de pouvoir exercer à la charge de l'assurance obligatoire de soins (ci-après : AOS) (CONSEIL D'ETAT 2014b). Les critères seront explicités plus bas.

Finalement, la troisième étape correspond à la désignation des hôpitaux respectant les conditions-cadres. Les établissements figurant dans la liste hospitalière cantonale pourront donc fournir des soins remboursés par l'AOS et le canton (CONSEIL D'ETAT 2015).

Objet de la planification et compétences – Les instances désignées par la loi procèdent à la planification des prestations en stationnaire¹ relevant des soins aigus, de la réadaptation, des soins palliatifs et des soins psychiatriques (CONSEIL D'ETAT 2015).

La question de la compétence est intimement liée à l'objet de la planification. En effet, nous avons vu plus haut que la tâche de planifier les prestations énumérées au paragraphe précédent incombe aux autorités cantonales. Ainsi, les cantons établissent une planification hospitalière applicable à l'échelle de leur territoire, en fonction des besoins de leur population résidente. En vertu de l'art. 83a Loi de santé de Neuchâtel, cette compétence est confiée au pouvoir exécutif, c'est-à-dire le Conseil d'Etat.

D'ailleurs, dans le domaine des soins aigus par exemple, le canton applique le modèle de *groupes de prestations pour la planification hospitalière* (GPPH). Ce modèle « [...] répartit les cas en 25 domaines de prestations [...], eux-mêmes subdivisés en 126 groupes de prestations [...] » (CONSEIL D'ETAT 2014a : 15).

Cela dit, selon l'art. 39 al.2bis LAMal, la médecine hautement spécialisée est planifiée depuis 2009 à l'échelle supra-cantonale. Celle-là touche les domaines caractérisés par la « *rareté de la maladie [... ;] grande complexité et haut degré de gravité d'une maladie [... ;] nécessité de traitements complexes multidisciplinaires [... ;] coûts élevés pour l'infrastructure/traitement [...]* » (CDS 2015 : 8). Par exemple, la transplantation pancréatique est un domaine de prestation de la médecine hautement spécialisée.

Ainsi, la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (ci-après : CIMHS) décide des domaines de prestations relevant de son champ de compétences. Désormais, les cantons ne sont plus autorisés à planifier les soins relevant de la compétence de cet organe supra-cantonal.

Intervenant-e-s – D'après Rossini (2014), diverses instances sont impliquées dans le processus de planification, défendant des stratégies et intérêts divers : le canton, les citoyen-e-s (qui interviennent lors des votations), les caisses-maladie, les autorités locales, les professionnel-le-s de la santé ainsi que les tribunaux (en précisant le contenu de la loi).

¹ Les soins dispensés en stationnaires impliquent un séjour d'au moins 24 heures ou de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit (art. 3 OCP).

Critères – L'article 58b al.4 OAMal pose les critères qui doivent être pris en considération lors de l'élaboration de la liste hospitalière. Ils sont repris par le Conseil d'Etat de Neuchâtel dans son rapport relatif aux conditions-cadres de la planification hospitalière du canton (2014b). Il s'agit donc de prendre en compte notamment « 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 [...]* » (58b al.4 OAMAL).

Le critère économique renvoie à l'efficacité des prestations. Son appréciation s'effectue sur la base des comparaisons (*benchmarking*) entre les hôpitaux (CONSEIL D'ETAT 2014b).

En ce qui concerne le critère de la qualité, il renvoie notamment à *un nombre minimum de cas* (l'art. 58b al.5 OAMal). Cette définition fait référence à la notion de la masse critique. En effet, les études scientifiques établissent une corrélation positive entre la réussite des traitements et le nombre d'interventions médicales effectuées par un-e médecin ou par un établissement hospitalier. Autrement dit, plus un-e médecin ou un établissement hospitalier traitent de cas (patient-e-s), plus elles/ils auront de l'expérience et cela augmente les chances de réussite des interventions médicales². En suivant cette logique, Rossini (2014) parvient au constat selon lequel un « [...] *regroupement d'établissements génère une masse critique favorable à l'accroissement de la qualité [...]* » (2014 : 64). Ceci dit, le Conseil d'Etat de Neuchâtel estime que l'exigence de la masse critique est remplie dans le respect de la condition suivante :

« [...] l'institution a pris en charge, en moyenne sur les trois dernières années, au minimum 10 cas et un nombre de cas correspondant à 5% de tous les cas de la population neuchâteloise de l'année de référence, 2012 en l'occurrence, dans un domaine de prestations considéré » (2014b : 17).

Pour illustrer ce propos, prenons l'exemple d'un domaine de prestations en soins aigus intitulé « chirurgie viscérale ». La masse critique nécessaire pour offrir cette prestation correspond à un seuil de 15 cas. Pour prendre un exemple dans les soins de réadaptation, le rapport de planification prévoit un seuil minimal de 48 cas dans le domaine de la « réadaptation musculo-squelettique » (CONSEIL D'ETAT 2015).

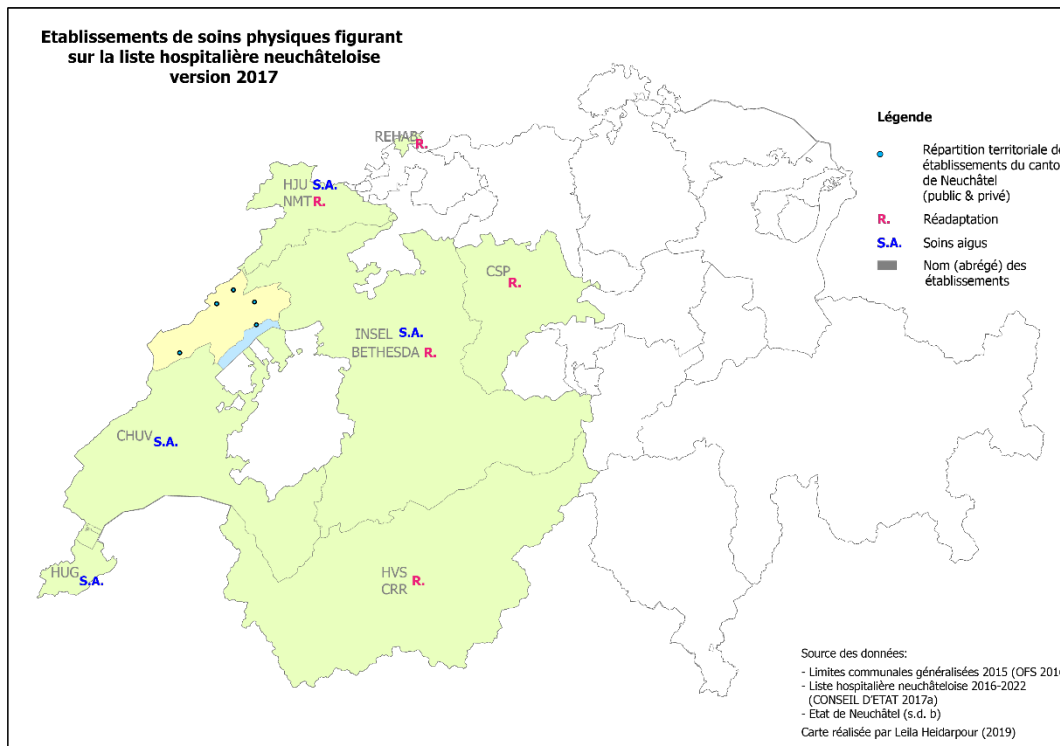
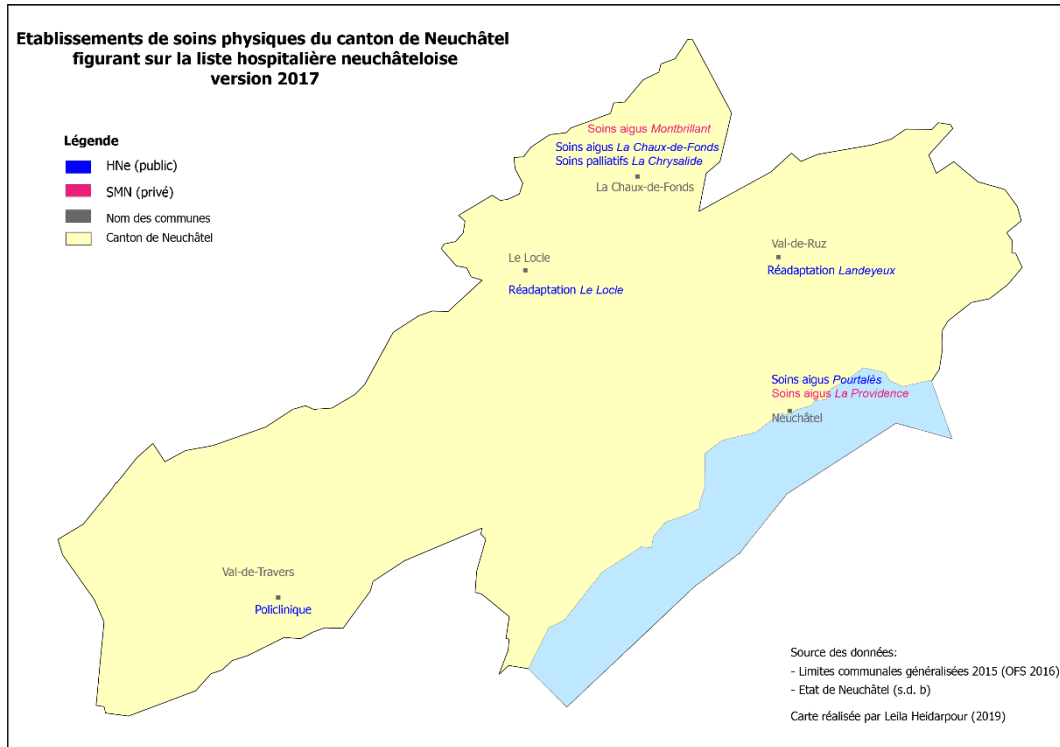
Pour ce qui est du critère d'accès évoqué par l'art. 58b al.4 OAMAL, il comprend à la fois le temps d'accès au lieu de traitement³ et le délai d'attente pour obtenir les prestations (CONSEIL D'ETAT 2014b).

Les cartes ci-dessous permettent de visualiser la répartition des établissements de soins physiques figurant sur la liste hospitalière du canton de Neuchâtel, à l'échelle cantonale et ensuite nationale.

² Pour savoir sur le lien significatif entre le volume d'activité et l'augmentation de la réussite des interventions ou la baisse du taux de mortalité, voir par exemple Fischer et al. (2017) et Hentscheker et al. (2018).

³ Ce critère est évalué en fonction du « [...] *temps d'accès en transport privé ou public entre un point central du canton de Neuchâtel et le lieu d'implantation de l'hôpital* » (CONSEIL D'ETAT 2014b : 31).

Carte 1 : Planification hospitalière neuchâteloise (à l'échelle cantonale et suisse)



2.6. RÉVISION DE LA LAMAL

La révision de la LAMal, entrée en vigueur en 2012, comporte essentiellement trois nouveautés (voir MADER 2010 ; CONSEIL D'ETAT 2014a ; ROSSINI 2014) :

Financement par forfait par prestation SwissDRG à la place de financement des établissements (art. 58c let. a OAMal) – Le forfait par prestation en soins aigus inclut désormais à la fois les frais d'exploitation et les frais d'investissement des hôpitaux (à mettre en lien avec le paragraphe suivant). Mader (2010) explique que ce mode de financement « [...] permet d'accroître la transparence, la comparabilité entre les hôpitaux et l'incitation à une plus grande efficacité. Le financement des prestations tend ainsi à renforcer la concurrence » (2010 : 10). Cela dit, la planification pour la réadaptation ainsi que pour les traitements psychiatriques peut encore s'effectuer en lien avec les capacités de l'établissement.

Dans son message, le Conseil fédéral (2004) explique que le but de ce nouveau système de tarification consiste à mettre les hôpitaux admis sur la liste hospitalière sur un pied d'égalité afin que l'application de la concurrence devienne effective.

« Si pour renforcer la concurrence, on doit passer du financement des établissements à celui des prestations, cela suppose que tous les hôpitaux fournissent leurs prestations en étant soumis aux mêmes conditions. Une différenciation en fonction de l'organisme responsable n'est pas appropriée. Cela a pour conséquence d'une part, que les prestations fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins par des hôpitaux qui ne sont aujourd'hui pas subventionnés doivent correspondre à la planification cantonale et d'autre part, que les prestations des hôpitaux privés, qui remplissent cette condition, doivent être soumises au même régime de financement que les prestations des hôpitaux publics. » (CONSEIL FEDERAL 2004 : 5226)

Précisons que dans le domaine ambulatoire, le financement des prestations est déjà soumis à une structure tarifaire appelée TARMED. Ainsi, les hôpitaux facturent leurs prestations en fonction de la nature de celles-ci, selon le système SwissDRG ou TARMED.

Financement dual fixe – Le financement des prestations stationnaires sera couvert à la fois par l'AOS (45%) et le canton de domicile de la/du patient-e (55%) (art. 49a al.2ter LAMal). Mader (2010) reconnaît deux conséquences découlant de ce nouveau régime de financement. D'un côté, ce dernier implique une augmentation des charges du canton, en l'obligeant à participer au financement des soins dispensés dans les cliniques privées admises dans la planification cantonale. De l'autre côté, la part supportée par l'AOS réduit la charge financière du canton en matière des investissements dans l'hôpital public jusque-là financés uniquement par l'Etat.

Liberté de choix de l'hôpital pour les patient-e-s – Cette nouveauté octroie aux assuré-e-s la possibilité de choisir les établissements hospitaliers (publics ou privés) pourvu que ceux-ci figurent sur la liste hospitalière du canton de résidence ou de celui où se trouve l'hôpital (art. 41 al. 1bis LAMal ; CONSEIL FEDERAL 2004). Cela implique une « [...] ouverture des frontières cantonales et financement des prestations dans les cliniques privées » (CONSEIL D'ETAT 2014a : 5). Autrement dit, le canton de domicile est amené à financer à hauteur de 55% les coûts de l'hospitalisation de ses résident-e-s, même à l'extérieur de son territoire, et ce « [...] jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence » (art. 41 al. 1bis LAMal).

Ainsi, le renforcement de la concurrence entre les établissements, voulu par la loi, « [...] *incite les cantons à attribuer leurs mandats de prestations aux établissements qui remplissent les exigences de qualité et d'économicité de la manière la plus efficace* » (MADER 2010 : 14).

2.7. SYNTHÈSE

L'aperçu de l'historique des politiques hospitalières, des caractéristiques générales du système ainsi que des composantes de la planification hospitalière mettent en exergue trois points.

Premièrement, la planification hospitalière est un processus visant à trouver une cohérence entre trois critères (accès, qualité, économicité). Cette définition oblige à souligner la différence entre le droit à la santé et la planification. En matière de la promotion de la santé, l'OMS évoque l'équité vis-à-vis de l'accès aux soins.

*« L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. »
(OMS 1986 : 2)*

Selon la Constitution fédérale suisse, la nécessité que « *toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé* » (art. 41 al. 1 let.b) fait partie des buts sociaux que l'Etat (niveaux fédéral et cantonal) entend réaliser. Dans cette optique, la question d'accès aux soins apparaît comme un élément primordial pour assurer l'équité entre les individus, ceci indépendamment de leur territoire d'appartenance. Nous proposons d'illustrer ce constat en prenant l'exemple du canton de Neuchâtel. Le droit individuel d'accès aux soins appartient aux habitant-e-s de Brot-Plamboz (au nombre de 270), des Verrières (668) et de La Côte-aux-Fées (442) au même titre que la population de Neuchâtel (33'355) et de La Chaux-de-Fonds (37'941) (pour les données statistiques 2018, voir ETAT DE NEUCHÂTEL s.d. a). A partir des études réalisées dans le cadre du processus de la planification hospitalière, l'Etat considère que l'offre des soins aigus existante dans le canton suffit pour garantir les besoins de la population.

Vient ensuite la thématique de la planification hospitalière à proprement dite. Elle se présente comme un terrain sur lequel la question d'accès mais aussi de qualité et d'économicité des soins se rencontrent. Dans cette perspective, le but de la planification consiste à « rationaliser » le système sur le plan médical et économique, à travers une coordination entre les établissements de soins (MADER 2010). Autrement dit, il s'agit de penser à répartir les ressources de manière optimale (ROSSINI 2014). Cela signifie que le droit à l'accès aux soins est une composante certes importante, mais ne peut plus être considéré de manière isolée.

Ainsi, l'Etat considère que par exemple les habitant-e-s des Verrières – commune située à environ 1h10 et 1h50 en transports publics respectivement de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds (CFF s.d.) – ne vivent pas dans un désert médical, et ce surtout à cause de l'existence d'une policlinique et d'une base SMUR dans la région.

Deuxièmement, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal imposant l'adoption d'une planification par les cantons, on assiste à une remontée en échelle territoriale des organes décisionnels pour penser la coordination entre les prestataires de soins. Les hôpitaux ne sont donc plus gérés par les districts, la loi exige que l'évaluation des besoins des habitant-e-s, la vérification du respect des conditions-cadres ainsi que l'attribution des mandats soient réalisées par le canton.

Enfin, les éléments évoqués dans ce chapitre induisent à une assimilation de l'organisation hospitalière à un « marché » par une grande partie de la littérature. Bonvin (2015) explique la rhétorique de marché de la manière suivante :

« Le patient est ramené à un statut de consommateur censé réguler le marché par son libre choix qui détermine la demande. Le médecin est un prestataire censé assurer une offre concurrentielle de soin. Le soin est normalisé pour être disponible à la comparaison et à la mise en concurrence. » (2015 : 242)

Troisième Partie

PROBLÉMATIQUE

3.1. GENERALITES

Ce chapitre sert à expliciter le prisme à travers lequel nous allons aborder la question de la répartition spatiale des soins hospitaliers. Pour ce faire, nous présenterons un état des lieux des approches théoriques existantes, en définissant leurs concepts clés, ce qui permettra de les comparer entre elles. Cette étape nous servira de repère pour la formulation de notre question de recherche et par la suite, l'élaboration d'un modèle d'analyse.

3.2. CADRE THEORIQUE

En matière de prestations hospitalières, la place des dépenses de santé dans l'économie – notamment la part des coûts générés par les hospitalisations – ainsi que la révision de la LAMal en 2012 (voir supra) présentent des enjeux importants, pour ce qui est de l'allocation optimale des ressources ainsi que des rapports entre les établissements hospitaliers.

Alors, suivant la réflexion de Fujita et al. (1997), quels sont les critères de localisation de ces activités ? En quoi les rapports entre les établissements hospitaliers sont-ils représentatifs des relations entre les territoires ? Existe-t-il une hiérarchie entre les espaces qui offrent les prestations de santé ? Quel est le rôle joué par la mobilité des patient-e-s dans l'organisation spatiale des hôpitaux ? Ces questions invitent à réfléchir de manière conjointe à « [...] *la distribution spatiale de la production, de la consommation et de l'échange des richesses* » (SEGESSEMAN 2016 : 23).

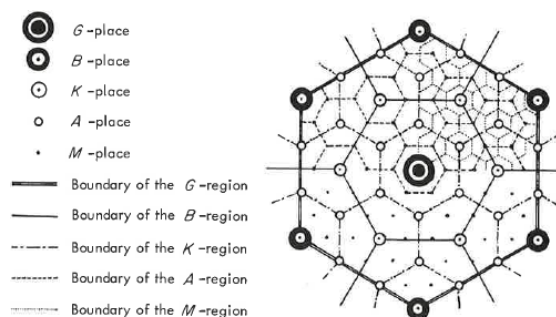
Trois théories de géographie économique abordent la question de l'organisation spatiale des services. Il s'agit de la théorie des places centrales, celle des réseaux de villes ainsi que celle de la base économique. Bien que complémentaires, chacune d'entre elles aborde, avec ses spécificités propres, les rapports entre producteurs/trices et consommateurs/trices et leur lien à l'espace. Si la première approche théorique met en avant l'idée d'une hiérarchie entre les villes, les deux autres soulignent l'effet structurant de la mobilité des consommateurs/trices sur l'espace ainsi que la concurrence entre les territoires.

3.2.1. THEORIE DES PLACES CENTRALES

Notre premier modèle spatial à rendre compte de la localisation des services correspond à la théorie des places centrales développée par Christaller (1933), qui énonce avant tout l'idée d'une hiérarchisation

Figure 1 : Hiérarchie des places centrales (CHRISTALLER 1933)

dans l'espace. Dans cette optique, la « [...] *hiérarchie des lieux centraux repose sur une correspondance entre taille des villes, nature des activités centrales qui y sont concentrées, portée géographique de ces activités, et aire d'influence de chaque ville* » (CATTAN et al. 1999 : 41). Cette définition met en avant deux idées phares que nous proposons de passer en revue : la distance et la hiérarchie.



D'abord, l'organisation spatiale des services est analysée à travers la notion de **distance** (GENEAU DE LAMARLIERE et al. 2013). Celle-ci comporte deux composantes clés. D'une part, l'aire de chalandise désigne la « *zone où se trouve l'essentiel des clients d'un service ou d'un bien* » (2013 : 386). Les aires de chalandise prennent la forme de nid d'abeilles, composée d'hexagones dont la taille dépend de la nature des services offerts (2013 : 386). D'autre part, la portée-limite renvoie à la distance maximale que les consommateurs/trices sont disposé-e-s à parcourir afin d'accéder au service en question. Dans cette optique, la distance dépend plus précisément de « [...] *trois éléments, à savoir le prix du service, le coût direct et indirect de transport et le coût-plafond que les gens refusent de dépasser pour leur achat* » (SEGESSEMANN et al. 2013 : 717).

De cela découle la question de la **hiérarchie**, la seconde idée mise en avant par Christaller (1933). Cet élément se caractérise par un rapport vertical entre les places centrales, qui de plus est unilatéral. Cela implique une dépendance des places centrales vis-à-vis de celles supérieures dans la hiérarchie (MEIJERS 2007). Une relation horizontale entre les villes de même taille et de même niveau hiérarchique n'est pas abordée en soi, vu que la théorie part du principe que ces places centrales du même niveau proposent la même gamme de services (MEIJERS 2007 : 247).

Cela dit, la théorie des places centrales a longtemps été appliquée par la littérature scientifique aux questions relatives à l'organisation des services de santé dans l'espace. Crevoisier et al. (2001) rappellent d'ailleurs que les hôpitaux sont traditionnellement répartis sur le territoire selon la logique des places centrales. Le constat s'explique par le fait que généralement, les activités de service tendent à se concentrer en raison de l'existence des coûts fixes. C'est pourquoi la centralisation constitue un instrument essentiel pour réaliser des économies d'échelle, permettant notamment l'amortissement plus rapide des investissements (GENEAU DE LAMARLIERE et al. 2013 : 131).

À partir de ces postulats, Segessemann et al. (2013) distinguent les emplois urbains et emplois ruraux. Ainsi, les auteurs proposent une classification à l'aide de deux critères portant d'une part sur le nombre d'employé-e-s (un seuil de cinquante employé-e-s par établissement) et d'autre part sur l'aire du marché des prestataires de service, qui peut être locale, régionale ou nationale. Cette démarche permet donc de distinguer les hôpitaux des « [...] *petits établissements médicaux caractéristiques d'une médecine de proximité* [...] » (2013 : 716). Les auteurs soulignent que les emplois urbains se concentrent dans les grands centres urbains en raison d'une demande plus grande et l'aire de marché à portée régionale de ce type d'activité. Cette configuration permet donc à l'établissement de rentabiliser son activité pour couvrir les frais fixes et réaliser des rendements croissants (GENEAU DE LAMARLIERE et al. 2013).

Dans cette optique, l'étude de Fox et al. (1974) s'est penchée sur la localisation de services liés aux « mères et nouveau-nés » (Maternal and Infant Care) à la fois de point de vue de leur accessibilité et de leur utilisation par le plus grand nombre de patient-e-s. D'après les auteur-e-s, l'emplacement optimal répond à deux critères essentiels. D'une part, les patient-e-s devraient être en mesure de se rendre à l'hôpital dans un délai et une distance raisonnable depuis leur lieu de résidence. D'autre part, le bassin de population est suffisamment important pour justifier les coûts du maintien de l'établissement. Autrement dit, il faut un nombre important de patient-e-s qui fréquenteraient l'établissement en question, afin d'éviter le gaspillage des ressources en termes de personnel et d'équipement (FOX et al. 1974).

Nous avons vu plus haut que la portée-limite renvoie à la distance que les consommateurs/trices sont prêt-e-s à parcourir pour se procurer d'un bien ou d'un service. Afin de mieux comprendre cette notion, Jia et al. (2017) soulignent que le profil de déplacements des patient-e-s diverge

suivant qu'elles/ils requièrent des soins « généralistes » ou « spécialisés ». En effet, les auteurs relèvent une corrélation positive entre un besoin en traitement spécialisé et la distance parcourue. La portée-limite des établissements spécialisés est donc plus large. Inversement, le facteur distance joue un rôle plus important auprès des patient-e-s cherchant des traitements généralistes. C'est-à-dire que ces dernières/ers sont plus sensibles à la distance qui les sépare d'un hôpital généraliste.

Pour ce qui est de l'aire de chalandise, Meijers (2007) précise qu'en l'absence d'une demande suffisante pour une prestation, la place centrale serait obligée de se la procurer auprès de la place centrale la plus proche ayant une densité de consommateurs/trices plus importante (2007 : 247).

Klauss et al. (2005) poussent la réflexion plus loin en se penchant sur le concept de Hospital service area (ci-après : HSA) comme outil de planification. Les auteurs présentent la fréquentation des établissements, plus précisément le profil de déplacement des patient-e-s, comme l'indicateur adéquat qui permettrait de créer des HSAs. Cette démarche propose donc de dépasser les frontières administratives pour tenir compte d'autres facteurs qui ont un impact sur l'utilisation d'un établissement hospitalier, tels que les « [...] *frontières géographiques naturelles, le temps de déplacement, l'infrastructure et l'attractivité des services de soins* [...] » (2005 : 2 ; trad.). Ces dimensions permettent, d'après les chercheurs, de mieux rendre compte du comportement des patient-e-s traversant les frontières pour se faire soigner en dehors de leur région de résidence. D'ailleurs, les HSAs créées par les auteurs présentent des caractéristiques différentes sur le plan géographique et démographique. D'un côté, les HSAs des régions montagneuses sont plus larges mais avec une population plus éparpillée dans l'espace. Au contraire, les HSAs urbains, sont plus densément peuplés. De l'autre côté, les HSAs se composent d'un nombre d'hôpitaux allant de un à seize. Les plus nombreux se trouvent dans les régions urbaines.

Dans cet ordre d'idées, Jia et al. (2017) expliquent que les hôpitaux généralistes et spécialisés forment ensemble un système de HSA hiérarchisé (2017 : 608). En effet, un hôpital spécialisé dessert une large région. Celle-ci comprend également plusieurs hôpitaux généralistes, plus bas dans la hiérarchie, qui offrent leur service dans leur aire de chalandise qui est donc plus petite. Cela amène les auteurs à identifier trois types de hiérarchie dans le domaine des soins.

- Le premier, appelé *successively inclusive hierarchy*, concerne une région dans laquelle les pourvoyeurs/yeuses de service offrent tous leurs services partout (2017 : 610).
- Le deuxième, *locally inclusive hierarchy*, où l'hôpital présente son service uniquement aux client-e-s de sa propre région et son service/bien de haute gamme aux client-e-s externes (2017 : 610).
- Le troisième, *successively exclusive hierarchy*, où les prestataires de chaque niveau hiérarchique offrent exclusivement les services relatifs à leur propre niveau (2017 : 610).

De ce point de vue, la structure des HSAs aux États-Unis d'Amérique correspond, d'après les auteurs, au premier archétype, dans lequel on retrouve, à la base de la hiérarchie, les centres médicaux de proximité (offrant les diagnostics de base), ensuite les hôpitaux généralistes (dispensant des soins généralistes, y compris les soins aigus et chroniques, ambulatoires, psychiatriques et préventifs). Et finalement, au sommet se trouvent les hôpitaux centraux (proposant des soins à la fois généralistes et spécialisés, notamment des procédures complexes) (2017 : 610).

En dernier lieu, il convient de préciser les comportements du côté de l'offre et de la demande. Les prestataires proposent leurs services dans leur aire de chalandise respective et se répartissent dans l'espace en sorte de ne pas se concurrencer (GENEAU DE LAMARLIERE et al. 2013). L'absence de concurrence entre les producteurs/trices dans l'espace constitue un élément fondamental de la structure en nid d'abeille. Les consommateurs/trices quant à elles/eux sont informé-e-s, elles/ils ont des revenus, des goûts et des besoins constants dans l'espace (GENEAU DE LAMARLIERE et al. 2013).

3.2.2. THEORIE DES RESEAUX DE VILLES

Notre deuxième modèle, la théorie des réseaux de villes, apporte des éléments complémentaires à l'étude de localisation des services. Cette approche théorique met en exergue l'avènement d'une relation horizontale entre les espaces urbains (CAMAGNI et al. 1993) et une déconnexion entre la taille de la ville et ses fonctions (MEIJERS 2007). En effet, la baisse des coûts de transport et l'essor de la mobilité demandent de nuancer les contraintes de la distance entre les villes (CATTAN et al. 1999) et ont remis en question les hypothèses de la théorie des places centrales en lien avec la hiérarchie des lieux et l'absence de concurrence. Se basant sur cette évolution, les réseaux de ville sont définis de la manière suivante :

« City networks (stricto sensu, dropping traditional hierarchical networks) are systems of relationships and flows, of a mainly horizontal and non-hierarchical nature, among specialised centres, providing externalities or economies respectively of specialization/complementarity/spatial division of labour and of synergy/co-operation/innovation » (CAMAGNI et al. 1993: 1059).

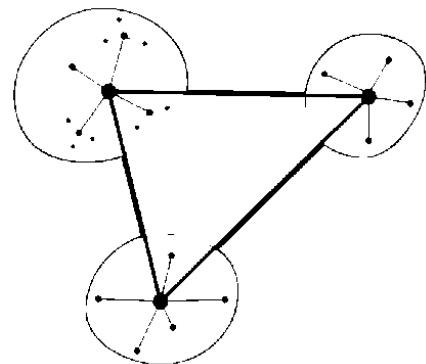
L'approche par les réseaux de villes pose quelques postulats fondamentaux que nous allons détailler dans les paragraphes suivants.

Le premier postulat est celui de la **synergie** du réseau. Celle-ci se définit généralement comme étant le résultat d'une action ou d'une entreprise commune entre plusieurs entités à l'issue de laquelle toutes les parties tirent des externalités positives (MEIJERS 2005 : 767). Celles-ci correspondent plus précisément aux avantages économiques dont profitent les parties en participant au réseau (MEIJERS 2005).

D'autre part, l'action commune s'effectue sous les formes de coopération ou de complémentarité. La première concerne les réseaux dans lesquels les entités ont un objectif ou activité communs. Dans ce cas, au lieu de travailler de leur côté, ils décident de faire partie d'un réseau afin de réaliser des économies d'échelle. A ce propos, Meijers (2005) et Camagni et al. (1993) s'accordent à dire que ce mécanisme de production de synergie doit être compris comme une coopération entre les villes des régions métropolitaines. Dans cette perspective, les villes en coopération ne se trouvent pas nécessairement à proximité les unes des autres.

Le second mécanisme de production de synergie, à savoir la complémentarité, « [...] results from the differentiation between centres or cities in terms of urban functions, while these urban functions should be provided, at least partly, for the same geographical demand market » (MEIJERS 2007 : 248). Plus précisément, ce mécanisme exige d'un côté, une différenciation entre les activités/aménités/environnement résidentiel, ce qui revient à dire que les villes se focalisent sur

Figure 2 : Réseaux de villes (BATTEN 1995)



un certain nombre de prestations, en renonçant à d'autres (CREVOISIER 2004 ; MEIJERS 2005). Autrement dit, la complémentarité vise à créer de la synergie en procédant à une spécialisation (ou division spatiale du travail) des villes. De l'autre côté, les marchés de la demande pour ces activités doivent en partie se chevaucher (MEIJERS 2005).

Parallèlement, Meijers (2005) précise que si les deux mécanismes de synergie existent dans les régions urbaines polycentriques, la complémentarité constitue le mécanisme dominant dans ces régions en raison de l'importance du facteur de proximité (2005 : 772).

Le deuxième postulat concerne la **complémentarité entre les approches théoriques**. Elle consiste à dire que l'existence des réseaux de villes n'exclut pas les formes hiérarchiques de l'organisation spatiale. En effet, la théorie des places centrales et celle des réseaux de villes abordent des réalités différentes qui peuvent coexister (CAMAGNI et al. 1993).

Et finalement, le troisième postulat reconnaît, contrairement à la théorie des places centrales, l'existence de la **concurrence** entre les centres ou les villes (MEIJERS 2007). Tout en rappelant l'existence de la hiérarchie dans le réseau, Cattani et al. (1999) soulignent le fait qu'une relation de concurrence se met en place entre les villes de même niveau hiérarchique et géographiquement proches. En effet, il résulte de l'essor de la mobilité que « [...] *les prestations de services, privées ou publiques, sont de plus en plus soumises au principe de concurrence et de moins en moins protégées par la distance géographique* » (BATAÏNI et al. 2004 : 7).

Cela dit, Meijers (2007) propose d'appréhender l'étude de l'organisation spatiale et de l'expansion des prestations hospitalières aux Pays-Bas du point de vue de la théorie des réseaux de villes. L'auteur commence par rappeler que, « [...] *en raison de la remontée en échelles de l'offre et de la demande, les hôpitaux se sont transformés des établissements locaux en institutions régionales* » (2007 : 246 ; trad.). À cela s'ajoute la mise en place des règles de la concurrence dans le secteur des soins hospitaliers, ce qui met en compétition ces institutions pour attirer un plus grand nombre de patient-e-s en étendant leurs activités sur plusieurs régions (2007 : 246).

L'étude traite des hôpitaux généralistes, et non pas ceux dits académiques. Ces derniers offrent des prestations très pointues et spécialisées, fonctionnant ainsi à un niveau territorial supérieur (MEIJERS 2007 : 249). Du reste, les hôpitaux visés sont multisites, en d'autres termes, ils détiennent des établissements dans plusieurs villes. Cette catégorie représente la majorité des établissements fournisseurs de soins aux Pays-Bas. En raison de leur caractère multisite, ils fonctionnent le plus souvent au niveau d'une région urbaine polycentrique et ont acquis une importance au niveau régional (2007 : 249). C'est pourquoi l'étude des liens entre les sites d'un établissement offre, d'après l'auteur, une illustration intéressante des relations inter-villes dans une perspective de la théorie des réseaux.

Par la suite, l'auteur identifie trois modèles de localisation possibles qui se présentent aux hôpitaux. Primo, plusieurs sites offrent les mêmes soins. Secundo, l'hôpital peut décider de concentrer toutes les activités dans un seul site. Tertio, chaque site développe un profil différent et spécialisé, ce qui les rend complémentaires entre eux (2007 : 254). Dans cette optique, les deux premiers modèles s'inscrivent dans la théorie des places centrales, alors que le troisième correspond au modèle des réseaux. Parallèlement, pour être complémentaires, rappelons-le, il faut que les sites desservent la même région (MEIJERS 2007 : 255).

Cependant, le choix entre les trois modèles de réorganisation précités dépend de plusieurs facteurs tels que les capacités financières et la concurrence d'avec d'autres hôpitaux (MEIJERS 2007). A cet égard, l'auteur relève que, face à une concurrence féroce dans une région

urbanisée, les managers décident souvent d'accorder des profils distincts et différenciés aux sites (MEIJERS 2007 : 255).

Par ailleurs, en lien avec le caractère multi-sites des établissements, précisons que le choix du modèle d'organisation relève d'une importance considérable. A ce propos, Yu et al. (2013) ont étudié le lien entre les formes de collaboration et la performance des hôpitaux à Taiwan. Les auteurs définissent la performance en référence aux critères de qualité et d'efficacité des prestations hospitalières. D'un côté, la qualité est évaluée en fonction de trois dimensions : le résultat, le processus ainsi que la structure des interventions médicales (2013 : 1230 ; en référence à DONABEDIAN 1966). De l'autre côté, l'efficacité se résume comme « [...] *minimal consumption of inputs for a given level of outputs* » (2013 : 1230). Dans cette optique, un hôpital serait efficace lorsque ses charges (qui comprennent essentiellement les frais liés au personnel-le-s de la santé ainsi qu'au dispositif médical) sont moins importantes que son rendement (revenus issus de l'hospitalisation des patient-e-s, en médecine interne/chirurgie/urgence) (2013 : 1230).

Dans un deuxième temps, Yu et al. (2013) distinguent deux types de collaboration. D'une part, les *health networks* correspondent à une forme d'organisation dans laquelle chaque établissement détient une identité juridique, jouissant d'une autonomie plus ou moins grande. D'autre part, dans le cadre des *health systems*, les établissements appartiennent à une seule entité juridique et poursuivent des intérêts communs et disposent d'une autonomie faible (2013 : 1227). À cet égard, les auteurs sont parvenus à la conclusion que l'efficacité et la collaboration sous forme de *health system* sont positivement corrélées (lien significatif). Finalement, ils concluent que l'organisation en *health system* s'avère être particulièrement appropriée, des points de vue à la fois de qualité et d'efficacité, à des hôpitaux locaux (vs métropolitains), privés (vs publics) dans un environnement très compétitif (vs non compétitif).

Envisageons maintenant le comportement des prestataires et des consommateurs/trices. Les premières/ers accomplissent « [...] *des rôles différents et mutuellement bénéfiques* [...] » (MEIJERS 2007 : 248 ; trad.), afin d'atteindre les masses critiques nécessaires à leur activité (CAMAGNI et al. 1993). Dans cette perspective, le but des managers des hôpitaux consiste à maximiser la qualité des prestations de santé, augmenter le nombre de services spécialisés, assurer un certain volume d'activités en même temps qu'accroître le chiffre d'affaires (MEIJERS 2007 : 253). Les consommateurs/trices quant à elles/eux sont mobiles et cherchent une variété de services (CAMAGNI et al. 1993).

3.2.3. THEORIE DE LA BASE ECONOMIQUE

La troisième manière de penser le lien entre la localisation des services et le territoire se fait à travers une approche par la théorie de la base économique. Cette dernière nous paraît intéressante car elle met l'accent sur « [...] *l'impact économique et spatial de la mobilité des personnes* » (SEGESSEMANN 2016 : 40). Ses deux composantes clés, à savoir la **captation** des revenus et la **fuite**, seront expliquées dans les paragraphes qui suivent.

Pour commencer, cette théorie associe le développement économique d'une région à la capacité de celle-ci à produire des biens et des services exportables dans un processus de création de la richesse (CREVOISIER et al. 2001; SEGESSEMANN et al. 2013). Autrement dit, le développement local dépend de la capacité de la région à capter les revenus externes, en exportant des biens et des services (TALANDIER et al. 2009). Le revenu issu du secteur productif (dit activité basique) serait, par la suite, en mesure de créer des activités induites (ou domestiques). Celles-

ci, dont le marché est local (CREVOISIER et al. 2001), sont « [...] *au service des travailleurs des activités basiques* » (SEGESSEMANN 2016 : 29) et renforceront à leur tour le développement local.

En même temps, la richesse créée par le secteur productif ne serait pas entièrement dépensée dans la région. Ici, les fuites représentent l'envers de la médaille. Elles correspondent à la partie du revenu régional consacrée à l'acquisition de biens et de services à l'extérieur de la région (CREVOISIER et al. 2001).

Bien que son approche reste pertinente, la théorie de la base économique n'est pas dénuée de critiques, dont nous avons retenues trois, relatives à la nature des activités, la dimension temporelle ainsi que la prise en compte de la mobilité des facteurs de production. Nous proposons de reprendre en ordre les trois points.

- Premièrement, Crevoisier et al. (2001) argumentent que le secteur de base est difficile à identifier. À travers l'exemple d'un restaurant, les auteurs expliquent qu'il peut être considéré comme une activité induite ou une activité basique, suivant qu'il se trouve respectivement dans une région industrielle ou touristique.
- Deuxièmement, certain-e-s chercheurs/euses soutiennent l'idée que l'apport des revenus des activités exportatrices au développement régional ne déploie des effets qu'à court terme. Au contraire, sur le long terme, ce sont précisément les activités induites qui jouent un rôle plus déterminant en permettant par exemple d'attirer de nouvelles activités exportatrices (SEGESSEMANN 2016 : 32).
- Troisièmement, la mobilité des personnes n'est pas entièrement prise en considération par la théorie. En effet, il y avait par le passé correspondance entre le lieu de production et de consommation. Les travailleurs/euses étaient peu mobiles et l'essentiel des fuites de revenus était dû à l'achat des biens et des services par les entreprises à l'extérieur de la région (SEGESSEMANN 2016). Toutefois, comme nous l'avons vu au sous-chapitre dédié à la théorie des réseaux de villes, une grande partie de la littérature pointe l'essor important de la mobilité des biens et des personnes.

C'est précisément dans ce contexte que Davezies (2008) a introduit la théorie de la base économique revisitée. Étant donné l'essor de la mobilité (des biens et des personnes), Davezies (2008) et Segesseman et al. (2013) s'accordent à dire que les revenus ne sont pas entièrement dépensés là où ils sont créés. Davezies (2008) explique cette évolution des modes de vie comme suit :

« Dans une société qui passe si peu de temps à produire et tellement à consommer, la dissociation entre temps de production et temps de consommation finit par se traduire par une dissociation entre lieux de production et lieux de consommation. Les moyens de la mobilité aidant, dans tous les segments du cycle de vie, on voit s'opérer de nouveaux ajustements entre le type d'activité, le temps qui y est consacré et le territoire. » (2008 : 35)

D'après l'auteur, l'essor de la mobilité et par conséquent celui des flux de revenus se manifestent à travers quatre phénomènes, notamment en lien avec les déplacements des populations étudiantes, touristes, retraitées ainsi que pendulaires.

Partant de ce constat, l'auteur propose d'intégrer, au revenu de la base productive, trois nouveaux revenus de base non productifs, que les territoires tentent de capter :

- La *base publique*, rassemblant les salaires des emplois publics ;

- La *base résidentielle* comprend notamment les revenus issus des retraites, du tourisme et des pendulaires ;
- La *base sociale* découle des prestations des assurances sociales, telles que le remboursement des soins de santé et l'assurance-chômage (DAVEZIES 2008 : 58 ; SEGESSEMANN et al. 2013 : 709).

Cette nouvelle catégorisation des revenus basiques est réalisée par Davezies à partir de la moyenne arithmétique du poids des activités économiques en France (2008 : 57).

Cependant, nous pouvons nous interroger sur le poids des quatre revenus basiques dans l'économie suisse. À ce propos, l'étude de Segessemann et al. (2013) nous apprend qu'en 2010, environ deux tiers des revenus dans les communes étaient issus des activités résidentielles (regroupant les trois revenus basiques non productifs) et seulement un tiers découlait des activités exportatrices. Tout en soulignant l'importance de la base productive, les auteurs insistent sur la complémentarité des quatre revenus basiques dans le développement d'une région.

En prenant en considération quatre revenus basiques, la théorie de la base revisitée met donc en exergue l'importance de la consommation des biens et des services par les populations, ce pour qu'une région puisse se développer. Cela ouvre la voie à l'analyse du dernier aspect essentiel pour comprendre cette approche théorique, en l'occurrence la définition du territoire.

En effet, il existe deux modèles d'analyse de développement territorial. Le premier renvoie à la « [...] *contribution des territoires à la croissance* [...] » (DAVEZIES 2008 : 50). Dans cette optique, le territoire est considéré comme une variable de production contribuant ainsi à la croissance nationale, principalement mesurée par l'indicateur de PIB.

Le second modèle traite du « [...] *développement social des territoires* » (2008 : 50). Dans cette optique, le territoire est abordé sous l'angle de la demande, c'est-à-dire en tant que « [...] *support d'une population* » (2008 : 52). Ici, on s'intéresse au bien-être des gens, en lien avec des facteurs qui inciteraient les individus à résider ou à consommer dans un lieu donné (DAVEZIES 2008 ; TALANDIER et al. 2009). La différence, et en même temps la complémentarité, entre les deux modèles précités reposent sur le constat selon lequel certains territoires ne sont pas capables, malgré leur efficacité productive au sens de PIB, d'attirer le revenu des (nouveaux/elles) résident-e-s (TALANDIER et al. 2009).

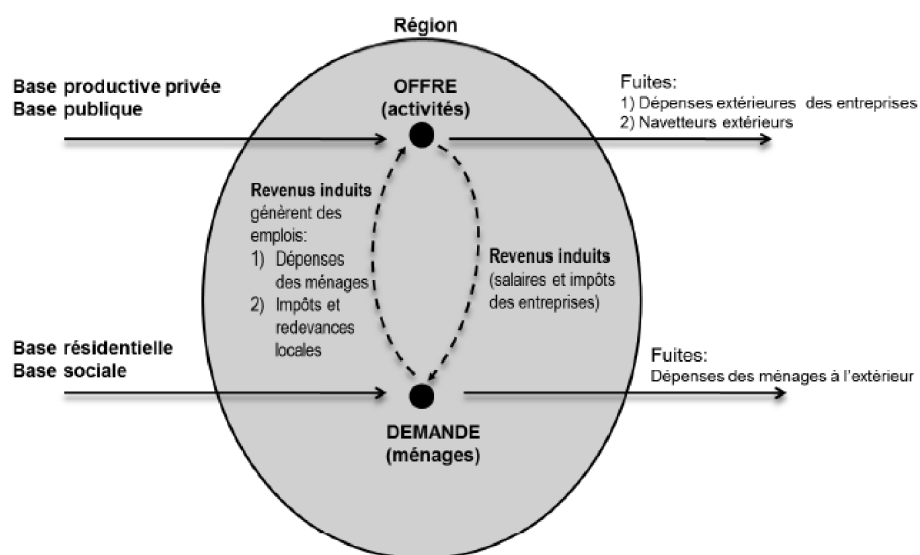
Pour le présent travail de mémoire, nous avons retenu l'acception du développement territorial comme cadre de vie. L'enjeu du territoire en tant que support de la population consiste donc à lire le développement en lien avec les conditions de vie de « [...] *la population résidente qui amène des revenus indépendamment de sa capacité exportatrice* » (SEGESSEMANN et al. 2013 : 712). Dans cette perspective, Glaeser et al. (2001) ainsi que Markusen et al. (2007) soulignent l'importance de la consommation des services localement produits. Ces derniers permettent en effet d'attirer des consommateurs/trices non résident-e-s, mais aussi par la suite des résident-e-s qualifié-e-s dans la région. En l'occurrence, Glaeser et al. (2001) énumèrent les quatre aménités locales suivantes qui contribuent à rendre une ville plus attractive : la variété des biens et services offerts, l'esthétique architecturale, l'offre de services publics ainsi que la vitesse et l'efficacité des transports publics. Schubarth et al. (2009) rajoutent à cette liste l'imposition fiscale, la formation et la santé.

Vu ce qui précède, l'attractivité d'une région peut donc s'apprécier à la fois dans une perspective résidentielle à travers l'installation de nouveaux/elles résident-e-s dans un lieu (économie

résidentielle) et présenteielle qui vise à promouvoir la consommation des aménités locales autant par la population résidente que non-résidente (économie présenteielle).

Cela étant dit, la théorie de la base économique revisitée tient compte, tout comme le modèle classique, des fuites de revenus à l'extérieur du territoire. Cependant, en raison de l'essor de la mobilité des consommateurs/trices, la théorie revisitée traite la question des fuites en incluant la part des revenus basiques des ménages, dépensés à l'extérieur du territoire (SEGESSEMANN 2016). Il paraît dès lors essentiel d'aborder « [...] *les logiques de dépense de ces revenus localement par les consommateurs* » (SEGESSEMANN 2016 : 43), ou *a contrario*, les motifs de déplacements des personnes à l'extérieur du territoire. Autrement dit, il ne suffit pas de capter les revenus externes. L'enjeu consiste aussi à diminuer les fuites et encourager les dépenses sur place (SEGESSEMANN 2016).

Figure 3 : Théorie de la base économique revisitée (SEGESSEMANN et al. 2013)



Bien que développée avant la théorie de la base économique revisitée, l'approche par la médicométrie régionale (BAILLY 1984) peut s'inscrire dans la perspective d'économie résidentielle. Se situant à l'intersection de l'économie, de la géographie et de la médecine, la médicométrie vise à « [...] *analyser le rôle d'une infrastructure hospitalière et d'évaluer ses impacts socio-économiques [...]* » (BAILLY et al. 1997 : 818) sur le territoire. Ceux-là sont traités par le biais de quatre dimensions interdépendantes.

En premier lieu, les impacts économiques d'un hôpital se traduisent à travers l'achat des biens et des services par l'hôpital ainsi que les « [...] *flux économique-financiers qui sont partiellement réinjectés dans la région sous forme de consommation et de salaires dont une partie sera dépensée dans la région* » (BAILLY 2010 : 20). Dans cette optique, Bailly (2010) énonce que les dépenses locales des salaires sont plus importantes que celles effectuées à l'extérieur de la région, même si elles dépendent aussi de la taille de la ville, des types de populations résidentes ainsi que de la localisation de l'hôpital (région frontalière ou à proximité d'une région métropolitaine). Les chercheurs/euses procèdent donc au calcul des retombées directes et indirectes du service en question.

En deuxième lieu, l'auteur explique que l'accessibilité des infrastructures de soins de bonne qualité et l'existence d'un hôpital sont des facteurs contribuant à l'amélioration de la qualité de vie des habitant-e-s. En troisième lieu, la présence des travailleurs/euses éduqué-e-s d'un

établissement hospitalier participe à l'épanouissement culturel de la région. Et en dernier lieu, vu les trois dimensions énumérées, l'hôpital offre une image positive de la région, en permettant d'attirer de nouveaux/elles résident-e-s et entrepreneurs/euses (BAILLY 2010).

3.2.4. SYNTHÈSE DES TROIS THÉORIES

Les places centrales et les réseaux de villes traitent, toutes les deux, de la répartition spatiale des activités de services. Les prestataires doivent, dans les deux cas, s'assurer d'un bassin de population suffisamment grand pour rentabiliser leur activité. Or, si la première met l'accent sur le rapport vertical et hiérarchique entre une place centrale et son aire d'influence (TAYLOR et al. 2010), la deuxième aborde les relations entre des villes de même niveau (MEIJERS 2007). Alors que dans la première théorie, les aires de chalandise sont exclusives, la seconde stipule que celles-là se recoupent et les territoires se trouvent en concurrence les uns avec les autres. Dans ce contexte, le volume de prestations proposées dépend précisément de l'aire de chalandise de chaque prestataire.

La théorie de la base économique revisitée s'intéresse quant à elle au territoire comme cadre de vie de la population et les activités qui sont susceptibles de rendre celui-là attractif. Le but consiste à capter des revenus basiques et diminuer les fuites vers l'extérieur du territoire.

Étant donné que les trois approches théoriques abordent les enjeux relatifs à la répartition spatiale des services en mettant l'emphase sur certains éléments spécifiques, il nous paraît judicieux de penser la question de la planification hospitalière neuchâteloise à travers une combinaison des trois angles de vue.

3.2. QUESTION DE RECHERCHE

Étant donné les enjeux évoqués dans le chapitre de la contextualisation et la complémentarité des approches théoriques, notre but consiste à expliquer la réalité du terrain neuchâtelois en juxtaposant les théories des places centrales, des réseaux de villes et de la base économique revisitée. Ainsi, notre étude vise à répondre à la question de recherche suivante :

Quel est l'impact de la planification hospitalière sur la répartition spatiale des activités hospitalières et des patient-e-s ?

3.3. MODELE D'ANALYSE

Les concepts de géographie économique étant abstraits, ils ne disent rien sur la manière d'étudier la localisation spatiale des soins hospitaliers. C'est pourquoi la construction d'un modèle d'analyse constitue une étape charnière dans notre travail, pour faire le lien entre la théorie et le terrain.

Dans cette optique, les hypothèses rendent les concepts abstraits applicables à la réalité du terrain. Elles se définissent comme « [...] *des réponses provisoires et relativement sommaires qui guideront le travail de recueil et d'analyse des données et devront en revanche être testées, corrigées et approfondies [...]* » (QUIVY et al. 2006 : 109).

Vu les explications relatives aux théories des places centrales et des réseaux de villes, construire notre modèle d'analyse revient d'abord à établir une relation entre l'aire de chalandise de l'hôpital et les prestations offertes par lui. Ainsi notre première hypothèse se formule comme suit :

1) Il existe une corrélation positive entre l'aire de chalandise de l'hôpital et le degré de spécialisation de ses prestations. Une aire de chalandise correspondant au territoire du canton de Neuchâtel permet de développer plus de spécialisations médicales. Inversement, le maintien de deux établissements de soins aigus réduirait l'aire de chalandise de l'hôpital public et donc le nombre de spécialisations médicales.

Ensuite, il y a lieu de préciser les dimensions de l'aire de chalandise. Dans le cadre théorique, nous avons vu que l'aire de chalandise renvoie au bassin de population ou la *masse critique* (FOX et al. 1974 ; CAMAGNI et al. 1993) nécessaire à l'exercice de l'activité. Il consiste à dire que l'essentiel des client-e-s d'un-e prestataire proviennent du bassin de population dans lequel elle/il propose ces services.

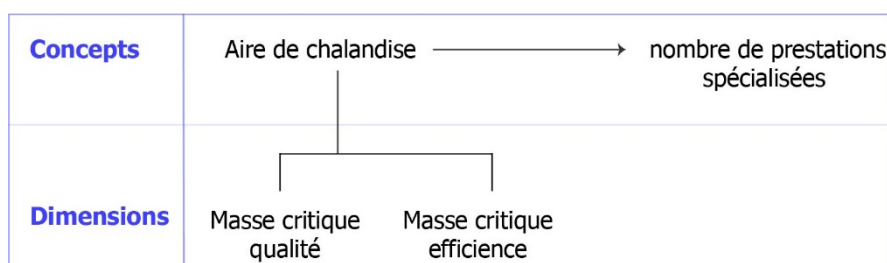
Cela dit, la masse critique est soumise à deux acceptions dans la littérature. La première, issue de la littérature médicale, de la loi ainsi que des rapports de planification, désigne un seuil minimal d'interventions médicales qui contribue à garantir la qualité des soins. Dans cette optique, une pratique fréquente par les médecins/hôpitaux augmenterait les chances de succès de l'intervention médicale.

La deuxième acception utilisée par la littérature portant sur les questions économiques, y compris la théorie des places centrales et celle des réseaux de villes, renvoie à un critère

économique. Ici, la masse critique (ou la taille critique) permet de répondre au critère de l'efficacité. Le but consisterait donc à minimiser les dépenses et maximiser les revenus à travers un nombre suffisamment important de consommateurs/trices, en l'occurrence les patient-e-s, fréquentant l'établissement (YU et al. 2013). Alors que la théorie des places centrales prévoit une aire de chalandise exclusive à chaque prestataire du même niveau, la théorie des réseaux de villes explique que les aires de chalandises se chevauchent.

Bien que la distinction entre les deux acceptions ne soit pas toujours claire dans les discours, nous retenons néanmoins qu'un seuil minimal de patient-e-s est nécessaire afin de justifier d'une part le maintien des centres de compétence et de formation (critère qualitatif) et d'autre part, la rentabilité des activités de l'établissement (critère de l'efficacité).

Figure 4 : Hypothèse 1 (schéma)



Notre seconde hypothèse aborde le lien entre les services hospitaliers et le développement territorial :

2) Les prestations hospitalières de bonne qualité font partie des aménités locales qui contribuent à attirer de nouveaux/elles patient-e-s et résident-e-s dans la région. En effet, un établissement pour les soins aigus et un pour la réadaptation permet d'attirer plus de spécialistes dans le canton, en même temps que de diminuer le nombre d'hospitalisations hors canton.

Là aussi, il est nécessaire de déterminer les dimensions relatives à la qualité des soins. Dans cette perspective, Callon et al. (2000) fournissent des outils intéressants que nous entendons déployer ici afin de concrétiser la notion de qualité. Plus précisément, leur approche par la qualification des produits et des services permet d'aller au-delà de la définition présentée par la loi et le gouvernement, ceci afin d'étudier le fonctionnement de la notion de qualité sur le marché de la santé.

Les auteur-e-s commencent par expliquer que la qualification d'un produit/service est un processus qui se base sur la hiérarchisation de ceux-ci sur un marché. Cependant, ce qui rend possible la hiérarchisation est le caractère à la fois similaire et différent de ces prestations. C'est précisément autour de ce processus de hiérarchisation que se joue la compétition entre différent-e-s prestataires. Ainsi, le marché est structuré d'un côté par la singularisation des biens et de l'autre côté, par l'attachement/détachement des services aux consommateurs/trices.

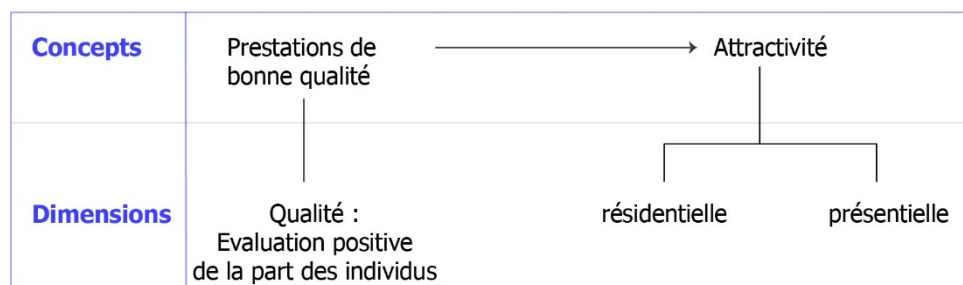
Concernant le processus de singularisation, l'argument central consiste à dire que tou-te-s les agent-e-s économiques (à la fois du côté de la demande et de l'offre), interviennent et coopèrent dans le processus de qualification parce que « [...] *les questions qu'ils se posent sont en grande partie identiques* » (CALLON et al. 2000 : 215). Du côté de la demande, on s'intéresse à la

manière dont les consommateurs/trices perçoivent et évaluent les différences entre les prestations. Afin de saisir les différences « [...] *sur fond de similitude* » (2000 : 224), les consommateurs/trices déploient leur dispositif socio-cognitif (en se référant par exemple à l’emballage et à la réputation des prestataires). En même temps, le réseau social dans lequel elles/ils se trouvent joue également un rôle (par ex. les recommandations d’une association de consommateurs/trices). Dans l’optique de l’offre, on se focalise sur la question de savoir « *Comment faire en sorte que le consommateur identifie des propriétés qu’il sera amené à évaluer positivement* » (2000 : 225). Dans cette perspective, la/le prestataire est amené-e à penser et reconfigurer la matérialité de la prestation ainsi que sa présentation. Pour ce faire, il devrait comprendre les usages observables et leur évolution chez les consommateurs/trices et prêter attention aux retours d’expérience (2000 : 236). L’étape de la singularisation permet donc de comparer et de hiérarchiser les services entre eux.

La seconde étape consiste dans l’attachement / détachement des consommateurs/trices au service et elle est intrinsèquement liée au processus de singularisation. Dans cette étape, les prestataires tentent de *sortir les client-e-s de leurs routines* et changer les préférences de ces dernières/ers en reconfigurant leur dispositif socio-cognitif (CALLON et al. 2000 : 229). Ainsi, l’objectif est double : d’une part, on encourage les consommateurs/trices à participer plus activement au processus de qualification. D’autre part, l’aboutissement de cette étape permet aux prestataires de « [...] *organiser à leur avantage ce processus de (re)qualification* » (2000 : 237).

Pour ce qui est de l’attractivité du territoire, elle se divise comme nous l’avons vu, en deux dimensions. L’attractivité résidentielle concerne les facteurs qui incitent les individus à s’établir dans une région donnée. De l’autre côté, l’attractivité présentielle traite quant à elle de la consommation des prestations dans une région, autant par la population résidente que non-résidente (SEGESSEMANN et al. 2013).

Figure 5 : Hypothèse 2 (schéma)



Quatrième Partie

MÉTHODOLOGIE

4.1. GENERALITES

Le modèle d'analyse étant élaboré, nous allons à présent expliquer la manière dont nous envisageons de le soumettre à l'épreuve des faits. Cette partie a donc pour ambition de définir les moyens de recueil d'informations et la méthode d'analyse des données.

Les sciences sociales, tout comme d'autres disciplines scientifiques, emploient des méthodes d'enquête diverses telles que le questionnaire, l'entretien et l'analyse des documents (QUIVY et al. 2006). Dans le cadre de notre recherche, nous avons privilégié la méthode dite 'qualitative', que Flick (2011) définit de la manière suivante :

« [...] qualitative research uses text as empirical material (instead of numbers), starts from the notion of the social construction of realities under study, is interested in the perspectives of the participants, in everyday practices and everyday knowledge referring to the issue under study. » (2011 : 2)

Il s'agit plus précisément de rendre compte des points de vue en présence et le fonctionnement de l'organisation du système de santé à travers les expériences vécues des personnes, ce de manière plus approfondie et en même temps nuancée. C'est pourquoi nous avons opté pour la requête par entretiens individuels ainsi que l'analyse des documents existants. Les deux méthodes seront présentées dans les paragraphes suivants.

4.2. RECOLTE DES DONNEES

4.2.1. ENQUETE PAR ENTRETIEN

L'entretien individuel est apparu comme un instrument pertinent, car il permet de présenter de manière plus nuancée et approfondie les points de vue relatifs au fonctionnement de l'hôpital sur le marché de la santé. Pour reprendre les mots de Blanchet et al. (1992), « *Le questionnaire provoque une réponse, l'entretien fait construire un discours* » (1992 : 40). L'objectif est donc de repérer les points de vue et les expériences des individus (KOHN et al. 2014 : 70) sur la question de l'organisation des soins hospitaliers.

Une enquête par entretien nécessite d'être préparée à l'avance. Il y a donc lieu de préciser la population de recherche (l'échantillon et le mode d'accès aux interviewé-e-s), le plan ainsi que le déroulement des interviews (BLANCHET et al. 1992).

La population – De la conception jusqu'à la consommation des prestations hospitalières, la question de la répartition spatiale de celles-ci implique, nous l'avons vu, divers-e-s intervenant-e-s ayant des intérêts et objectifs différents, parfois même opposés (ROSSINI 2014).

Évidemment, le hasard fait que chaque individu peut être amené à consommer les prestations de soins au cours de sa vie, et ce indépendamment de sa position dans la procédure de planification. Nous avons toutefois décidé de nous pencher sur le côté de l'*offre* des soins hospitaliers, en interrogeant trois catégories de personnes : 1) les prestataires de soins médicaux, 2) les individus ayant occupé un poste dans les organes dirigeants des établissements hospitaliers, et finalement, 3) les politiques et les fonctionnaires, c'est-à-dire les député-e-s du Grand Conseil neuchâtelois ainsi que les personnes travaillant au sein de l'exécutif. Nous estimons que les trois catégories précitées sont les plus à même de donner des réponses sur la question de l'offre des prestations de soins hospitaliers sur le territoire cantonal. Du côté de la

demande, des enquêtes ont déjà été réalisées par différents organismes pour accéder à l'avis des patient-e-s (potentiel-le-s).

Cela dit, la taille de notre échantillon est plus petite que celle qui est nécessaire dans le cadre d'une recherche quantitative (via l'analyse des données statistiques) puisque, comme nous l'avons précisé plus haut, notre but consiste à travailler avec des données plus approfondies et nuancées. Nous ne procédons donc pas à la validation des hypothèses par la probabilité d'occurrence des données (BLANCHET et al. 1992 : 54).

Ensuite, l'accès aux interviewé-e-s s'est principalement réalisé à travers la consultation de site web des établissements prestataires de soins, du canton, de l'exécutif de la ville de la Chaux-de-Fonds et des partis politiques. Le suivi de la presse concernant le dossier hospitalier s'est avéré également très utile pour identifier les personnes appartenant à notre population de recherche, spécialement en lien avec l'initiative populaire de 2017.

Cette étude se base sur onze entretiens face-à-face, sur un total de dix-sept individus que nous avons contactés. Le service de la santé publique du canton ainsi que la clinique Volta (La Chaux-de-Fonds) ont refusé de nous accorder un entretien, en raison de surcharge de travail pour les mois à venir.

Vu ce qui précède, nous estimons que la taille de notre échantillon ainsi que la diversité du profil des interviewé-e-s permettent de rendre compte des dimensions et de la diversité des représentations par rapport au thème de la planification hospitalière.

Le plan d'entretien – Nous avons recouru à la méthode des entretiens semi-directifs avec une grille d'entretien pour deux raisons. D'une part, la grille d'entretien est structurée sur la base de nos hypothèses et concepts de recherche. Cela permet donc de s'assurer que les différentes dimensions de la recherche seront passées en revue pendant les interviews. D'autre part, les questions sont formulées de manière à guider l'interviewé-e dans la conduite de l'entretien sans être trop précises, afin qu'elle/il puisse s'exprimer ouvertement. Les questions ont été formulées de la manière la plus neutre possible, une exigence qui est d'autant plus stricte que la thématique de la répartition spatiale des soins suscite beaucoup d'émotions.

Ensuite, notre grille d'entretien a été élaboré de sorte de pouvoir mettre en évidence les facteurs influençant l'environnement hospitalier (CUEILLE 2005) et les stratégies que les milieux hospitaliers, les politiques et les médecins préconisent pour adapter l'offre. Du reste, les questions devaient couvrir les notions clés des trois théories. Elles se divisaient en deux sections. La première, intitulée « Concurrence » contient des thèmes relatifs à la position du canton de Neuchâtel à l'échelle suisse, les éventuelles décisions de mise en réseau des hôpitaux publics et privés, la masse critique et l'impact des facteurs externes sur la collaboration entre les établissements. La seconde, nommée « Mobilité », renvoie à des notions telles que la fuite des patient-e-s, la qualité des soins et la distance (voir la grille d'entretien en annexe).

La conduite des entretiens – Le lieu et le temps du rendez-vous ont été convenus avec les interviewé-e-s. Ainsi, les discussions ont eu lieu à Neuchâtel, Berne, Corcelles, La Chaux-de-Fonds ainsi qu'au Landeron. La majeure partie d'entre elles se sont déroulées sur le lieu de l'activité professionnelle des interlocuteurs/trices.

Pour commencer, nous avons mené un entretien exploratoire avec M. Nicolas Babey. Cette étape a permis de relever certains éléments auxquels nous n'avions pas pensé, notamment en lien avec la concurrence et le processus de qualification.

Ensuite, au moment de la prise de contact avec les individus de notre échantillon, par courriel ou par téléphone, nous avons expliqué : l'objectif de notre travail de recherche, les critères justifiant la sélection des interviewé-e-s ainsi que l'enregistrement des entretiens. Quant à ce dernier critère, nous avons garanti le traitement confidentiel des propos recueillis et précisé que les citations extraites pour être reproduites dans le travail de mémoire peuvent, si elles/ils le souhaitent, être anonymisées.

La durée des entretiens allait de 00h29 minutes à 1h 24. Tous les entretiens ont été enregistrés, ce afin de garantir l'exactitude des données récoltées. D'autre part, cela nous a également permis de rester concentrée sur la discussion et d'éviter de prendre beaucoup de notes, pour économiser du temps. Durant l'entretien, nous avons évidemment noté les idées principales afin de pouvoir rebondir, si nécessaire, sur certains éléments et approfondir les réponses.

Quatre personnes ont demandé d'avoir accès aux citations retenues afin de confirmer et éventuellement modifier les déclarations. Nous avons donc envoyé à chacune les citations extraites de l'interview, après avoir terminé le travail d'analyse.

29.04.2019	Jean-Frédéric de Montmollin	Député au Grand Conseil NE, président de la commission Santé
02.05.2019	Muriel Desaulles	Directrice générale ad intérim de l'HNe
03.05.2019	Laurent Christe	Ancien directeur général de l'HNe
08.05.2019	Anonyme	Représentant-e de SMN
08.05.2019	Mauro Moruzzi	Député au Grand Conseil NE
08.05.2019	Anonyme	Député-e au Grand Conseil NE
09.05.2019	Anonyme	Médecin
20.05.2019	Théo Huguenin-Elie	Conseiller communal de La Chaux-de-Fonds
22.05.2019	Baptiste Hurni	Député au Grand Conseil NE
27.05.2019	Bertrand Curty	Médecin, directeur du CMC
29.05.2019	Giovanni Spoletini	Médecin

4.2.2. ANALYSE DES DOCUMENTS

La répartition des soins hospitaliers est un long processus pour lequel une masse importante de documents a déjà été produite par les organismes privés et publics. Les données qu'ils contiennent sont donc indispensables à notre recherche dans la mesure où elles apportent un aperçu global sur l'évolution de l'offre des prestations hospitalières à l'échelle suisse et du canton de Neuchâtel.

Ainsi, les documents suivants ont systématiquement été croisés aux données issues des entretiens individuels.

- Les rapports officiels (gouvernement et parlement)

- Les rapports d'études
- Les communiqués de presse
- Les données statistiques
- La liste hospitalière du canton
- Les articles relatifs au dossier hospitalier parus dans la presse.

4.3. ANALYSE DE CONTENU

Une fois les données réunies, nous avons sélectionné des informations permettant la confrontation des hypothèses aux faits. Dans cette optique, l'analyse thématique nous a paru être la plus adaptée à nos objectifs de recherche. Cette méthode permet une fragmentation des entretiens et des documents pour faire parler entre elles les données qui se réfèrent aux mêmes thèmes (BLANCHET et al. 1992).

Ensuite, nous avons effectué l'analyse du contenu à proprement dite, en fonction de nos hypothèses de recherche. Il convient de préciser qu'à l'issue d'une recherche qualitative, les hypothèses ne peuvent souvent pas être entièrement réfutées ou corroborées. L'objectif consiste à utiliser les hypothèses comme fil conducteur du travail, afin de relever les diverses représentations et les interprétations en jeu en lien avec notre problématique de recherche. Pour reprendre les propos de Winchester et al. (2016), « *qualitative geographical research tends to emphasize multiple meanings and interpretations rather than seeking to impose any one "dominant" or "correct" interpretation* » (2016 : 8).

Cinquième Partie

ANALYSE

5.1. GENERALITES

Le but de ce chapitre consiste à confronter nos hypothèses de recherche aux données récoltées. Les modèles de mise en réseau présentés dans le canton de Neuchâtel depuis les années 2000 constituent la base de notre analyse. Ils seront mis en parallèle avec la perception portée par nos interlocuteurs/trices d'une part sur l'environnement hospitalier et d'autre part sur la répartition spatiale des prestations.

Nous proposons donc de discuter dans un premier temps du profil de déplacement des patient-e-s, c'est-à-dire les facteurs orientant leur choix vis-à-vis de l'établissement hospitalier. Cette étape préliminaire est un outil indispensable à deux titres. Par rapport à notre première hypothèse, le profil de déplacement met en exergue la notion de portée-limite vue dans le chapitre théorique. À titre de rappel, elle renvoie à la distance maximale que les consommateurs/trices sont disposé-e-s à parcourir pour accéder à un service. Cela nous aidera à exposer les enjeux liés à l'aire de chalandise et le degré de spécialisation. Ensuite, dans le cadre de la seconde hypothèse, le profil de déplacement apporte un éclaircissement quant au processus de qualification des prestations.

Dans un deuxième temps, nos hypothèses seront analysées à la lumière des modèles de répartition spatiale des prestations hospitalières proposés.

5.2. PROFIL DE DEPLACEMENT DES PATIENT-E-S

Comme nous l'avons vu dans le chapitre théorique, l'attitude de consommation des soins est une composante importante d'une réflexion sur la localisation des prestataires de ces services. Cette section a pour objectif de présenter un état des lieux des principaux facteurs qui influencent le profil de déplacement des patient-e-s neuchâtelois-e-s.

5.2.1. PROXIMITE

Le facteur distance-temps entre les consommateurs/trices et les prestataires constitue pour nous une porte d'entrée à la discussion vu le rôle important qui lui est attribué par la théorie des places centrales. Il se traduit, pour les patient-e-s, par la notion de proximité physique (LALANNE 2010). Nous avons donc interrogé les interlocuteurs/trices par rapport à l'importance de ce facteur.

Pour commencer, les interlocuteurs/trices s'accordent à dire que l'importance de la distance est corrélée avec la nature des soins. La proximité devient un facteur pertinent pour les patient-e-s en réadaptation et celles/ceux atteint-e-s de maladies chroniques nécessitant une prise en charge plus régulière. Autrement dit, il s'agit des prestations qui nécessitent une fréquentation régulière des établissements par les patient-e-s et leurs proches. Les extraits reproduits ci-dessous en offre une illustration :

« Ce qui est plus important au niveau de la proximité c'est là où vous allez faire votre convalescence. C'est là qu'il y a un besoin de proximité à la fin de la chaîne du traitement. » (Mauro Moruzzi, député au Grand Conseil, 8 mai 2019)

« Si vous devez subir une intervention ultra pointue ultra délicate ou ultra dangereuse, vous ne vous posez pas la question de la proximité. A l'inverse, lorsque vos proches vont être assez régulièrement hospitalisés en rapport à des pathologies multiples et chroniques, notamment les personnes âgées, et bien là, tout d'un coup, la proximité

joue un rôle. Le même phénomène existe pour tous ceux qui subissent des soins comme les dialyses. Là, la proximité naturellement elle joue un rôle. On peut penser aussi à l'oncologie où on a des présences hospitalières régulières parfois pénibles, mais sans que les patients restent forcément très longtemps à l'hôpital. Là, la proximité joue aussi un rôle. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

En revanche, les propos sont plus nuancés par rapport aux urgences. En effet, tous les interlocuteurs/trices sont d'avis qu'en cas de danger vital, il faut une prise en charge rapide. Toutefois, certaines personnes relèvent que la rapidité de la prise en charge ne se concrétise pas nécessairement par la distance d'avec l'hôpital. Plus précisément, elles/ils mettent en avant que la rapidité de la prise en charge est assurée par les bases SMUR, ce qui semble modifier les rapports entre les patient-e-s en danger vital et l'emplacement de l'hôpital.

« Il fut un temps où la distance à l'hôpital était importante. Actuellement ça n'est plus le cas. Par contre, ce qui est important c'est la distance entre le patient et l'ambulance et le SMUR. [...] il y a quelques années quand vous n'aviez pas les ambulanciers comme ils sont maintenant, quand les ambulanciers arrivaient pour une vraie urgence, ils se dépêchaient pour mettre la personne sur un brancard, ils faisaient des pimpons et ils allaient le plus vite possible à l'hôpital. Si vous avez eu l'occasion de voir les ambulanciers modernes, vous voyez que ce n'est plus du tout ça. Ils sont là et ils sont peut-être là 20 minutes ils sont là peut-être une demi-heure, chez les gens. Ils transforment simplement la chambre du malade en salle de soins intensifs. Il faut voir tout ce qu'ils amènent. [...] J'ai une personne qui fait quelque chose d'important, je ne sais pas, un oedème pulmonaire, un infarctus, ils font tous les soins d'extrême urgence sur place et ils appellent ça "rendre la personne transportable". [...] Et puis quand ils pensent qu'ils ont réussi à stabiliser la situation, ils déplacent la personne en ambulance et ils l'amènent à l'hôpital. La même chose pour les infarctus parce que maintenant si vous faites un infarctus ici, [...] ils ne vont même pas à l'hôpital de Neuchâtel, ils vont directement à Berne. Et ça fait au moins une dizaine d'années que ça existe et ça dans tout le canton. Ça veut dire qu'on considère que pour une urgence qui est une urgence importante, l'infarctus est une urgence importante, n'importe où dans le canton de Neuchâtel, l'hôpital le plus proche, efficace, c'est Berne. » (Jean-Frédéric de Montmollin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

« Je crois que le choix n'appartient pas vraiment en cas d'urgence aux patients. C'est l'urgence qui fait qu'on les emmène là où c'est le plus proche. J'ai deux cas dans mon entourage dernièrement qui ont été transportés en hélicoptère depuis leur lieu d'accident [...] Ils ont été transportés depuis ici jusqu'à Lausanne. » (Anonyme, député-e au Grand Conseil, 8 mai 2019)

Il convient de préciser qu'à l'heure actuelle, le canton dispose de trois bases SMUR situées à Couvet (Val-de-Travers), à La Chaux-de-Fonds et à Neuchâtel (HNE 2015). Ceci dit, même si ce service est déficitaire pour une population d'environ 180'000 habitant-e-s, la situation géographique du canton exige leur maintien (HNE 2015 : 22).

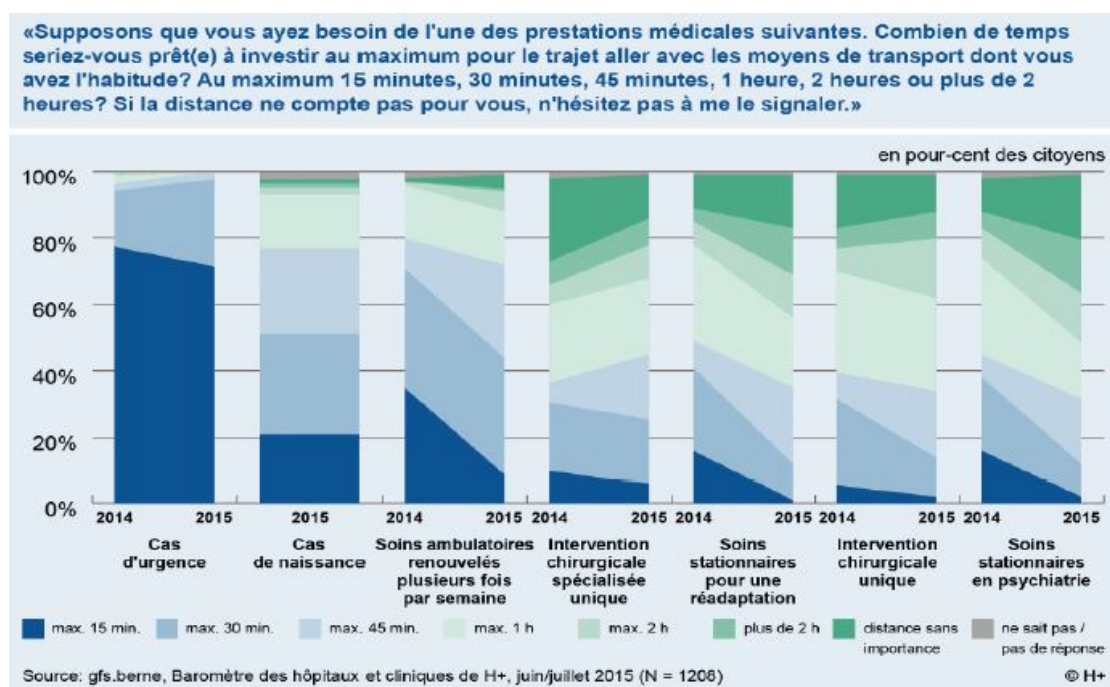
« La proximité est un facteur clé dans la médecine d'urgence. En comparaison avec la médecine dite ambulatoire, la médecine d'urgence nécessite de pouvoir répondre rapidement à une situation qui comme son nom l'indique est urgente. De plus, cette réponse médicale urgente est liée avec le devenir du patient, et a un lien étroit avec la morbidité et la mortalité. Comme dans la plupart des pays au monde y compris la Suisse, le canton de Neuchâtel a perçu l'importance de maintenir des structures pouvant répondre en Urgence à la population à travers des policlinique dite d'Urgence / centre hospitalier disposés aux 3 extrêmes du canton. De plus, dans chacun de ces centres, un médecin SMUR est à disposition au cas où l'urgence s'avérerait vitale et nécessiterait d'aller au-delà d'un simple traitement. Il y a par contre un bémol à cette facilité d'accès/accessibilité : la sur-utilisation des centres d'urgence pour des cas simples qui pourraient être vu en consultation chez les médecins traitant. Cette

situation, certes le reflet d'un travail subjectif du patient quand a l'urgence de son problème, a été adressé avec succès par le département des Urgences de l'hôpital de l'Ile à Bern (Inselspital), en partie grâce à la localisation de l'hôpital, hors du centre urbain, mais également par une collaboration avec les policliniques d'urgence, en ville.
» (Anonyme, médecin, 9 mai 2019)

« C'est un service qui est totalement déficitaire, avoir un médecin de SMUR à Couvet c'est totalement contraire à toute efficacité mais je crois que c'est absolument essentiel à la qualité des soins d'urgences. C'est ça qui est important. » (Jean-Frédéric de Montmolin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

Les propos concernant l'importance de la proximité pour les soins liés à la réadaptation, aux pathologies chroniques ainsi que les urgences concordent avec les statistiques représentées dans le graphique suivant :

Graphique 2 : Mise en relation du critère de la distance avec la nature des pathologies (COFIL 2016)



Ainsi, dans le graphique ci-dessus, on remarque que pour les prestations hospitalières qui doivent être dispensées de manière régulière, la majorité des répondant-e-s est prête à investir au maximum 45 minutes. Le délai maximal pour les urgences s'élève à 30 minutes chez la majorité écrasante des répondant-e-s. En revanche, pour la réadaptation un peu plus de la moitié des répondant-e-s accepterait de consacrer entre une heure ou plus au trajet.

5.2.2. ÂGE

Ensuite, un interlocuteur met en perspective l'âge des patient-e-s dans le choix de l'établissement hospitalier. Il est d'avis que la mobilité est entrée dans le mode de vie des jeunes générations.

« Je pense d'abord qu'il y a une question générationnelle assez évidente [...] j'entends les gens de ma génération et de la vôtre c'est juste après, on est habitué à se déplacer pour nos études, à voyager assez régulièrement, etc. En tout cas, si je prends moi, je préfère faire une heure de trajet en plus mais avoir la conviction que j'aurais le spécialiste le plus adéquat pour la pathologie que je pourrais avoir, qu'avoir un hôpital

à côté qui ne fait rien bien. Donc je pense que la jeune génération est moins sensible à l'argumentation de la distance qu'une génération plus âgée aussi qui a plus de problèmes à se déplacer parce qu'évidemment que c'est plus facile quand vous êtes jeune et bien portant de vous déplacer que quand vous êtes vieux et malade. » (Baptiste Hurni, député au Grand Conseil, 22 mai 2019)

À notre avis, il est également possible de mettre cet argument en parallèle avec la question des maladies chroniques liées à l'âge.

5.2.3. MEDECIN

Meijers (2007), les statistiques de l'OFS ainsi que nos interviewé-e-s mettent en avant le rôle de la/du médecin comme facteur qui influence, si ce n'est de manière prépondérante, la trajectoire des patient-e-s. Autrement dit, la/le médecin joue un rôle fondamental dans l'orientation du choix des patient-e-s portant sur l'établissement hospitalier. Les extraits ci-dessous illustrent l'importance de ce facteur comparé à celui de la proximité :

« Je pense que c'est une question du médecin simplement. Un patient est quand même très tributaire de ce que son médecin lui dit. Quand il est en face de son chirurgien, si son chirurgien lui dit "moi j'opère à Bienne" et bien il se fait opérer à Bienne. Le patient a vu son chirurgien il ne va pas lui dire "non je vais me faire opérer à Pourtalès". C'est clair. Je pense que les chirurgiens ont un très grand pouvoir sur la répartition des patients entre les différents hôpitaux. » (Anonyme, représentant-e de SMN, 8 mai 2019)

« Le facteur proximité à mon avis est un facteur affectif qui touche exclusivement des questions d'urgence ... les gens vous disent [...] "mais si quelqu'un a une crise d'asthme, et puis qu'il doit être pris en charge très rapidement, il faut qu'on ait l'hôpital tout près". Voilà. C'est les soins d'urgence. Pour le reste, si vous devez vous faire mettre une prothèse de hanche et puis qu'on vous dit c'est à Coire que c'est le mieux, vous irez à Coire. » (Jean-Frédéric de Montmollin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

D'ailleurs, l'exemple de la maternité est fréquemment repris par plusieurs intervenant-e-s. Dans cette optique, le conseil de la/du médecin constitue l'un des principaux facteurs expliquant le choix de certaines patientes d'accoucher à St-Imier plutôt qu'à Pourtalès, alors que les distances à parcourir ne sont pas plus courtes.

« [...] on travaille sur l'axe de la relation avec les médecins installés. Parce que plus que le patient, c'est souvent son médecin traitant qui détermine l'endroit où le patient va être pris en charge. Le gynécologue est par exemple déterminant dans le choix de l'endroit où vous allez accoucher. » (Muriel Desaulles, directrice générale ad intérim de l'HNe, 2 mai 2019)

Les extraits ci-dessus rejoignent les données présentées dans le graphique précédent : la majorité des répondant-e-s est disposée à consacrer entre une heure jusqu'à plus de deux heures pour bénéficier d'une *intervention chirurgicale spécialisée unique*, des *soins stationnaires pour une réadaptation* ainsi que d'une *intervention chirurgicale unique* (pour reprendre les catégories mentionnées dans le graphique). Ceci va aussi dans le sens de la thèse de Jia et al. (2017) – vue dans le chapitre théorique – selon laquelle les patient-e-s avec des besoins spécialisés sont moins sensibles au facteur de la distance.

D'ailleurs, le rôle de la/du médecin dans l'élargissement du profil de déplacement semble s'être renforcé depuis la mise en place de la liberté du choix de l'hôpital par la révision de la LAMal en 2012. L'OFS (2018b) précise en effet que « [...] l'augmentation de la part des hospitalisations

extracantonales est presque entièrement attribuable aux séjours planifiés et décidés par le médecin » (2018b : 3), passant de 13,4% en 2006 à 17,9% en 2016.

5.2.4. QUALITE

Le dernier critère qui influence la trajectoire des patient-e-s concerne la qualité des soins. La notion de qualité étant large, tou-te-s les interlocuteurs/trices distinguent, implicitement ou explicitement, la qualité technique des soins de la qualité telle qu'elle est perçue par les patient-e-s. L'appréciation de la qualité technique et perçue sera développée dans le cadre de notre seconde hypothèse de recherche en lien avec l'attractivité des établissements hospitaliers.

Toutefois, nous estimons que, à ce stade, il est nécessaire d'en présenter un bref aperçu, afin de compléter le profil de déplacement des patient-e-s et surtout pour mettre la qualité en parallèle avec d'autres facteurs discutés plus haut.

L'appréciation de la qualité se fait non seulement sur le plan technique mais elle relève aussi de l'opinion subjective des patient-e-s. D'ailleurs, les hôpitaux universitaires ne font pas exception à cela. Cette citation illustre le constat.

« Les gens sont sensibles à la qualité des soins qu'on leur donne mais ils sont aussi sensibles à la qualité de la 'manière' avec laquelle ils sont reçus. Et puis ils vous le disent "j'ai été mal reçu". Je discutais samedi soir avec une dame qui, en une année, avait été dans quatre hôpitaux différents : Sion, le CHUV, Neuchâtel et la Chaux-de-fonds. Puis, j'ai dit "c'est lequel qui était le plus mauvais ? ", elle m'a dit "c'était le CHUV. Parce que vraiment j'ai été reçue mal et puis qu'on m'a mal pris en charge sur le moment, pas du tout les opérateurs, mais sur le moment". Vous voyez ? c'est des trucs tout à fait accessoires mais ça compte beaucoup. » (Jean-Frédéric de Montmollin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

Un interlocuteur met en exergue l'importance du critère de la qualité de la prise en charge dans le réflexe des patient-e-s, même au détriment de la proximité.

« Si vous voulez, mon vécu à moi c'est que les patients ils vont n'importe où pourvu qu'ils aient l'impression que c'est le meilleur endroit pour se faire soigner. C'est vraiment la qualité de la prise en charge. » (Bertrand Curty, médecin – directeur du CMC, 27 mai 2019)

Puis, tout en rappelant les trois contraintes auxquelles les autorités de planification sont soumises, à savoir assurer l'accès, la qualité ainsi que l'économicité des soins, un interviewé relève par ailleurs la difficulté de concilier les critères de qualité et de proximité pendant le processus de la planification hospitalière. C'est la quadrature du cercle.

« On vous prend en charge dans une ambulance il y a des prises en charge très rapides sur place vous êtes stabilisé vous êtes tranquillement emmenés dans un hôpital qu'il faut, là où vous serez bien soigné avec une bonne compétence. Je pense que c'est beaucoup mieux que de devoir rapidement aller en trois minutes et demie dans un service d'urgence, où de toute façon on regardera et on dira "chez nous on n'a pas ces spécialistes là tout de suite donc on va vous emmener ailleurs". Donc toutes les escales intermédiaires seront coûteuses, inutiles et pas bonnes pour le patient en termes de qualité. » (Laurent Christe, ancien directeur général de l'HNe, 3 mai 2019)

5.2.5. SYNTHESE

Dans ce sous-chapitre dédié à la trajectoire des patient-e-s, nous avons réussi à identifier les facteurs influençant leur choix quant à l'établissement hospitalier dans lequel elles/ils seraient soigné-e-s. Nous avons commencé par le critère de la distance, traduit en termes de proximité

pour les patient-e-s. D'après les données, il en ressort que la proximité est un facteur important pour les individus ayant besoin de soins fréquents, comme la dialyse. En ce qui concerne les urgences, ce facteur s'avère essentiel. Mais vu l'évolution des méthodes de prise en charge, la proximité se traduit par la rapidité de l'intervention des médecins-urgentistes (à partir des trois bases SMUR réparties sur le territoire cantonal) auprès des patient-e-s. Ce qui change fondamentalement le rapport de la population à l'emplacement de l'hôpital.

Ensuite, nous avons vu que les conseils de la/du médecin, les changements des habitudes des individus en lien avec la mobilité, ainsi que la qualité des soins qu'elle soit technique ou appréciée de manière subjective, sont tous des facteurs contribuant à élargir le *profil de déplacement des patient-e-s* et incitant à parcourir des distances plus importantes pour accéder aux soins hospitaliers.

Ce constat nous permet donc de faire le lien avec les sous-chapitres suivants qui visent à comprendre comment les hôpitaux s'organisent pour répondre aux exigences et de la loi et du marché.

5.3. HYPOTHESE 1

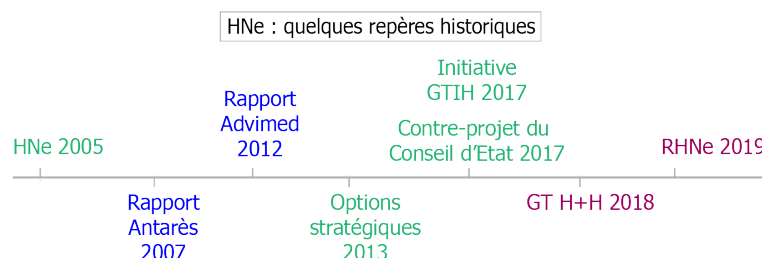
Il existe une corrélation positive entre l'aire de chalandise de l'hôpital et le degré de spécialisation de ses prestations. Une aire de chalandise correspondant au territoire du canton de Neuchâtel permet de développer plus de spécialisations médicales. Inversement, le maintien de deux établissements de soins aigus réduirait l'aire de chalandise de l'hôpital public et donc le nombre de spécialisations médicales.

Dans cette section, notre focus va porter sur les stratégies que les milieux concernés préconisent pour adapter les prestations hospitalières dans une perspective spatiale. Elle sera divisée en deux parties : l'hôpital public et l'hôpital privé.

5.3.1. HOPITAL PUBLIC

Étant donné l'existence des enjeux politiques et économiques considérables ainsi que de la démocratie sanitaire, la répartition des compétences s'est faite au fil des années, et non pas en une seule fois. C'est la raison pour laquelle notre analyse ne peut se faire qu'en rappelant les étapes historiques importantes ayant poussé à l'élaboration desdites stratégies. Ceci dit, cet aperçu historique ne pourra évidemment pas être fait de manière exhaustive, étant donné les limites quantitatives posées à un mémoire de Master.

Figure 6 : Infographie des dates clés



Le schéma ci-dessus synthétise les étapes historiques que nous verrons dans les sections suivantes. Les rapports d'expert-e-s (bleu), les objets de votations (vert) ainsi que les projets d'organisation hospitalières proposés après la votation de 2017 (violet) y sont mis en évidence.

Ainsi, dans un premier temps, nous présenterons les arguments qui ont étayé les stratégies. Dans un second temps, nous mettrons en lumière le lien entre l'hypothèse et les arguments dans la partie « discussion ».

Pour mieux comprendre le processus de planification, nous commençons par les raisons ayant légitimé la constitution de l'HNe en 2005. Jusque-là les hôpitaux existant sur le territoire cantonal étaient des hôpitaux de district, offrant chacun notamment des prestations de gynécologie-obstétrique ainsi que de chirurgie (CONSEIL D'ETAT 2009).

5.3.1.1. Hôpital neuchâtelois (HNe)

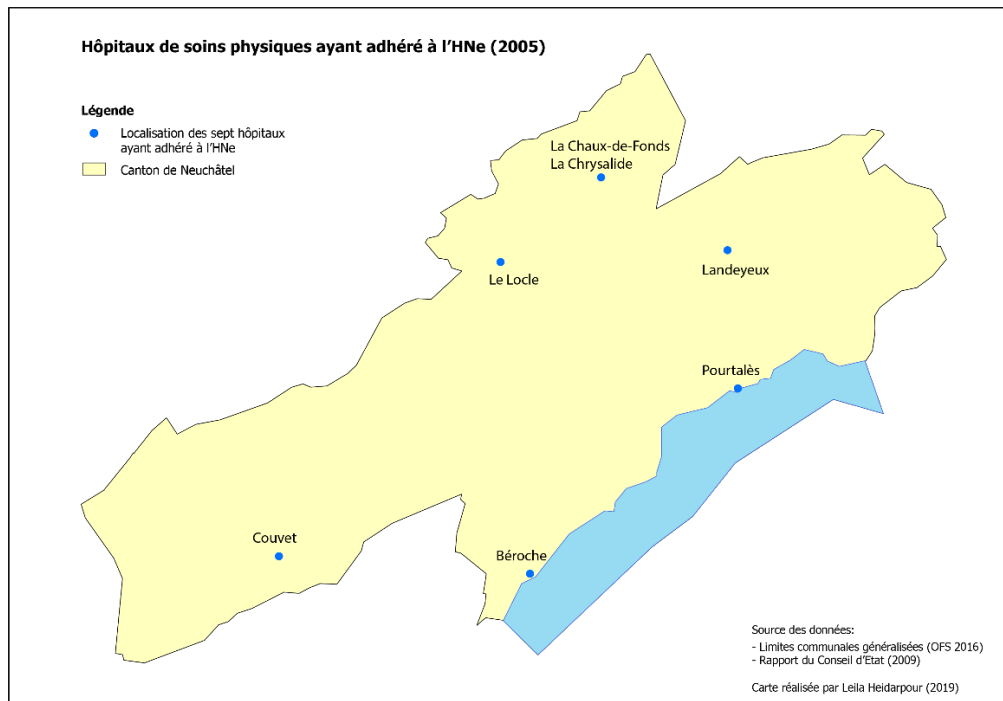
Deux éléments ont incité à repenser l'organisation du système. Primo, la réorganisation visait à maîtriser les coûts, particulièrement élevés dans le canton de Neuchâtel. De plus, l'Etat était appelé à couvrir les déficits des établissements hospitaliers. Secundo, le recrutement de personnel médical qualifié présentait un défi pour les hôpitaux, ce qui mettait à mal la qualité des prestations (CONSEIL D'ETAT 2009). La plupart des interviewé-e-s s'accordent à dire que le regroupement se justifiait pour des questions relatives aux coûts et à la qualité des soins.

« C'était plutôt dans le but de rationalisation des soins, dans le sens qu'ils se faisait toutes sortes de choses dans toutes sortes d'endroits dans le canton de Neuchâtel et ça n'était pas très rationnel. [...] D'abord sur le plan médical et puis sur le plan économique aussi. Il devenait de plus en plus évident qu'il fallait concentrer les soins aigus dans certains endroits parce que de plus en plus les soins aigus nécessitaient des équipes adéquates, nécessitaient une coordination entre les différents soignants, nécessitaient des moyens matériels importants et tout cela ne pouvait plus être dispersé sur tout le territoire. D'où la disparition de l'hôpital de la Béroche, l'hôpital de Val-de-travers, des soins aigus à Landeyeux, des soins aigus au Locle. » (Jean-Frédéric de Montmollin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

« « HNe en 2005, c'est sept établissements hospitaliers de soins aigus dans le canton. Et naturellement c'était beaucoup trop. Ce n'était pas possible pour un petit canton comme le nôtre de compter autant d'établissements de soins aigus. Cela dit, il peut encore y avoir deux infrastructures de soins aigus de taille moyenne, régionales, une sur le Littoral, une dans les Montagnes. Lorsqu'il y en a sept dont certaines toutes petites, comme la Béroche ou Landeyeux, c'est encore autre chose. Donc il y avait la conscience qu'il fallait restructurer [...]. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

Dans ce contexte, le canton de Neuchâtel décide de restructurer le système sanitaire afin d'intégrer les hôpitaux dans un réseau d'institutions complémentaires les unes aux autres. Cette démarche a débouché sur la constitution de l'HNe acceptée en votation populaire en 2005, en concentrant les soins aigus sur les sites de Pourtalès et de la Chaux-de-Fonds et en attribuant les soins de réadaptation aux anciens hôpitaux du Locle et de Landeyeux suite à la décision de fermer leurs services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie. L'hôpital des Cadolles a, pour sa part, définitivement cessé ses activités en 2005 (CONSEIL D'ETAT 2009).

Carte 2 : Constitution de l'HNe en 2005



En 2007, le Conseil d'Etat décide, en raison de l'insuffisance de l'activité hospitalière dans les services pédiatriques des deux sites, de centraliser la pédiatrie hospitalière sur le site de Pourtalès, en assurant un service de pédiatrie ambulatoire et la garde pédiatrique 24h/24 sur le site de La Chaux-de-Fonds (CONSEIL D'ETAT 2009).

Cela dit, le besoin de centraliser se fait d'autant plus sentir, suite à la démission de plusieurs médecins-pédiatres des sites de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès. Ceux-ci exigeaient, au nom de la sécurité des patient-e-s, « [...] *la création d'une unité mère-enfant regroupant la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie sur un site unique à Neuchâtel ou à la Chaux-de-Fonds*» (CONSEIL D'ETAT 2009 : 14).

Tout en rappelant le contexte marqué par les difficultés de recrutement du personnel qualifié et le développement de l'ambulatoire et ses conséquences sur le nombre de lits dans le domaine stationnaire, l'HNe et le Conseil d'Etat prennent une position favorable à la création de cette unité centrale. En effet, ils justifient la centralisation pour des raisons économiques et de qualité:

- Elle rendait possible des économies d'échelle en supprimant des redondances et en réduisant le nombre de personnels équivalents plein temps. De surcroît, elle devait permettre la réduction de la charge financière du canton. Les propos de l'ancien directeur général de l'HNe résument les arguments relatifs aux économies d'échelle.

« Neuchâtel ne peut pas se permettre de maintenir en vie artificiellement des services peu rentables, alors que les coûts hospitaliers y sont déjà de 10 à 15% plus élevés qu'ailleurs. » (RUBIN, cité par AMGE 2010)

- La centralisation s'avérait une mesure indispensable pour atteindre la masse critique médicale et donc répondre à l'exigence de la qualité (CONSEIL D'ETAT 2009).

L'HNe mandate le bureau Antarès Consulting (société privée) afin que celui-ci étudie la répartition des missions. Le Conseil d'Etat demande de son côté la collaboration d'un groupe d'accompagnement en matière de réforme hospitalière. Dans son rapport, Antarès rappelle l'évolution importante de la prise en charge en ambulatoire et le surdimensionnement du dispositif hospitalier. La citation suivante illustre le développement de l'ambulatoire :

« Quand j'étais jeune médecin, quand on enlevait une vésicule biliaire à quelqu'un ça faisait deux semaines d'hospitalisation. Maintenant ça se fait en ambulatoire. » (Jean-Frédéric de Montmollin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

Cela dit, Antarès a donc proposé deux scénarios en répartissant les pôles de compétences entre les sites de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds de manière suivante :

Tableau 2 : Répartition des centres de compétence selon Antarès Consulting (CONSEIL D'ETAT 2009)

Scénario I	Scénario II
CDF : Centre mère-enfant (gynécologie, obstétrique, pédiatrie et néonatalogie)	PRT : Centre mère-enfant (gynécologie, obstétrique, pédiatrie et néonatalogie)
PRT : Centre de l'appareil locomoteur (orthopédie, traumatologie osseuse, rhumatologie, neurologie, chirurgie du rachis et disciplines associées)	CDF : Centre de l'appareil locomoteur (orthopédie, traumatologie osseuse, rhumatologie, neurologie, chirurgie du rachis et disciplines associées)
Chirurgie maintenue sur les deux sites	Chirurgie maintenue sur les deux sites

Le choix du site qui accueillerait l'unité mère-enfant a donc fait l'objet de débats entre les instances impliquées. En effet, l'HNe et le groupe d'accompagnement du Conseil d'Etat ont privilégié le scénario II, notamment en raison du bassin de population qui est plus grand dans

le Bas du canton. La citation extraite du communiqué de presse de l'HNe en 2007 illustre ce propos.

« En 2006, 1'850 accouchements sont intervenus dans notre canton (544 à La Chaux-de-Fonds, 1'135 à Pourtalès et 171 sur le site du Val-de-Travers) pour une population stable de 170'000 habitants. Un tour d'horizon des cantons qui nous entourent confirme notre réflexion : Valais central, Riviera-Chablais et le Jura ont entrepris ou planifié une centralisation des activités "mère-enfant" ; Fribourg a d'ores et déjà centralisé sa pédiatrie et sa néonatalogie sur un seul site. » (HNE 2007 : 1)

De son côté, le Conseil d'Etat a opté pour le premier scénario, notamment pour compenser la perte de l'Ecole d'ingénieurs du Locle (WILLEMING 2008), et pour « [...] inscrire le site de La Chaux-de-Fonds dans une perspective d'avenir plus positive » (CONSEIL D'ETAT 2009 : 16). Cette décision est bien accueillie par les exécutifs de La Chaux-de-Fonds et du Locle, considérant qu'il s'agit d'un choix politique :

« A cette occasion ils [les exécutifs des deux villes] se réjouissent que le Conseil d'Etat choisisse le site de La Chaux-de-Fonds pour accueillir le secteur mère-enfant et soulignent que le Conseil d'Etat, en s'écartant des préavis formulés par HNe, par le groupe d'accompagnement et par le Conseil des hôpitaux, a pris une décision politique. » (CG CHAUX-DE-FONDS 2008 : 12)

Sur la base de cette décision, l'hôpital Pourtalès accueille provisoirement l'unité mère-enfant. En 2012, le parlement cantonal accepte que cette unité reste de manière définitive sur le site de Pourtalès.

Tout en saluant l'aspect rationnel – en lien avec la masse critique sanitaire et l'économicité – de la réforme hospitalière de 2005, un interlocuteur estime que la centralisation de l'unité mère-enfant ne s'est pas faite de manière transparente.

« « Et de manière étonnante, à partir de là, ça a complètement dérapé, notamment au moment où on se met à expliquer qu'il ne faut plus qu'une seule maternité-pédiatrie hospitalière dans le canton. Aujourd'hui, c'est fait ça fonctionne. On ne revient pas là-dessus. Mais il faut quand même se souvenir de la manière dont les choses se sont passées. On nous a expliqué [...] qu'il n'y avait pas la masse critique. En d'autres termes, les spécialistes vont utiliser vis-à-vis des profanes, des gens qui n'y connaissent rien, comme moi, des arguments qui ensuite vont se révéler totalement fallacieux. On explique donc qu'il n'y a pas la masse critique, que c'est dangereux, qu'il s'agit de constituer une grande maternité et à côté évidemment une grande pédiatrie, avec 1500 naissances par année. À ce moment-là ça nous interpelle. Sauf que, si vous allez voir dans les autres cantons, et globalement ce qui se passe ailleurs en Europe, vous constaterez qu'on estime qu'avec une maternité avec 600 naissances, le seuil de la masse critique est largement dépassé. [...] Et en Suisse, la maternité de La Chaux-de-Fonds avec ses 600 naissances reste et demeure la seule maternité de cette taille qui a été fermée. C'est comme ça que les choses se sont passées. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

En 2012, le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil un plan stratégique composé de 17 points, portant sur le renforcement des pôles de compétences des deux sites. Il propose la répartition suivante (tableau non exhaustif) :

Tableau 3 : Résumé du plan stratégique du Conseil d'Etat en 2012 (CONSEIL D'ETAT 2013)

CDF	PRT
Chirurgie stationnaire (n°12)	Chirurgie ambulatoire (n°13)
Oncologie (n°11)	Centre mère-enfant (n°8)
Sénologie (n°11)	Centre de l'appareil locomoteur (n°9)
Médecine interne (n°1)	Médecine interne (n°1)
Soins intensifs (n°2)	Soins intensifs (n°2)
CDT (n°3)	CDT (n°3)
SMUR (n°4)	SMUR (n°4)

Note : Les n° correspondent au numéro des points stratégiques

Les options 16 et 17 mandatent aussi le Conseil d'Etat à étudier la création d'un site unique de soins aigus (et sa localisation) ainsi que celle d'un site unique pour un centre de traitement et de réadaptation ou CTR (CONSEIL D'ETAT 2013).

Le groupe de consultants privé Advimed est mandaté par le Grand Conseil afin d'étudier les options 9, 12 et 13 du plan stratégique du Conseil d'Etat selon les critères de faisabilité⁴, de coûts et de cohérence médicale (CONSEIL D'ETAT 2013 : 7) et de les comparer au scénario défendu par l'HNe dans le cadre du rapport Antarès (Scénario II supra).

Advimed (2012) a privilégié le projet défendu par l'HNe pour les raisons suivantes. Par rapport à la faisabilité, le scénario du Conseil d'Etat présentait le risque de la perte des patient-e-s en orthopédie, en chirurgie et en gynécologie, tandis que le scénario de l'HNe était « [...] *considéré comme étant moins sensible à la concurrence extra-cantonale* » (CONSEIL D'ETAT 2013 : 11). Concernant les coûts, le scénario du Conseil d'Etat impliquerait des pertes de recettes et des investissements plus importants. S'agissant de la cohérence médicale, la séparation de la chirurgie stationnaire et des services de gynécologie (points 8 et 12 des options stratégiques) présentait un risque sanitaire, étant donné que les services en question devaient pouvoir travailler ensemble :

« Cette nécessité de proximité et d'interaction entre les trois disciplines (gynécologie, Urologie et chirurgie viscérale) va s'accroître ces prochaines années avec l'arrivée de nouvelles générations d'opérateurs. Les chirurgiens, les gynécologues et les urologues se spécialisent toujours plus dans leurs domaines respectifs ne seront plus toujours en mesure d'intervenir dans des situations complexes en dehors de leurs organes de spécialisation. » (ADVIMED 2012 : 19)

Par conséquent, la séparation des unités précitées donnerait, selon le mandataire, une image négative de l'hôpital (2012 : 19), présentant un risque de perte d'attractivité pour les professionnel-le-s. Du reste, le consultant privé souligne que la répartition proposée par lui-même ne représenterait de toute manière qu'une solution transitoire dans le sens que la création d'un site unique de soins aigus paraît la solution la plus adaptée pour le canton de Neuchâtel.

De son côté, le Conseil d'Etat a confirmé ses options stratégiques pour les raisons suivantes : concernant la localisation de la chirurgie stationnaire sur le site de la Chaux-de-Fonds, elles permettent d'attirer les patient-e-s d'autres cantons. Ensuite, le site de Pourtalès ne dispose pas

⁴ Notamment par rapport au délai de réalisation et à la concurrence intra- et extra-cantonale.

de surface nécessaire pour accueillir les prestations du scénario II de l'HNe, à moins d'agrandir le bâtiment. Puis, par rapport au centre de l'appareil locomoteur, les synergies découlant d'une collaboration existante entre Pourtalès et La Providence sont susceptibles d'apporter des économies d'échelle. Finalement, les options stratégiques garantissent une répartition équilibrée des missions entre les deux sites (CONSEIL D'ETAT 2013). Soumises au référendum en 2013, lesdites options sont acceptées en votation populaire.

En 2015, le Conseil d'Etat suspend la réalisation des options liées aux investissements prévus pour rénover les unités de soins du site de La Chaux-de-Fonds, étant donné « [...] *le lancement des études sur l'organisation spatiale de l'HNE portant sur le long terme et compte tenu des incertitudes liées au budget 2015 de cette institution* [...] » (CONSEIL D'ETAT 2016a : 55).

S'agissant des blocs opératoires du site de La Chaux-de-Fonds, ils sont fermés le weekend depuis 2015, et les nuits en semaine depuis 2016. L'hôpital a visé ainsi à y concentrer les activités chirurgicales en journée, en déplaçant sur le site de La Chaux-de-Fonds les activités ambulatoires et stationnaires électives réalisées à Pourtalès (HNE 2016a). La direction de l'HNe explique ce choix par l'insuffisance de cas à traiter et les déficits de l'hôpital. L'extrait tiré du communiqué de presse de l'HNe (2016b) explicite l'enjeu lié au nombre de patient-e-s.

« En 2014, 35 patients ont été opérés entre 22h et 7h, soit une intervention toutes les dix nuits. Parmi ces cas, seuls 5 nécessitaient une prise en charge rapide. » (HNE 2016b : 1)

Pour ce qui est des soins intensifs, ils sont centralisés depuis 2016 sur le site de Pourtalès. L'Hôpital justifie cette décision essentiellement par la pénurie de personnel qualifié ainsi que des exigences posées par les directives de la Société suisse de médecine intensive (ci-après : SSMI) (REBETEZ 2017). Celles-ci portent notamment sur la masse critique des patient-e-s accueilli-e-s dans le service ainsi que la qualification du personnel médical. En l'occurrence, la SSMI prévoit un nombre minimal de six lits dans une unité de soins intensifs, pour laquelle il est nécessaire de disposer de quinze postes de soignant-e-s à plein temps. Au moins un tiers du personnel doit être titulaire d'un diplôme d'expert-e en soins intensifs (SSMI 2017).

Tout en rappelant l'évolution de la prise en charge, un médecin explicite les enjeux liés à la masse critique sanitaire pour la centralisation des soins intensifs, surtout pour ce qui relève de la formation des spécialistes.

« Par ces adaptations successives, l'Etat entend poursuivre le développement de centres de compétences définis par le regroupement de tous les spécialistes impliqués dans la prise en charge de pathologies spécifiques pour un nombre important de patients (notion de masse critique). Ces centres permettent d'attirer des médecins spécialistes de haut niveau, d'assurer la qualité des soins et de dispenser une formation postgradué adéquate. » (ECKERT 2008 : 2679)

Concernant l'Hôpital neuchâtelois, un médecin explique que les enjeux liés aux critères de reconnaissance par la SSMI sont à la base du regroupement du service des soins intensifs sur un site :

« Si nous avons maintenu les deux unités, le risque aurait été, à court terme, que ni l'une ni l'autre unité remplisse les critères de reconnaissance SSMI et que le canton se retrouve sans service de soins intensifs du tout. » (ZÜRCHER ZENKLUSEN, cité par REBETEZ 2017)

Elle argumente le fait que la suppression des soins intensifs dans le canton entraînerait, à son tour, la suppression du Stroke Unit ainsi que certaines interventions dans le centre mère-enfant, ce qui augmenterait le taux des hospitalisations extra-cantonaux (REBETEZ 2017).

Ainsi, l'offre des prestations médicales actuelles (en soins physiques) de l'HNe est présentée dans les tableaux ci-dessous. Le tableau 4 illustre de manière succincte la répartition spatiale des activités, en mettant en évidence essentiellement les pôles. La liste n'est donc pas exhaustive. Le tableau 5 concerne les soins de réadaptation et palliatifs.

Tableau 4 : Répartition spatiale des soins aigus de l'HNe (ETAT DE NEUCHÂTEL s.d. b ; HNE s.d. c)

Soins aigus	CDF	PRT	Val-de-Travers (Maison de santé)
Urgences 24h/24h	oui	oui	Policlinique médico-chirurgicale 08h00-22h00
SMUR	oui	oui	oui
Centre du sein	oui	-	Consultation spécialisée
Centre de l'obésité	-	oui	Consultation et soins d'oncologie ambulatoire
Médecine nucléaire	oui	-	Thérapies et prestations ambulatoires
Secteur femme-mère-enfant	-	oui	Partenaires santé
Radio-oncologie	oui	-	
Réadaptation cardio-vasculaire	-	oui	
Stroke Unit	-	oui	
Soins intensifs	-	oui	
Chirurgie stationnaire	oui	oui	
Chirurgie ambulatoire	oui	oui	

Tableau 5 : Répartition spatiale des soins de réadaptation et palliatifs de l'HNe (ETAT DE NEUCHÂTEL s.d. b)

Réadaptation	Le Locle Val-de-Ruz
Soins palliatifs	La Chrysalide (La Chaux-de-Fonds)

5.3.1.2. Contre-projet du Conseil d'Etat de Neuchâtel

Passons maintenant au contre-projet du Conseil d'Etat (à l'initiative des Montagnes, expliquée plus bas). Dans un premier temps, nous analyserons les arguments qui penchent en faveur ou en défaveur de la centralisation des soins hospitaliers. Dans un second temps, nous présenterons les arguments relatifs au choix de la localisation des soins centralisés.

Centralisation des soins – L'HNe et le Conseil d'Etat, envisagent respectivement en 2015 et 2016, trois variantes pour la répartition future des missions entre les sites.

Tableau 6 : Trois variantes d'organisation spatiale de l'HNe (CONSEIL D'ETAT 2016a : 18-19)

Variante 1	Variante 2	Variante 3
Un site unique regroupant l'ensemble des missions de soins aigus et de traitement – réadaptation	Regroupement des missions de soins aigus sur un site Regroupement des missions de traitement – réadaptation sur un autre	Regroupement des missions de médecine interne, de réadaptation et de gériatrie sur deux sites urbains Regroupement de toutes les autres missions de soins aigus (chirurgie, gynécologie-obstétrique) sur l'un de ces deux sites

Les trois variantes ont été analysées du point de vue de la mobilité, du recrutement de personnel qualifié, de l'économicité, de l'aménagement du territoire, des bâtiments ainsi que des finances. Le Conseil d'Etat (sur la base du rapport du comité du pilotage) et l'HNe sont parvenus à la conclusion suivante (HNE 2015 ; CONSEIL D'ETAT 2016a) :

- Premièrement, les variantes 1 et 2 permettent, contrairement à la troisième, de s'adapter à la spécialisation de la médecine et donc d'attirer le personnel qualifié, ainsi que de faire des économies d'échelle de l'ordre de 120 millions de francs sur dix ans. Plus précisément, le gouvernement et l'hôpital soulignent la pénurie de personnel qualifié dans un contexte marqué par la spécialisation et la fragmentation de la médecine.
- Deuxièmement, la variante 2 présente l'avantage, comparée à la première, de réduire les déséquilibres économiques entre les Montagnes et le Littoral, induits par la nouvelle répartition des missions.

Ainsi, d'après l'HNe et le Conseil d'Etat, la variante 2 est considérée comme la solution la plus adaptée afin de concrétiser l'idée d'un hôpital cantonal qui serait en mesure d'assurer 80% des prestations de soins ainsi que de proposer des centres de formation. Une offre hospitalière qui comprendrait donc des prestations *de base* et celles qui sont de type *pré-universitaire* (ou *d'opportunité*, selon le vocabulaire utilisé par le gouvernement et l'hôpital), ce pour réduire les hospitalisations hors canton (HNE 2015 ; CONSEIL D'ETAT 2016a). Parallèlement, l'Etat et l'HNe ont déclaré la volonté de renforcer les polycliniques à La Chaux-de-Fonds, à Neuchâtel et au Val-de-Travers comme porte d'entrée dans l'Hôpital (HNE 2015 ; CONSEIL D'ETAT 2016a).

En termes de qualité et d'économicité des soins, l'interlocuteur suivant estime que le contre-projet du Conseil d'Etat portant sur la création de deux pôles, l'un pour les soins aigus et l'autre pour la réadaptation à travers une différenciation des fonctions entre les deux sites répondait à l'exigence de qualité et de maîtrise des coûts :

« La médecine aiguë coûte très cher et elle se concentre de plus en plus parce qu'il y a la médecine stationnaire et la médecine ambulatoire. La médecine ambulatoire prend un essor très important. Là avec une concurrence qui est accrue encore parce qu'il faut dans un certain nombre de cas des infrastructures qui ne soient pas aussi conséquentes que celles d'un hôpital classique, donc là il y a un phénomène de concurrence. Mais les soignants dans un hôpital ils ne font pas que de la médecine stationnaire ou que de la médecine ambulatoire. Ils font un peu le tout dans une grosse partie des spécialités. Donc il faut avoir cet éventail de prestations, cette capacité pour justement attirer les spécialistes et puis pour être suffisamment

compétent et avoir une bonne qualité de prestations. » (Laurent Christe, ancien directeur général de l'HNe, 3 mai 2019)

Un intervenant explique l'avantage de la centralisation, dans les domaines de soins aigus et de réadaptation.

« Pour moi, c'était un projet intelligent parce que ça évitait la dispersion des compétences, c'est-à-dire que l'évolution de la médecine fait qu'on a de plus en plus de soins qui sont vraiment pointues et c'est le rôle de l'hôpital. Et pour qu'il puisse assumer ce rôle, il faut une masse critique de gens à soigner. Pour être bon dans un geste chirurgical, il faut pratiquer ce geste le plus souvent possible. [...] Dans le fonds le projet de 2017 permettait d'avoir un hôpital compétent dans lequel les gens sont suivis de façon aigue. Et puis d'avoir un lieu de réhabilitation qui nous manque cruellement. Parce qu'il est vrai que le lien entre prise en charge aigue et puis domicile ça passe souvent par la réhabilitation. Donc, oui, je pense que c'était un projet qui d'un point de vue concurrentiel pouvait amener le canton à une meilleure place que ce qu'il a maintenant en termes de réhabilitation. Parce que les patients qu'on envoie en réhabilitation, il y a beaucoup de patients en extra-cantonale [...]. » (Bertrand Curty, médecin-directeur du CMC, 27 mai 2019)

D'aucuns soulignent l'importance de la masse critique pour continuer à offrir certaines prestations dans la stratégie de centraliser les soins aigus. L'extrait suivant explicite ce constat.

« C'était surtout pour pouvoir maintenir les spécialités. [...] à partir du moment où on n'a pas les masses critiques pour toute une série de prestations, le remboursement ne sera plus garanti. » (Mauro Moruzzi, député au Grand Conseil, 9 mai 2019)

Toutefois, un intervenant estime pour sa part qu'il est nécessaire de nuancer la notion de masse critique.

« La masse critique elle est discutable puisque l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, avant qu'il soit démantelé il n'y a pas si longtemps, était un des meilleurs hôpitaux régionaux de la Suisse, toujours dans le classement pour la formation des assistants et chefs de clinique, dans les toutes premières places, que ça soit pour la chirurgie que ça soit pour la médecine que ça soit pour la maternité, un des mieux jugés des hôpitaux régionaux de Suisse. [...] on n'était pas en-deçà des masses critiques ni en-deçà des labels de qualité de formation. » (Giovanni Spoletini, médecin, 29 mai 2019)

En admettant la nécessité de respecter les masses critiques sur le plan de la qualité, un autre interviewé relève, implicitement, le lien entre l'aire de chalandise de l'hôpital et l'éventail de spécialités que celui-là peut offrir. Il défend l'idée que l'HNe doit se départir de certaines prestations pour se concentrer sur les soins de base qui répondent aux besoins d'un plus grand nombre de personnes.

« Donc ces prestations hospitalières de soins aigus de base, assez simples, doivent pouvoir être réalisées dans les hôpitaux régionaux et ensuite, naturellement, ces hôpitaux régionaux doivent, pour tout ce qui est beaucoup plus compliqué, pouvoir s'appuyer sur les grands hôpitaux, notamment les hôpitaux universitaires. Il y a une forme de non-sens sur le territoire neuchâtelois à pratiquer des soins aigus hyper pointus tels qu'on les pratique dans les hôpitaux universitaires, ces missions-là on doit les laisser aux hôpitaux universitaires. Il s'agit aussi d'ailleurs de questions de sécurité sanitaire puisqu'on sait que, plus on va vers les soins aigus de pointe, plus l'acte doit être répété et plus on doit avoir de grands professeurs. Par exemple, dans notre stratégie en lien avec l'avenir de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds, on n'a jamais réclamé pour ce site des soins aigus ultra pointus tels qu'on peut les trouver dans les hôpitaux universitaires. La chirurgie cardiaque, la chirurgie du poumon, la neurochirurgie pédiatrique dans le canton de Neuchâtel, ça nous semble une forme d'incohérence. On a meilleur temps de se concentrer sur les soins aigus de base et de fournir des

excellentes prestations. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

À notre sens, la citation ci-dessus met également en exergue un autre élément sur lequel les points de vue en jeu divergent : le statut de l'hôpital. En effet, à travers la centralisation des soins, le canton visait à confirmer le statut de l'hôpital public « [...] *comme un hôpital cantonal et non comme un hôpital régional, tant au sens d'une région spécifique du canton qu'au sens intercantonal* » (CONSEIL D'ETAT 2016a : 20).

Le constat de l'interviewé précédent, à savoir la réduction des domaines spécialisés pour que les hôpitaux régionaux puissent continuer à offrir les prestations de base, est partagé par le coprésident du Groupe de travail interpartis sur l'hôpital (GTIH).

« [Le GTIH défend] non pas un seul grand hôpital mais deux bons hôpitaux adaptés à nos besoins de base. C'est la solution qui assure le mieux la sécurité sanitaire et qui paraît le plus économique parce qu'elle n'implique pas de transformations fondamentales de nos bâtiments ni de nouvelles constructions coûteuses. » (BREGNARD, cité par BYSAETH 2016)

Cette stratégie permettrait selon l'interviewé de garantir l'efficience et donc le maintien des deux sites. Il rappelle aussi que cela a été l'un des messages que l'initiative des Montagnes visait à faire passer.

« C'est la vision d'une structure hospitalière marquée par le rejet de la création d'un sous-hôpital universitaire ultra coûteux, parce qu'on continue de penser qu'on doit laisser partir les prestations les plus pointues vers les hôpitaux universitaires pour se concentrer sur les prestations d'envergure régionale pour lesquelles on a les masses critiques. Encore une fois, je reprends toujours le même exemple, à Neuchâtel on a toujours suffisamment d'appendicites pouvant être opérés sur les deux sites. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

Cette vision ne semble pas être partagée par un-e autre interlocuteur/trice. Tout en rappelant les compétences de CIMHS quant à la répartition des missions hospitalières pour tout ce qui relève de la médecine hautement spécialisée, la/le médecin argumente le fait que la centralisation des soins aigus dans le canton permettrait le développement d'un certain nombre de spécialités sans que cela ne tombe dans le champ de compétences de l'autorité supra-cantonale. En effet, le seuil de masse critique serait déjà atteint au niveau de la patientèle du canton. Il illustre son propos à travers l'exemple des coronarographies électives.

« Ceci a été un sujet de discussion entre l'initiative de H+H qui souhaitent à tout prix maintenir deux hôpitaux, et les professionnels de la santé, qui y voit là un retour en arrière et une rétrogradation de notre qualité de soins. Nous avons actuellement dans le canton un nombre suffisant de patient pour développer certaines activités que nous exportons actuellement (ex. une coronarographie élective/semi-élective, qui partent dans la grande quasi-majorité à l'Inselspital). Cette dépendance aux autres cantons nous coûte très cher (au contribuable mais également à la Confédération) et est un poids au développement d'un système de santé formateur et innovant pour le futur. J'entends par ceci qu'actuellement, avec le retour en arrière accepté aux urnes, certains sites auront et même ont déjà du mal à recruter du personnel, qui ne voit pas de futur à ces sites ; je pense notamment à l'absence de médecin-assistant. Tout ceci est dans tous les cas à prendre avec la centralisation de certaines spécialités dans des centres universitaires, comme voulu par la Confédération (ex. centre de transplantation), politique avec lequel le corps médical est tout à fait d'accord et qui a une logique indéniable sur le devenir du patient (et la diminution des coûts). » (Anonyme, médecin, 9 mai 2019)

Bien que la question de l'emplacement des soins aigus ait polarisé les débats autour de l'organisation des hôpitaux, la centralisation des soins de réadaptation se présente, selon certain-e-s interviewé-e-s, comme un enjeu crucial pour assurer d'une part l'amélioration de la qualité médicale et d'autre part la position concurrentielle du canton. Un interlocuteur met l'emphase sur le développement futur de ce domaine médical.

« La réadaptation on la voit partout. Il y a des vrais centres de réadaptation et pas des pseudos qui ont été simplement la reconversion d'anciens hôpitaux aigus. Un vrai centre de réadaptation c'est l'avenir de la médecine stationnaire parce que c'est là que la grosse partie de l'activité va se développer encore. Ce n'est pas en médecine aiguë. » (Laurent Christe, ancien directeur général de l'HNe, 3 mai 2019)

Tout en soulignant qu'un centre de réadaptation unique dans le canton aurait augmenté la qualité de la prise en charge, une intervenante regrette que l'importance de ce domaine n'ait pas été suffisamment discutée lors des débats.

« Les auteurs de l'initiative, puis la commission parlementaire, ont centré leur analyse sur les soins aigus, mettant de côté la réadaptation, alors que c'est vraiment pour moi, le gros défi de l'avenir compte tenu notamment du vieillissement de la population. Évacuez cette réalité par la porte, elle va revenir par la fenêtre dans les années à venir inévitablement. Le besoin d'une réadaptation regroupée va resurgir ; il permettra aux patients d'avoir accès à toute la palette des professionnels et à des prises en charge par filière, plus adaptées et plus efficaces. » (Muriel Desaulles, directrice générale ad intérim de l'HNe, 2 mai 2019)

Choix de sites – Plusieurs arguments ont sous-tendu le choix des sites. Le Conseil d'Etat et l'HNe étaient d'avis que le site de Pourtalès s'appropriait mieux à l'accueil des soins aigus pour les raisons suivantes (HNE 2015 ; CONSEIL D'ETAT 2016a) :

- Le bassin de population est plus important sur le Littoral. En même temps, l'emplacement à Pourtalès permettrait de réduire la fuite des patient-e-s à l'extérieur du canton et potentiellement attirer les patient-e-s d'autres cantons ;
- Pourtalès est plus facilement accessible pour les patient-e-s ainsi que les professionnel-le-s de la santé issu-e-s notamment des centres universitaires ;
- L'architecture de Pourtalès était plus récente et conçue pour les soins aigus (et non pas pour la réadaptation). D'autre part, le bâtiment du site de La Chaux-de-Fonds ayant de toute manière besoin d'être rénové, l'Etat et l'HNe ont envisagé la construction d'un CTR à La Chaux-de-Fonds, ce afin qu'il puisse devenir un centre de réadaptation, à l'échelle de la Suisse romande.

Figure 7 : Réorganisation spatiale de l'HNe (HNE 2015)

 <p>Montagnes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital de réadaptation et suites de traitement • Polyclinique (y compris imagerie médicale) • Urgences 24/24 • Unité de lits d'observation
 <p>Neuchâtel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital de soins aigus • Polyclinique • Urgences et urgences vitales 24/24 • Plateau médico-technique
 <p>Val de Travers</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Polyclinique

Nous proposons de passer en revue l'avis des interlocuteurs/trices concernant les arguments susmentionnés. Par rapport au bassin de population, un interviewé explique que la ville de Neuchâtel se trouve intégrée dans une agglomération (le Littoral), dont la population est plus grande que celle des Montagnes.

« Neuchâtel [ville] va du Landeron jusqu'à Vaumarcus, une région qui comprend une population de 80'000 à 100'000 habitants, contre 50'000 dans le Haut. Puis vous avez encore les deux vallées qui peuvent effectivement aller dans un centre ou dans l'autre. Ce qu'on constate, c'est que les gens du Val-de-Travers ont tendance à descendre à Neuchâtel, plutôt que de monter à la Chaux-de-Fonds. » (Mauro Moruzzi, député au Grand Conseil, 8 mai 2019)

Par rapport à l'accessibilité des sites, les avis sont divers, comme en témoignent les extraits reproduits ci-dessous. Certain-e-s intervenant-e-s considèrent que Pourtalès est plus facilement accessible pour la population.

« [...] l'hôpital Pourtalès est encore relativement facile d'accès. Le parking est catastrophique, il y a un certain nombre de points qui sont catastrophiques en termes d'accès par les véhicules, mais il est tout proche d'une sortie d'autoroute, il est tout proche de la gare. [...] L'hôpital de La Chaux-de-Fonds est facile d'accès pour toutes les Franches-Montagnes, les gens qui viennent du Jura et je l'ai vécu assez longtemps, on accède à l'hôpital sans problèmes. Mais souvent ce n'est pas la grande partie des patients qui viennent de là. Ils viennent plutôt du Locle, voire du Bas. Donc en termes de localisation géographique au sein de la ville, ce n'est pas le meilleur emplacement. » (Laurent Christe, ancien directeur général de l'HNe, 3 mai 2019)

Dans le même ordre d'idées, un intervenant explique que Pourtalès est plus accessible tant pour les patient-e-s que les professionnel-le-s de la santé. Le raisonnement rejoint d'ailleurs l'argument relatif au bassin de population évoqué plus haut.

« Neuchâtel est plus accessible ce n'est pas un jugement de valeur, j'aime beaucoup la ville de la Chaux-de-Fonds, mais c'est un fait. Neuchâtel est plus accessible en train, en transports publics, en autoroute, etc. ce qui va changer on l'espère avec les récentes décisions. Mais il y avait une question d'accessibilité et une question de bassin de population. [...] Et bien aussi pour attirer du personnel hospitalier, on sait que c'est plus difficile de l'attirer. Voilà, il y avait un côté d'accessibilité, Neuchâtel est plus accessible depuis presque toutes les régions du canton que ne l'est La Chaux-de-Fonds. Encore une fois, si vous venez du Val-de-Travers vous prenez un train vous êtes à Neuchâtel. Si vous allez à la Chaux-de-Fonds depuis le Val-de-Travers, vous prenez votre voiture, et si vous n'en avez pas, vous devez descendre jusqu'à Neuchâtel puis prendre un train ou un Car postal pour La Chaux-de-Fonds. Voilà le système disons de transport en commun de ce canton plaiderait plutôt pour Neuchâtel. Mais je pense que l'argument quand même le plus important c'est le bassin de population. » (Baptiste Hurni, député au Grand Conseil, 22 mai 2019)

Un autre interlocuteur évoque l'accessibilité de Neuchâtel pour les spécialistes en provenance des grands centres universitaires.

« [...] l'accessibilité du lieu, je veux dire à Neuchâtel on est plus proche des centres universitaires, la possibilité de certains spécialistes qui viennent consulter de Berne, de Lausanne, de Genève, c'est plus pratique pour eux. » (Bertrand Curty, médecin-directeur du CMC, 27 mai 2019)

Comme les interlocuteurs susmentionnés, il rejoint à notre sens, le constat de Lalanne (2010) selon lequel « [...] les régions étudiées ne sont plus considéré[e]s comme des points dans l'espace mais leur localisation relative compte de plus en plus » (2010 : 8).

Un autre interlocuteur estime que le site de la Chaux-de-Fonds dispose d'un accès de bonne qualité, contrairement au site de Pourtalès qui est plus difficilement accessible.

« [...] il faut aller à Pourtalès quand il y a des visiteurs qui viennent ça déborde sur la rue, c'est un désastre et ils voulaient construire pour mettre tous les soins aigus de médecine alors qu'ils sont déjà en plein bourrés, un hôpital derrière l'hôpital de Pourtalès [...] quand il y a des hooligans qui viennent de la gare ils ferment tout le périmètre, on ne peut même pas accéder comme visiteur à l'hôpital parce qu'il faut attendre la fin du match, que les potentiels fauteurs de troubles soient partis pour rouvrir les portes. » (Giovanni Spoletini, médecin, 29 mai 2019)

Au sujet du critère relatif à l'architecture, la plupart s'accordent à dire que la structure de Pourtalès était plus récente, qui de plus n'était pas adaptée aux soins de réadaptation. Les frais de son extension pour accueillir tous les soins aigus du canton seraient par conséquent moins élevés. Ce constat est quelque peu remis en cause par un interlocuteur qui argumente que le nouvel hôpital Pourtalès n'a pas été conçu pour devenir un hôpital cantonal mais pour regrouper l'ancien hôpital Pourtalès et celui des Cadolles. Il critique la volonté d'investir dans l'extension de cet hôpital, aussi en référence à sa remarque concernant les difficultés relatives à l'accès à ce site, surtout pour les personnes âgées.

« [...] Pourtalès n'est pas prêt, n'a pas la place. Pourquoi nous on est autant fâché ? parce que si Pourtalès était déjà un hôpital cantonal en charge de prendre tous les soins aigus du canton, à la limite on aurait dit oui. Ils ne sont pas capables, ils doivent reconstruire un hôpital derrière Pourtalès pour avoir tous les soins aigus du canton, qui était d'ailleurs programmé en sourdine. Les plans étaient déjà prêts. Donc reconstruire dans un endroit qui selon nous est un non-sens total parce qu'on ne construit plus un hôpital en plein centre, sans parking pour le public [...]. Vous n'avez pas la place d'accueillir toute la médecine, la médecine c'est les personnes âgées. Alors qu'on a un hôpital rénovable et vous avez dit qu'il était fichu [...]. » (Giovanni Spoletini, médecin, 29 mai 2019)

Plus loin, tout en admettant la possibilité de concentrer les soins dans un canton de petite taille, il estime que les décisions n'ont pas été prises dans le respect des principes démocratiques.

« [...] j'entends au niveau de la gestion géographique d'un hôpital on n'a jamais parlé d'un hôpital cantonal, vous avez fait un hôpital pour les Cadolles et Pourtalès puis tout d'un coup, ça devient un hôpital cantonal en ayant exclu de la discussion les cadres qui étaient dans le secteur public depuis des années. [...]. Ceci dit, le besoin de concentration, le besoin de discuter des masses critiques est mille fois justifié, le besoin de répartir des centres de compétences, je vous dirais que, en soi, la volonté de dire on met dans le Haut toute la rééducation et dans le Bas les soins aigus, je peux l'admettre mais pas comme on l'a fait. » (Giovanni Spoletini, médecin, 29 mai 2019)

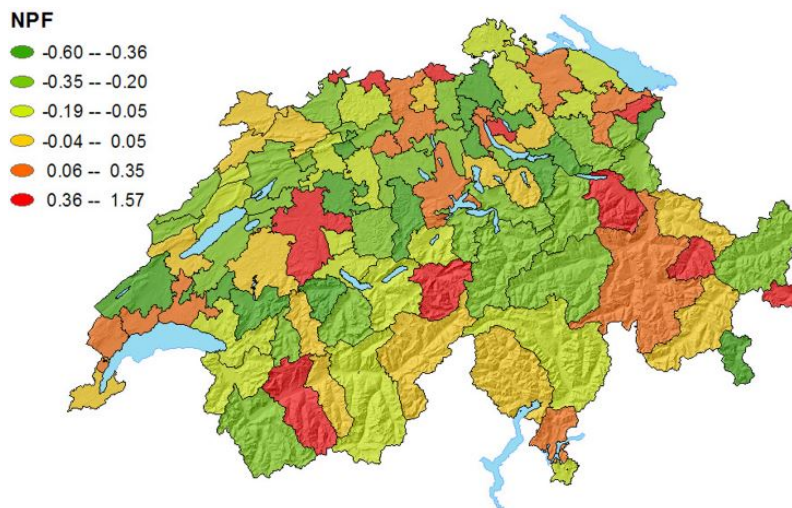
En ce qui concerne l'emplacement des soins aigus, un interlocuteur a évoqué une remarque générale qui nous paraît importante de développer. Par rapport aux soins de base (en donnant l'exemple de l'appendicite ou de l'accouchement), il argumente que les individus ont tendance à se déplacer dans un certain rayon géographique, pour accéder à un hôpital situé à proximité de leur lieu de résidence. Il explique que ce rayon correspond à l'*espace fonctionnel* d'un hôpital, un concept dont l'autorité chargée de planification doit tenir compte.

« Je pense que c'est important de fixer des espaces fonctionnels du domaine sanitaire. Jusqu'où les gens naturellement vont-ils, à part s'ils sont envoyés, jusqu'à Zürich s'il le faut, par leurs médecins pour soigner une pathologie particulière ? Cette carte des espaces fonctionnels sanitaires, je pense qu'il faut vraiment la poser. Assez instinctivement si je devais la dessiner, je pense que depuis Neuchâtel on arrive à la limite avec Bienne, et sur le Littoral-ouest on arrive à la limite avec Yverdon. Et puis pour les Montagnes neuchâteloises, il faut englober les Franche-Montagnes et le vallon

de St-Imier. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

Cette description invite à penser à la configuration des HSAs de la Suisse, réalisée par Klaus et al. (2005). Dans le cadre de leur étude, les auteurs proposent de prendre en considération la trajectoire des patient-e-s dans l'utilisation des infrastructures hospitalières. Ils argumentent que les HSAs constituent des espaces pertinents dont la conception nécessite de dépasser les frontières administratives. La carte obtenue par les auteurs est reproduite ci-dessous.

Carte 3 : HSAs suisses, avec les flux nets (NPF) des patient-e-s (KLAUSS et al. 2005)



À la vue de cette carte, une certaine habitude de 'consommation' se dégage de la trajectoire des patient-e-s du canton (qui diffère quelque peu de la représentation de l'interlocuteur précédent). Ainsi, le Val-de-Travers, le Littoral et les Montagnes neuchâteloises forment trois HSAs dans le canton de Neuchâtel. En même temps, la balance des flux des patient-e-s (*Patient Net Flow*)⁵ est négative dans les trois HSAs.

Cependant, deux remarques s'avèrent indispensables à l'égard de la carte de Klaus et al. (2005). Premièrement, celle-ci a été réalisée sur la base des données récoltées entre 1998 et 2001. Les auteurs expliquent que les limites de ces espaces sont déterminées par l'accessibilité des services hospitaliers et l'utilisation effective des patient-e-s. Ainsi, les HSAs présentées sur cette carte sont susceptibles d'évoluer. Deuxièmement, les données statistiques font état de la situation avant la réforme hospitalière neuchâteloise en 2005 et la révision de la LAMal entrée en force en 2012.

Alors, sur la base de ces remarques, dans quelle mesure les HSAs délimitées par Klaus et al. (2005) sont-elles d'actualité ? A ce stade, nous ne sommes pas en mesure d'y répondre de manière précise à l'aide des cartes, car le présent mémoire de Master ne vise pas à délimiter le(s) HSA(s) du canton de Neuchâtel avec des données statistiques actualisées. Toutefois, nous pouvons partir du principe que lesdites limites sont déjà modifiées depuis la centralisation des soins aigus sur deux sites.

Parallèlement, l'analyse des facteurs influençant le profil de déplacement des patient-e-s (voir le sous-chapitre y dédié) a mis en évidence que, à l'exception des soins devant être dispensés

⁵ La balance des flux est le rapport entre les flux de patient-e-s entrants et sortants. Nous détaillerons cette notion dans le cadre de notre seconde hypothèse de recherche

régulièrement (comme la dialyse), celui-là est, à l’heure actuelle, fortement orientée par le conseil de la/du médecin ainsi que par la perception de la qualité.

Étant donné l’essor de la mobilité des individus, la liberté de choix de l’établissement hospitalier issue de la réforme de la LAMal en 2012 ainsi que les facteurs influençant le profil de déplacement des patient-e-s, nous supposons que les limites des HSAs peuvent évoluer de manière beaucoup plus marquée en fonction de l’offre des soins, ce qui présente un enjeu pressant pour les cantons sur le plan concurrentiel.

5.3.1.3. Initiative populaire (GTIH)

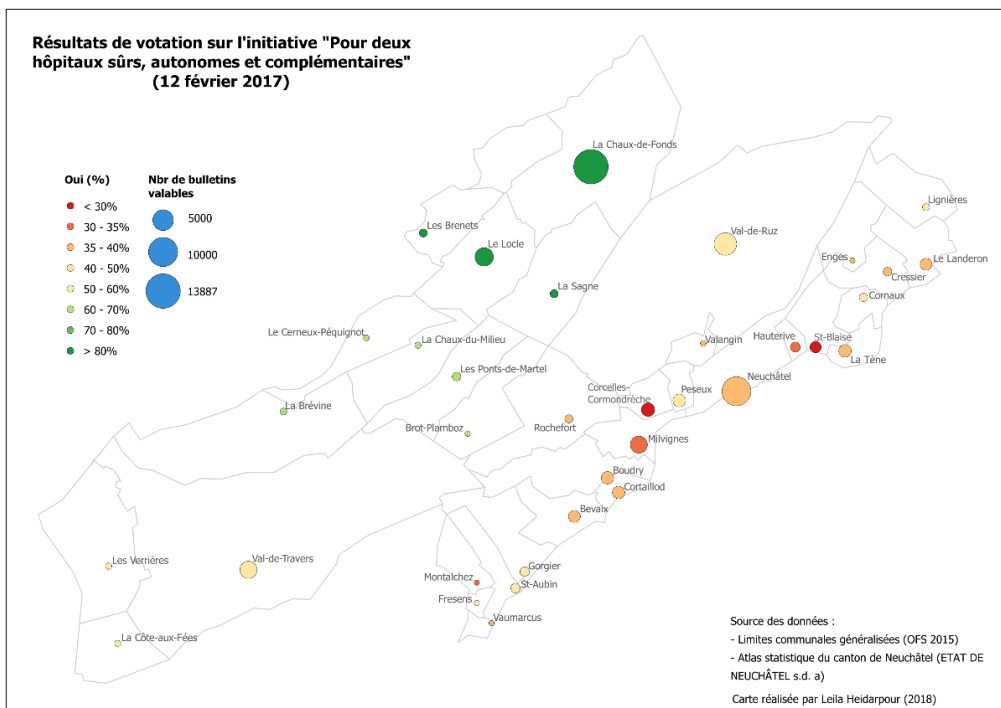
En 2016, une initiative populaire cantonale est déposée à la chancellerie d’Etat intitulée « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires », à la teneur suivante :

« 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. » (CONSEIL D'ÉTAT 2016b : 2)

Le Comité d’initiative (GTIH) a considéré la proposition du HNe et du Conseil d’Etat (formulée sous forme de contre-projet) comme étant non équilibrée du point de vue du partage des missions.

Lors de la votation du 12 février 2017, le peuple neuchâtelois a accepté à la fois le texte du comité d’initiative et le contre-projet du Conseil d’Etat. Cependant, la question subsidiaire a fait pencher la balance en faveur du premier.

Carte 4 : Visualisation des résultats de votation 2017



La carte ci-dessus met en évidence la proportion de voix favorables (voir les couleurs) à l'initiative des Montagnes. De plus, ces résultats sont mis en parallèle au nombre de bulletins valables (voir les cercles proportionnels), qui nous paraît être un indicateur fiable de population habitant les communes neuchâteloises. En effet, pour la visualisation des résultats de votation par communes, nous avons opté pour une carte en cercles proportionnels à la place d'une carte en plage traditionnellement utilisées à cette fin⁶. Dans cette optique, la taille des cercles proportionnels nous offre deux informations. Primo, La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel sont les grandes villes ou pôles urbains du canton. Secundo, les voix de la population desdites villes n'ont pas le même poids que celles des Lignièrès ou de La Sagne par exemple. Par conséquent, ce type de carte nuance et en même temps précise les résultats par commune.

La démarche de géovisualisation étant précisée, les résultats de vote sur l'initiative illustre, à notre sens, un clivage entre le Haut et le Bas du canton. Cette initiative a été majoritairement acceptée dans les Montagnes neuchâteloises. Le même exercice de géovisualisation des résultats de votation portant sur le contre-projet du Conseil d'Etat montre précisément des informations inverses. Cet objet a récolté le moins de voix favorables dans les Montagnes.

5.3.1.4. Mise en œuvre de l'initiative

À la suite de l'acceptation de l'initiative par la population, un groupe de travail (ci-après : GT H+H) a été constitué afin d'étudier les moyens de sa mise en œuvre. Ainsi, le GT H+H (2017) a proposé, comme modèle de gouvernance, la constitution de trois sociétés anonymes autonomes, deux de soins aigus à La Chaux-de-Fonds et à Pourtalès, et une de réadaptation. La forme juridique conçue garantirait, selon le GT H+H, une plus grande autonomie et responsabilité aux entités ainsi formées⁷.

S'agissant de la répartition des missions, le GT H+H a conclu qu'une répartition définitive ne pourrait être décidée que par les organes décisionnels des sociétés anonymes. Toutefois, il a retenu « [...] *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* » (GT H+H 2017 : 17).

À la suite de cette proposition, les milieux concernés ont émis des craintes par rapport à la perte des qualifications des centres de compétences de l'hôpital ainsi que des frais engendrés à cause des doublons, en cas de constitution de sociétés anonymes autonomes. Cet avis ressort clairement de la lettre du personnel soignant adressée au Grand Conseil qui devait statuer sur cette proposition.

« Il est insensé de vouloir conserver deux blocs opératoires ouverts 24 heures sur 24 à seulement 20 kilomètres de distance [...] dans un canton où il y a, en moyenne, moins d'une opération urgente à faire par nuit. » (SAUVAIN, cité par PAUCHARD 2018)

Certain-e-s interviewé-e-s précisent que la division de l'hôpital des soins aigus en deux entités autonomes aurait entraîné la perte de certaines spécialisations médicales, faute de masse critique suffisante.

« Si vous séparez ces trois entités et notamment les deux centres de soins aigus l'un de l'autre, vous créez deux petits hôpitaux qui n'ont plus du tout les mêmes qualités qu'un hôpital sur deux sites, dans le sens que vous n'avez plus des équipes aussi performantes que maintenant, vous n'avez plus les masses critiques, vous n'avez plus

⁶ Une carte en plage illustrant les résultats du même objet de votation se trouve en annexe.

⁷ Une figure comparant le modèle juridique actuel de l'HNe et celui des sociétés anonymes se trouve en annexe.

la formation que vous pouvez faire maintenant pour les jeunes médecins donc plus des possibilités de relève du groupe médical. Après vous devez abandonner un certain nombre d'activités de médecine que vous avez maintenant. Actuellement à HNe, vous avez des centres de compétences, vous avez la pneumologie, la neurologie avec une stroke unit [...], un centre mère-femme-enfant particulièrement performant, [...], vous avez le centre du sein à la Chaux-de-Fonds, vous avez toute la radiothérapie cantonale à la Chaux de Fonds, vous avez toute la gériatrie hospitalière. Tout ça, ça tombait. » (Jean-Frédéric de Montmollin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

Finalement, la proposition du GT H+H repris par le Conseil d'Etat a été rejetée par le Grand Conseil. Ce dernier présente en 2018 (2019 pour la version définitive) une nouvelle organisation intitulée Réseau hospitalier neuchâtelois (Ci-après : RHNe). Ce projet reprend le modèle de gouvernance de l'HNe, à savoir un établissement de droit public, en y rajoutant la fonction de directeurs/trices de sites (voir le modèle organisationnel en annexe). Quant à la répartition des missions, il propose de maintenir un centre de services transversaux et les centres de compétence à leur emplacement actuel (GRAND CONSEIL 2019 ; BOURQUIN 2019). Ainsi, la loi sur le Réseau hospitalier neuchâtelois (Ci-après : LRHNe) définit les rapports entre les deux sites de soins aigus de la manière suivante :

« Le RHNe est composé de deux sites de soins (ci-après : site) à large autonomie, situés sur les deux pôles urbains du canton, chacun des sites offrant au minimum une prise en charge médico-chirurgicale 24/24, des prestations de soins aigus de médecine interne, de chirurgie, d'anesthésie, de soins intensifs ou continus. » (Art. 5 al. 1 LRHNe).

Les sites du RHNe sont autonomes dans le sens qu'ils « s'organisent librement en fonction des missions et des budgets propres qui leur sont dévolus ; sont responsables de l'engagement, de la conduite et du licenciement de leur personnel [...] » (art. 6 LRHNe).

Comparé à l'HNe et la solution de trois sociétés anonymes autonomes, certain-e-s interlocuteurs/trices insistent sur le fait que le RHNE a le mérite d'apporter de la paix au sein de l'organisation hospitalière. D'autre part, une intervenante argumente qu'à travers le maintien d'une structure transversale, le RHNe permettrait d'assurer la qualité des prestations actuelles. Pour le reste, il ne diffère guère de l'HNe que sur certains aspects formels.

« Pour maintenir les prestations, maintenir leur qualité, garder les professionnels, il était impératif de maintenir la transversalité des activités médico-soignantes. Je peux dire que, par rapport au projet à trois sociétés anonymes, le RHNE a sauvé l'essentiel de ce point de vue. » (Muriel Desaulles, directrice générale ad intérim de l'HNe, 2 mai 2019)

Plusieurs interview-é-s soulignent qu'il s'agit d'un compromis politique. L'interlocuteur suivant met en garde que ce projet ne représente pas la meilleure solution en termes d'efficacité économique, voire de qualité.

« Je pense qu'à l'heure actuelle répartir la médecine aiguë dans des régions moyennes à petites - comme Neuchâtel avec 170'000 habitants en terme hospitalier ce n'est pas très grand - de répartir ça sur deux sites je pense que ce n'est pas la meilleure solution. Il y a toute la question de l'infrastructure et de compétences et puis d'assurer une permanence, et ça c'est ce qui coûte le plus cher dans un hôpital. On doit être prêt 24h sur 24. Mais les patients ne se présentent pas en permanence toutes les heures depuis une heure du matin jusqu'à 23 heures du soir. Il y a entre 8h et 19h des grandes plages de fréquentation et puis entre 23h et 4h du matin il n'y a presque plus personne qui se présente en termes d'urgence. Donc il y a des gros creux et des pics. Si on doit garder deux structures ouvertes en permanence par exemple la nuit ça sera très coûteux ça n'apportera pas grand-chose aux patients. En termes de qualité ça

*pourrait, je dis ça "pourrait", être aussi un risque et il faut prendre ça en considération.
» (Laurent Christe, ancien directeur général de l'HNe, 3 mai 2019)*

Les éléments clés des quatre modèles de répartition des missions sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Récapitulatif des quatre projets de répartition spatiale des soins hospitaliers

	Partages des missions
HNE 2006	<ul style="list-style-type: none"> - Soins aigus à PRT et CDF - Soins palliatifs à La Chrysalide (Chaux-de-Fonds) - Policlinique au VdT - Réadaptation au VdR et au Locle
Contre-projet 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Soins aigus à PRT (avec policlinique renforcée, services d'urgences 24h/24, soins intensifs) - Traitement et réadaptation à CDF (avec policlinique renforcée, services d'urgences 24/24 + unité de lits d'observation) - Policlinique renforcée au VdT
Trois sociétés anonymes 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Deux sociétés anonymes de soins aigus : 40% CDF et 60% PRT. - Une société anonyme pour la réadaptation
RHNe 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Soins aigus à PRT et CDF - Maintenir les spécialisations à leur emplacement actuel ; un centre de services transversaux et directeurs/trices de sites

5.3.2. HOPITAL PRIVE

Comme nous l'avons vu dans l'historique, le groupe SMN est actif sur le canton à travers La Providence et Montbrillant. Les prestations de soins offertes dans ces établissements privés sont soumises à trois systèmes de remboursement. Le SwissDRG est appliqué aux missions figurant sur la liste hospitalière du canton. Les autres traitements effectués en stationnaires pour lesquels l'établissement n'a pas reçu de mandat, sont couverts par les assurances complémentaires. Et finalement, les soins en ambulatoire sont soumis au système TARMED.

Le SMN se différencie de l'hôpital public essentiellement sur deux points. D'abord, son processus décisionnel est moins lourd. Celui de l'hôpital public se caractérise au contraire par l'intervention de l'exécutif, du législatif ainsi que du peuple (par le biais de référendum).

Puis, l'HNe est un hôpital public à vocation cantonale soumise à l'obligation de garantir la sécurité sanitaire sur tout le territoire cantonal à travers l'offre d'une large palette de prestations, même si certaines d'entre elles ne sont pas rentables. En même temps, l'Etat subventionne l'hôpital cantonal pour les prestations d'intérêt général qui comprennent entre autres les points suivants:

« a) maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ; b) recherche et formation universitaire ; [...] h) maintien des capacités hospitalières pour des raisons de santé publique, en particulier de prestations relevant de la planification

sanitaire dont le financement ne peut être assuré malgré une gestion rationnelle et efficace. » (CONSEIL D'ETAT 2017b : 8)

Or, les prestations du secteur privé sont plus ciblées et soumises à l'exigence de rentabilité. Un intervenant explique la raison pour laquelle la clinique privée peut devenir concurrentielle à l'hôpital public.

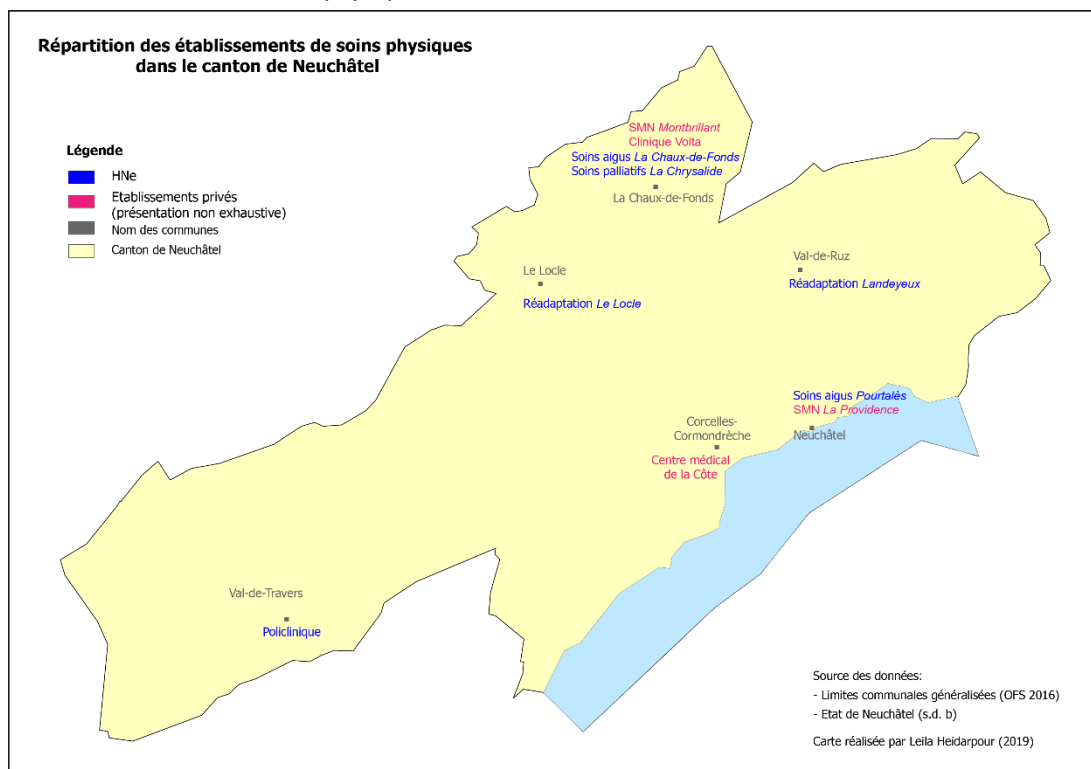
« [...] ils investissent quand il faut et deviennent très concurrentiels par rapport au secteur public parce qu'ils offrent aussi des compétences et des technologies avant des fois même que le secteur public ait eu le temps de s'équiper. Il y a une grande difficulté à trouver des accords parce que les logiques ne sont pas les mêmes. [...] Mais déjà là il y a disproportion [...] le secteur public doit mobiliser bien plus de personnel 24h/24, 7j/7. Le secteur privé prend en charge les opérations orthopédiques électives qui rapportent aussi et il est très compétent là-dessus, on peut dire qu'il est meilleur que le secteur public, mais il sélectionne aussi en quelque sorte les cas favorables. » (Giovanni Spoletini, médecin, 29 mai 2019)

S'agissant de la répartition des missions entre l'HNe et le SMN selon la planification hospitalière actuellement en vigueur, les interlocuteurs/trices constatent qu'elle touche essentiellement la chirurgie pour les soins dispensés en stationnaire.

« C'est aussi parce que dans sa planification hospitalière l'Etat de Neuchâtel a donné des missions aux hôpitaux privés qui sont des missions chirurgicales. Presque toutes. Notamment la chirurgie d'orthopédie, l'ophtalmologie hospitalière c'est uniquement l'ophtalmologie opératoire. [...] et puis il y a un sujet qui est plutôt dans la médecine interne et qui est historiquement dévolue à La Providence, c'est la néphrologie dans le domaine des reins artificiels. » (Jean-Frédéric de Montmollin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

La carte ci-dessous permet de visualiser la répartition spatiale des hôpitaux (HNe et SMN) ainsi que celles de deux établissements privés auxquels nous nous sommes intéressés.

Carte 5 : Etablissements de soins physiques dans le canton de Neuchâtel



5.3.3. DISCUSSION

La juxtaposition des arguments en lien avec le partage des missions hospitalières met en lumière plusieurs éléments d'interprétation que nous proposons de discuter dans les paragraphes qui suivent.

Organisation spatiale de l'hôpital cantonal – Nous constatons que la notion de masse critique, à la fois dans ses acceptions économique et sanitaire⁸, constitue le dénominateur commun à toutes les stratégies proposées depuis la constitution de l'HNe en 2005 jusqu'à aujourd'hui.

Concernant l'HNe, en ne maintenant que deux sites de soins aigus, et en spécialisant les autres établissements régionaux dans la réadaptation et les soins palliatifs, nous remarquons une première tentative de complémentarité fonctionnelle entre les sites. Plus précisément, en supprimant l'offre des soins aigus dans les établissements régionaux, l'hôpital agrandit la masse critique des sites de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès, afin d'assurer l'efficacité des prestations ainsi que d'augmenter la possibilité de recrutement du personnel qualifié.

Cela dit, ce processus a naturellement eu pour corollaire le renforcement du statut de places centrales des villes de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel. Plus précisément, en ce qui concerne les soins aigus, les autres régions du canton sont donc passées dans l'aire d'influence de ces deux villes. Cette démarche s'inscrit d'ailleurs dans une volonté politique fixée dans la loi :

« L'EHM [établissement hospitalier multisite cantonal] 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 formation. » (art. 2 al. 3 LEHM)

Le statut de place centrale semble d'ailleurs être l'une des raisons ayant convaincu les Chaux-de-Fonnières/ers à accepter la réforme de 2005. En rappelant les interrogations des Montagnes neuchâteloises par rapport à l'avenir de leur hôpital et l'existence des plans de rénovation des sites de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds, un interlocuteur estime qu'en 2005 le message de la réforme était rassurant pour La Chaux-de-Fonds.

« [...] le message était le suivant : l'hôpital de La Chaux-de-Fonds est un hôpital, si vous me passez l'expression, ce n'est pas celle qui a été utilisée à l'époque mais le sens y était, qui est "too big to fail", dans la mesure où le territoire neuchâtelois ne peut pas se passer de ce site de soins aigus et que naturellement la rationalisation de l'organisation hospitalière à l'intérieur du canton ne pourra qu'aller vers un renforcement du "grand hôpital" de La Chaux-de-Fonds. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

Par la suite, cette tendance de complémentarité fonctionnelle se renforce avec la volonté de centraliser l'unité mère-enfant sur un site et celle de l'appareil locomoteur sur l'autre, comme proposé par les scénarios d'Antarès consulting en 2007. La nécessité de réaliser des complémentarités pour éviter les doublons est aussi mise en exergue dans les propositions du groupe Advimed en 2012.

Ainsi, les données recueillies soulignent que c'est la vision stratégique désignée pour l'hôpital qui influe le rapport entre son aire de chalandise et son degré de spécialisation et inversement.

Dans cette optique, selon les défenseurs/seuses de la centralisation des soins aigus, la division augmenterait les coûts en raison des doublons et impliquerait une réduction de l'offre de certaines prestations par l'hôpital cantonal en raison des masses critiques sanitaires

⁸ Rappelons que le but d'un prestataire de soins consiste à assurer une activité efficace tout en respectant l'exigence de la masse critique sanitaire.

insuffisantes. La centralisation agrandirait quant à elle l'aire de chalandise et exercerait un impact positif sur le recrutement du personnel médical qualifié pour les prestations fournies. La centralisation du centre mère-enfant et des soins intensifs illustrent le constat. D'ailleurs, concernant le centre mère-enfant, les rapports et les entretiens laissent penser que fréquemment ce n'est pas la centralisation, dans une perspective de rationalisation des services, qui est remise en cause. En 2009, un point qui a fait l'objet de vifs débats était la question de son emplacement et son impact sur le taux d'activité du site qui l'aurait perdu. Couplés avec les facteurs influençant le profil de déplacements des patient-e-s (voir supra), les arguments précités illustrent, à notre sens, l'idée que les aires de chalandise des deux sites se recoupent. Par ailleurs, ce point reste toujours pertinent lorsque la réflexion sur les aires de chalandise se fait dans un contexte géographique dépassant les frontières officielles du canton de Neuchâtel. Ce constat ressort clairement des propos d'une intervenante. Elle explique que les rapports entre l'HNe et les hôpitaux universitaires se caractérisent par une complémentarité. Au contraire, ce sont les établissements régionaux et non universitaires, tel que l'hôpital d'Yverdon, qui font concurrence à l'HNe (voir carte 6 à la page suivante).

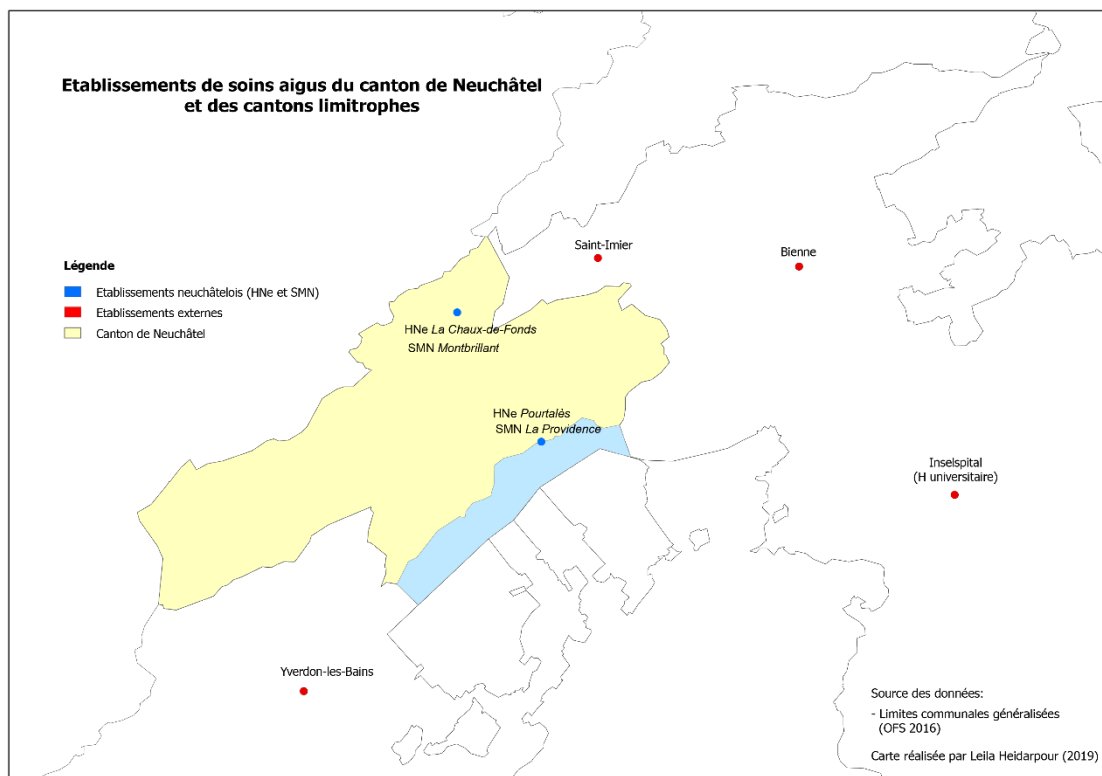
« [...] Avec les hôpitaux universitaires, l'HNE établit des conventions de collaboration qui délimitent clairement le champ des responsabilités. L'idée est, lorsque cela est possible, de permettre aux patients neuchâtelois de disposer à Neuchâtel de prestations effectuées par des médecins d'hôpitaux universitaires et de limiter l'hospitalisation hors canton aux patients nécessitant l'infrastructure d'un hôpital universitaire. L'HNE entre en concurrence davantage dans le domaine stationnaire avec les hôpitaux « régionaux » des cantons voisins, et dans une moindre mesure avec les cliniques privées du canton. » (Muriel Desaulles, directrice générale ad intérim de l'HNe, 2 mai 2019)

À titre de rappel, la théorie des réseaux de villes s'intéresse aux rapports entre les villes de même niveau. Elle stipule qu'en raison de l'essor de la mobilité, on assiste de plus en plus à une remontée en échelles d'une grande partie des services, de nature privée ou publique. Dans cette optique, les aires de chalandise des prestataires de services se chevauchent. Afin de réaliser des économies d'échelle ainsi que d'obtenir des masses critiques nécessaires au fonctionnement de l'établissement, les hôpitaux optent pour une complémentarité fonctionnelle entre leurs sites. Au vu des arguments qui précèdent, nous pouvons déduire que le contre-projet du Conseil d'Etat s'inscrit clairement dans la théorie des réseaux de villes. Cette réflexion se trouve d'ailleurs renforcée par la crainte exprimée par certain-e-s intervenant-e-s, selon lesquels la constitution de deux sociétés anonymes autonomes pour les soins aigus à Pourtalès et à La Chaux-de-Fonds les aurait mises en concurrence entre elles. Ceci confirme implicitement que l'aire de chalandise de ces établissements ne sont pas exclusives. Les propos suivants illustrent le constat.

« À mon avis, c'était une évidence qu'elles allaient entrer en concurrence. » (Jean-Frédéric de Montmollin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

Pour visualiser la représentation des interlocuteurs/trices, la carte reproduite ci-dessous met en évidence les hôpitaux des cantons limitrophes. Pour reprendre l'exemple des accouchements, la plupart des interlocuteurs/trices s'accordent à dire que l'hôpital de Saint-Imier fait concurrence au centre mère-enfant de l'HNe en captant une partie de la patientèle de ce dernier vivant dans les Montagnes neuchâteloises.

Carte 6 : Hôpitaux de soins aigus à proximité du canton de Neuchâtel



Du côté des partisan-e-s du maintien des deux sites de soins aigus, le rapport entre l'aire de chalandise et le degré de spécialisation ressort aussi clairement. Néanmoins, la stratégie préconisée consiste dans la diminution de la palette des prestations offertes par l'hôpital public.

Cela permettrait donc de se concentrer sur les prestations de base et de renvoyer les prestations spécialisées vers les hôpitaux universitaires. Cette stratégie occasionnerait moins de coûts et permettrait, selon le GTIH, de se concentrer sur la qualité des soins pour lesquels chacune des deux régions du canton disposerait des masses critiques suffisantes. D'après eux, cette démarche offre de surcroît à l'hôpital public la possibilité d'occuper le terrain sur tout le territoire cantonal. Elle aurait aussi pour corollaire, le renforcement du site des soins aigus de la Chaux-de-Fonds, et ce toujours dans un contexte géographique plus large que le canton de Neuchâtel. Cette vision ressort clairement des propos d'un interlocuteur.

« Jusqu'à l'EHM [établissement hospitalier multisite], l'hôpital de La Chaux-de-Fonds rayonnait non seulement sur les Montagnes neuchâteloises et une partie du Val-de-Ruz, mais aussi sur toutes les Franches-Montagnes et le vallon de St-Imier. [...] À partir de la planification hospitalière qui était une planification cantonale mais sans sensibilité quant à la manière dont fonctionnent les Montagnes neuchâteloises, on a cessé de regarder au-delà de nos frontières cantonales. [...] Sans la ville de 40'000 habitants qui est à côté de St-Imier, l'hôpital de St-Imier n'existerait pas. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

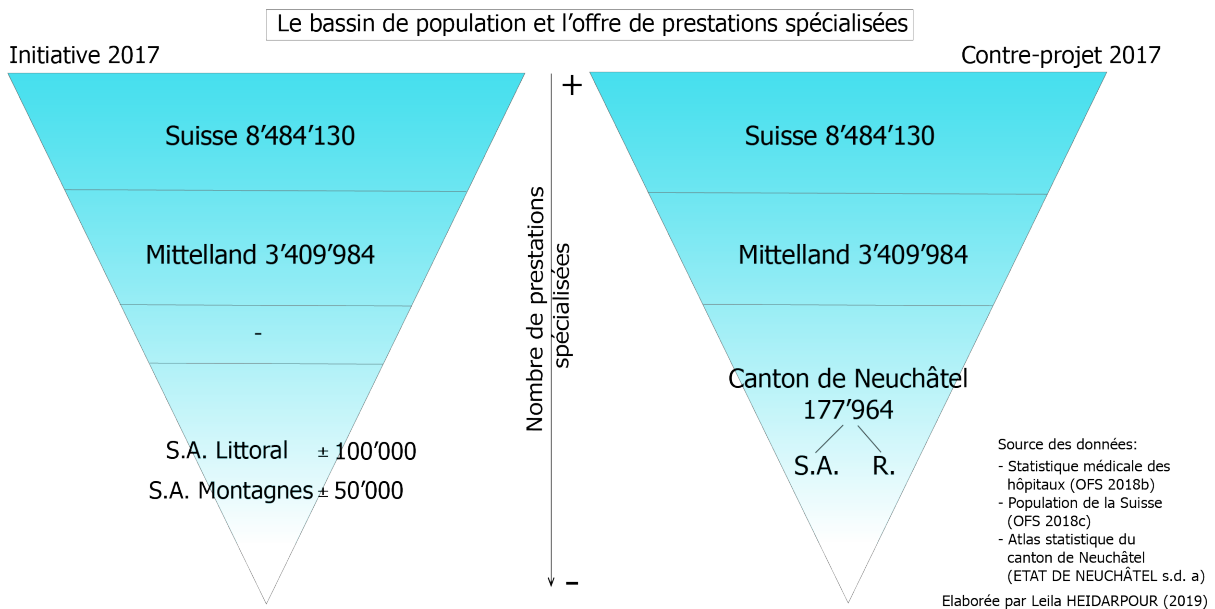
Rappelons que la théorie développée par Christaller (1933) régit les rapports entre une place centrale et son aire d'influence. À ce stade d'analyse, et au vu des arguments qui précèdent, nous pouvons déduire que la volonté de maintenir deux sites de soins aigus s'inscrit dans la théorie des places centrales (MEIJERS 2007). Dans cette optique, les Montagnes neuchâteloises, les Franches-Montagnes ainsi que St-Imier se trouveraient dans l'aire d'influence de La Chaux-

de-Fonds. Dans le Bas du canton, la ville de Neuchâtel aurait le même rôle par rapport à son aire d'influence.

Pour revenir au concept de HSA développé dans les deux sous-chapitres précédents, nous avons vu que les HSA évoluent dans le temps (KLAUSS et al. 2004) et qu'il n'existe pas de version cartographiée actualisée du rayonnement hospitalier de chaque site. Cependant, étant donné la concentration des activités de soins aigus sur La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel depuis la réforme hospitalière des années 2000, nous pouvons supposer que les HSAs actuelles du canton correspondent (dans leurs traits généraux) à deux régions, à savoir les Montagnes et le Littoral. Celui-ci étant plus grand en raison du profil de déplacement des patient-e-s du Val-de-Travers et du Val-de-Ruz. Cela invite, à notre sens, à penser que le canton peut, à travers ses décisions de répartition spatiale des services, changer les HSAs sur son territoire. Autrement dit, si le contre-projet du Conseil d'Etat avait été accepté, la HSA du site des soins aigus et celle de réadaptation auraient chacune couvert l'ensemble du territoire cantonal.

La figure 8 ci-dessous récapitule le lien entre l'aire de chalandise (masse critique d'efficacité et de qualité) et le nombre de prestations spécialisées. Les « étages » des triangles représentent les échelles territoriales avec le nombre de personnes y habitant. En haut du triangle se trouve la population nationale. À cette échelle tous les groupes de prestations sont offerts.

Figure 8 : Rapport entre l'aire de chalandise et le nombre de prestations spécialisées offertes par l'établissement



Il apparaît ensuite le Mittelland, une région dans laquelle le canton de Neuchâtel est intégré. Notre choix se base sur les régions de flux établies par l'OFS (2018b), dans lesquelles plusieurs cantons périphériques ont une balance de flux négative avec un canton central (voir le graphique en annexe). En l'occurrence, la région de Mittelland se compose de sept cantons périphériques dont le flux des patient-e-s s'effectue principalement en faveur de Berne doté d'un hôpital universitaire⁹. La prise en compte de ce découpage géographique se justifie également en raison de la répartition spatiale des groupes de prestations inclus dans la planification hospitalière

⁹ Le flux des patient-e-s et les régions hospitalières seront vus de manière plus détaillée dans le cadre de l'hypothèse 2.

neuchâtelaise, présentée dans le chapitre de la contextualisation par le biais de deux cartes. À cette échelle, toute la palette des prestations est en principe offerte. Cependant, les soins disponibles à Berne dépendent aussi de la planification décidée par la CIMHS.

Puis, la différence entre les deux perspectives présentées plus haut (le contre-projet et l'initiative 2017) se démarque à travers l'échelle territoriale retenue juste en dessous de l'Espace Mittelland. En effet, l'initiative (triangle à gauche) prône le maintien de deux sites de soins aigus généralistes. D'après cette vision, les hôpitaux de La Chaux-de-Fonds et Pourtalès – dotés d'un bassin de population respectivement de 50'000 et 100'000 habitant-e-s – considérés de manière isolée se trouvent directement au-dessous de l'hôpital universitaire. À titre de rappel, la stratégie consiste à prendre en charge les soins de base, en référant les cas complexes à l'hôpital universitaire, sans passer par une échelle intermédiaire. Nous en déduisons que dans cette vision, l'échelle cantonale est inexistante. Toutefois, nous avons vu que la théorie des places centrales postule que les villes sont dépendantes de celles qui se trouvent à l'échelle supérieure (MEIJERS 2007). Or, cette vision strictement hiérarchisée n'explique pas pourquoi les Montagnes neuchâtelaises se trouveraient, pour ce qui est du service mère-enfant par exemple, dans l'aire de chalandise de St-Imier doté d'une population de 5'167 habitant-e-s (SAINT-IMIER s.d.). Cela montre, à notre avis, que les logiques de localisation de services ne peuvent être que partiellement expliquées par le modèle des places centrales.

Les charges fixes seront quant à elles maintenues pour les deux sites de soins aigus. Les propos suivants illustrent cette notion, en termes de personnel médical.

« Si vous avez besoin de 10 personnes mais que vous les répartissez à deux endroits et que c'est deux fois 5 personnes, ces individus seront moins bons qu'une dizaine de personnes à un endroit. C'est ça. Et puis souvent c'est que si on les répartit à deux endroits, on aura besoin de plus que dix personnes parce que pour les questions de continuité de prestations on a besoin peut-être de 13-14-15 personnes, donc deux fois 6 ou 7 ou 8. Donc ça va coûter plus cher, sans prestations supplémentaires en termes de qualité. » (Laurent Christe, ancien directeur général de l'HNe, 3 mai 2019)

De l'autre côté, le contre-projet du Conseil d'Etat (triangle à droite) vise à établir une échelle intermédiaire cantonale entre l'espace Mittelland et les pôles urbains du canton. Cette stratégie de mise en réseau des villes s'effectue à travers une spécialisation des sites, indépendamment de la taille des villes où ils se situent. Dans cette perspective, l'aire de chalandise de chaque site couvrirait l'ensemble du territoire cantonal. Parallèlement, une centralisation des activités permettrait un amortissement des charges fixes en augmentant les gains de productivité (GENEAU DE LAMARLIERE et al. 2013).

Hôpitaux universitaires – Quelle que soit la vision stratégique pour l'hôpital cantonal (spécialisation fonctionnelle ou le maintien des deux sites de soins aigus dans le canton), l'analyse des données démontre que l'HNe, comme d'autres hôpitaux non universitaires, se trouve, pour ce qui relève de prestations de pointe, dans l'aire d'influence de cantons disposant d'un hôpital universitaire. L'exemple des coronarographies électives vu plus haut en offre une illustration. Cette tendance se renforce d'ailleurs avec la répartition de la médecine hautement spécialisée décidée au niveau supra-cantonal. Ainsi, les patient-e-s ayant besoin de soins relevant de la médecine hautement spécialisée se déplacent vers les hôpitaux désignés par la CIMHS, renvoyant aux postulats de Meijers (2007) et Jia et al. (2017). Dans cette optique, l'aire de chalandise des hôpitaux académiques est plus grande que celle des hôpitaux généralistes. Ceux-ci se trouveraient, pour tout ce qui est des prestations spécialisées, inclus dans l'aire de chalandise des hôpitaux académiques selon la structure de *successively inclusive hierarchy* décrite par Jia et al. (2017).

En même temps, les arguments qui précèdent démontrent que l'aire de chalandise des hôpitaux universitaires dépend aussi des conventions de collaboration convenues entre ceux-là et les hôpitaux non universitaires.

Hôpital privé – Il ressort de la consultation des sites web de La Providence et de Montbrillant que les deux établissements proposent approximativement les mêmes prestations. Nous leur avons demandé si le bassin de population du canton est assez grand pour que le service soit efficient.

« Nous, on ne fait pas de répartition, on a des médecins orthopédistes qui travaillent sur La Providence, des médecins qui travaillent sur Montbrillant. On a la mission d'orthopédie ça veut dire que s'ils veulent hospitaliser des patients qui sont en chambre commune ils le peuvent. [...] Avant, Monbrillant ne pouvait pas accueillir des patients en chambre commune. Donc maintenant qu'on le peut et bien il y a une bonne occupation pour l'orthopédie. C'est les patients majoritairement qui viennent du Haut du canton qui se font opérer à Monbrillant. Alors qu'avant, ils allaient plutôt sur le Jura bernois. » (Anonyme, représentant-e du SMN, 8 mai 2019)

Cela dit, les rapports entre le privé et le public suscite un vif débat et les stratégies de coopération défendues par chacun sont différentes. En effet, suivant les prestations médicales offertes, les deux entités se disputent le marché de santé neuchâtelois.

Dans ce contexte, l'établissement privé défend la liberté de concurrence promue par la loi fédérale. C'est le principal grief qu'il invoque dans son recours auprès des instances judiciaires contre l'attribution des quotas dans la planification hospitalière. La citation suivante explicite le constat.

« Au niveau stationnaire la concurrence serait effective si le canton nous attribue des missions de manière égale avec les établissements publics. Le canton décide à qui il va attribuer les missions en fonction des capacités de chaque établissement, de prise en charge, de l'expérience des médecins, etc. Alors chez nous on a clairement l'orthopédie ça c'est notre principale activité. Le canton nous a soumis à des quotas pour cette activité. Et ces quotas, si vous regardez dans la planification du canton de Neuchâtel, diminuent chaque année pour faire un vase communicant avec l'HNe pour attribuer nos cas d'orthopédie à l'HNe. Et ça pour nous ça ne s'appelle pas un travail de concurrence. » (Anonyme, représentant-e du SMN, 8 mai 2019)

Ce constat sur le rapport entre l'hôpital cantonal et les entités privées est d'ailleurs partagé par le directeur de la Clinique de La Source (Lausanne), dans un entretien paru dans Le Temps.

« [...] le problème est que les cantons sont juges et parties. Les ministres de la Santé ont tendance à protéger leurs hôpitaux. Ils poussent à ce que la prise en charge et les soins se fassent dans les établissements dont ils sont propriétaires. » (DJORDJÉVIC, cité par JEANNET 2018)

Pour d'autres, les restrictions quant à l'octroi des missions de la part de l'Etat se justifient pour des raisons économiques et de formation. L'hôpital public est un lieu de formation pour la grande majorité des médecins, d'où la nécessité d'offrir une large palette de spécialités est nécessaire. Cela permet en même temps à l'établissement de rentabiliser ses activités.

« [...] Actuellement, l'hôpital public est le lieu de formation de la grande majorité des médecins en Suisse. C'est de là également que proviennent la grande majorité des médecins de cliniques privées, une fois formés. La formation de ces médecins a été longue et coûteuse au système de santé (et donc au contribuable), et ces médecins ont eu l'opportunité de voir un (très) grand nombre de patients; il est par ailleurs intéressant de noter que ces critères sont souvent très recherchés par les cliniques privées (ex. "recherchent chirurgien avec >X années de pratique) et que les médecins de ces cliniques revendiquent leur formation dans le public comme gage d'expérience

et de qualité (ex. "ancien chef de Clinique aux hôpitaux X"). Cette qualité de formation ne peut être assurée que si le public voit un très grand nombre de cas. Des lors, il est tout à fait normal que les cantons mais également la Confédération établissent des standards et quotas qui doivent être respectés. Certes, le privé veut rentabiliser mais ceci ne doit pas se faire au détriment du public – à eux donc de se diversifier. Les quotas souvent discutés par les Cliniques privées sont pour des opérations dites "simples" qui en règle générale rapporte beaucoup à ces centres et n'ont que très peu de complications. Mais fait inconnu du public : lorsqu'une opération se passe mal, ou qu'il y a des complications suite à une prise en charge en privé, les patients sont très rapidement voire de suite transférés vers un hôpital public "pour réparer les dégâts et éviter d'autres soucis". Ceci a un avantage net pour le privé : moins de coûts. Et le public de nouveau se voit à payer la facture pour des cas qui n'auraient pas forcément dus terminer avec des complications. Dès lors, il est normal que la grande majorité des opérations "simples" qui peuvent rapporter un bénéfice pour le public soit effectuée par les hôpitaux publiques. Ils pourront alors créer des réserves pour assurer une qualité de soin pour tous (et également se préparer aux coûts associés avec des transferts venant du privé. » (Anonyme, médecin, 9 mai 2019)

Un interlocuteur explique qu'une coopération entre les entités publiques et privées est possible, à partir du moment où cette stratégie est bénéfique pour aux deux entités.

« Les facteurs qui encouragent la coopération c'est quand les deux entités privée et publique y trouvent un avantage tant au niveau de l'organisation et du fonctionnement médical qu'au niveau des coûts et bénéfices que la prise en charge médicale et la collaboration engendre. » (Giovanni Spoletini, médecin, 29 mai 2019)

Il propose de repenser l'organisation des soins, pour mettre en place de nouveaux mécanismes de coopération entre les deux entités.

« C'est que la clinique privée au niveau de la gestion des blocs opératoires elle trouve sa place dans l'hôpital public puis qu'on se répartisse un peu des bénéfices qu'on peut faire. Au lieu d'avoir trois salles d'opération à Montbrillant, trois salles à Volta, on en est à cinq ou six à l'hôpital public et qu'on se mette d'accord autour de ça. Ça c'est nouveau mais ça peut se faire s'il y a une volonté politique derrière. Je ne suis pas pour qu'il y ait des cliniques totalement indépendantes comme Genolier [SMN], Montrbrillant et Volta. » (Giovanni Spoletini, médecin, 29 mai 2019)

D'ailleurs, une collaboration avec le privé est aussi une solution envisagée pour réduire les surcoûts liés au RHNe, comme en témoigne l'extrait ci-dessous tiré d'un article paru dans ArcInfo.

« Le surcoût lié aux prestations de soins aigus 24/24 sur deux sites est estimé à deux millions de francs par an. Pour limiter la facture, "il faudra que la direction du site chaud-fonnier trouve des solutions" [...]. Comme mettre en place un système de piquet à domicile la nuit et collaborer avec les cliniques privées Montbrillant et Volta. » (MERAT 2019a : 3)

Cela dit, la concurrence en place entre l'HNe et l'entité privée en raison de la dépendance de ces établissements vis-à-vis du même marché existait déjà à la constitution de l'HNe (avant la reprise de La Providence par le SMN en 2013). En effet, dans le cadre des deux scénarios étudiés dans le rapport Antarès en 2007, il était prévu d'attribuer les missions hospitalières de La Providence à l'HNe (CONSEIL D'ETAT 2009).

Vu ce qui précède, la relation entre les entités privées et publiques dans le canton fait penser à la répartition spatiale telle que décrite par la théorie des places centrales, en ce que les prestataires essaient de maintenir une aire de marché exclusive. Cependant, cette théorie n'explique que partiellement la situation, notamment en raison de l'existence des quotas prévus par l'Etat pour régler les rapports entre les deux entités. Ce qui revient à dire que la planification

hospitalière a un impact fort sur la répartition des soins et des patient-e-s autant sur le plan territorial que les rapports entre les établissements privés et publics.

Médecine de proximité – Bien que la médecine de proximité, de par la nature des prestations dispensées (ambulatoire), ne soit pas directement soumise à la planification hospitalière, il nous paraît tout de même intéressant d'appliquer les théories précitées à la logique de leur localisation.

Dans le cadre de ce travail, par la médecine de proximité, nous entendons les centres médicaux privés dans lesquels plusieurs spécialisations de médecine sont proposées à la population. Ainsi, le Centre médical de la Côte (ci-après : CMC) situé à Corcelles offre des prestations relevant par exemple de la gynécologie, médecine interne générale et dermatologie (CMC 2017). Le directeur du CMC explique la finalité de ce regroupement comme suit :

« L'idée de départ était de créer un centre médical qui réunit les compétences et qui permet aux gens de trouver au même endroit toutes les spécialités liées à la médecine de premier recours. [...] Mon but est de trouver d'autres développements dans la prise en charge multidisciplinaire surtout de permettre une continuité des soins pour éviter ces morcellements que l'on vit actuellement. » (Bertrand Curty, médecin-directeur du CMC, 27 mai 2019)

Cela dit, l'interviewé évoque implicitement que le centre médical déploie son activité dans son aire de chalandise propre.

« La concurrence entre les centres comme le nôtre c'est difficile à dire parce qu'on répond à un besoin de la population. Et pourquoi est-ce que les gens viennent ici plutôt qu'à Bevaix, je dirais que c'est plutôt géographique, c'est-à-dire on draine une population, c'est l'accessibilité des soins qui est à mon avis importante. Puis après, pour la pérennité c'est vraiment la qualité de prise en charge » (Bertrand Curty, médecin-directeur du CMC, 27 mai 2019)

Plus loin, il explique que les patient-e-s de la médecine de proximité peuvent être référé-e-s si nécessaire à l'hôpital cantonal, voire universitaire. Cette démarche s'inscrit à notre sens dans une structure hiérarchisée (*successively inclusive hierarchy*) selon la théorie des places centrales, telle que décrite par Jia et al. (2017).

À ce stade, nous souhaitons nous attarder sur la notion de réseaux de soins, évoquée par certain-e-s interlocuteurs/trices. Ces dernières/ers expliquent que l'accès aux soins se concrétise également, à côté des hôpitaux, par d'autres moyens. En effet, l'idée de la continuité dans les soins, via la médecine de proximité, a été évoquée à plusieurs reprises. Etant donné l'évolution des besoins de la population, un intervenant explique les rapports entre les trois critères de la planification (qualité, economicité et accès) et le rôle attribué à la médecine de proximité à l'avenir :

« Ça va encore plus s'accroître sur le critère de la qualité et coûts. Il faut bien se dire une chose : c'est que la population vieillit et les structures de prise en charge de la population sont multiples, elles sont de moins en moins centrées sur l'hôpital. Et ça c'est un élément important parce que souvent l'hôpital focalise toutes les tensions, les attentes, etc. Mais si vous regardez un réseau de soins, l'hôpital ça devient un élément parmi d'autres. [...] en référence à la médecine de proximité] Le patient peut aller dans une structure plus légère qui suscite moins de crainte que l'hôpital. L'hôpital c'est un gros bâtiment avec beaucoup de gens, beaucoup de spécialistes, etc. Il y a toujours un peu d'appréhension pour le patient. Dans un cabinet de groupe, il y a souvent moins de résistance à aller se faire soigner. Et souvent ils ont une perception plus proche, de proximité. Et ça c'est un atout. » (Laurent Christe, ancien directeur général de l'HNe, 3 mai 2019)

Cet avis est appuyé par un-e autre intervenant-e, qui met en avant la nécessité de travailler en réseau :

« [...] avoir des réseaux de soignants qui puissent suivre le patient dans ses différentes pathologies bien sûr que c'est important. Le patient n'est pas juste un problème de reins juste un problème de diabète, il a plein de problèmes. Je pense que le travail dans un réseau de soins c'est quelque chose qui peut être que bien pour le patient. [...] Les réseaux de soins je pense que c'est une bonne évolution. Par contre, ça n'empêchera jamais d'avoir des besoins de soins aigus dans un hôpital. Et ça même les médecins de proximité ils n'ont pas les infrastructures techniques nécessaires pour soigner certaines pathologies, c'est normal. » (Anonyme, représentant-e du SMN, 8 mai 2019)

Localisation de l'hôpital cantonal – Au cours des entretiens, quelques intervenant-e-s ont évoqué une autre possibilité de répartition spatiale des soins sur le territoire cantonal. En effet, la localisation d'un hôpital unique au centre du canton (au Val-de-Ruz) se présenterait comme une solution pour résoudre la problématique hospitalière. Il s'agirait d'un projet permettant de rassembler la population de toutes les régions.

« Le canton de Neuchâtel se trouve actuellement dans une impasse politique et morale. [...] ¹⁰ Il est tout à fait compréhensible que la population dite "du haut" mais qui est avant tout neuchâteloise comme vous et moi se sente mal à l'aise face à ce qu'est devenu l'hôpital de Chaux-de-Fonds, qui rappelons-le, est un hôpital payé par la ville et ses résidents. Ceux-ci ont vu cet édifice diminuer en prestance avec des messages mixtes voir malhonnêtes (que l'hôpital maintiendrait une capacité à soigner l'aigue 24/7, par exemple). Physiquement voir le tout migrer sur Pourtales a dû également être difficile. Néanmoins, la solution n'est pas de tout centrer sur Pourtales, un hôpital qui est déjà saturé chroniquement. Une solution qui est acceptée par la grande majorité du monde politique et médical serait de créer a neuf un hôpital unique pour le canton, au milieu du canton. Beaucoup de spécialistes citent le site entre Boudevilliers et le SCAN, au-dessus de l'autoroute (voie d'accès routières perméables) comme idéal. Il permettrait de travailler ensemble pour centraliser les soins hospitaliers dans un site localisé entre le "Haut" et le "Bas", sans pour autant délaisser les populations des Vallons. Maintenant des policliniques d'Urgences dans chacune des villes (avec également des consultations ambulatoires pour chaque spécialité) est également nécessaire. De plus, chaque pôle urbain maintiendrait un SMUR opérant depuis ces policliniques, ce qui permettra, en cas de nécessité, d'assurer des soins supplémentaires lors du trajet vers le centre hospitalier unique. Ce nouvel hôpital pourrait également être intégré avec le nouveau système de rail qui reliera Neuchâtel à la Chaux-de-Fonds. Les anciens hôpitaux pourraient être utilisés comme centres de convalescences, une denrée actuellement rare, que la plupart des cantons voisins pourrait alors solliciter pour des placements de leur patient, ce qui s'avèrerait bénéfique pour notre canton. La localisation de ce site au centre du canton hors zone urbaine sera un atout : ceci diminuera très sûrement la sur-utilisation du centre d'urgence pour des cas simples qui pourraient être vus en consultation chez les médecins traitants (la distance étant un facteur clé, cf. exemple de l'Inselspital cite ci-dessus,). Les patients auront néanmoins la possibilité de consulter les policliniques qui référeront aux centres d'urgence en cas de nécessité, après un premier examen (concept de triage médical). Notons qu'il sera dans tous les cas importants de maintenir le Val-de-Ruz comme espace agricole afin d'éviter qu'il devienne un 3e pôle urbain pour le canton, chose que le conseil d'Etat neuchâtelois souhaiterait également » (Anonyme, médecin, 9 mai 2019)

Un hôpital cantonal localisé au milieu du canton est également une idée défendue par un partisan de l'initiative.

¹⁰ Par manque de place, l'intégralité des propos transmis par l'interlocuteur se trouve en annexe.

« Pour faire de Pourtalès où il est le seul hôpital cantonal de la médecine aigue ça ne va pas. [...] sur le principe à un autre endroit, moi j'étais favorable à Landeyeux, je suis un des premiers qui a parlé d'une maternité cantonale à Landeyeux qui réunirait le Haut et le Bas. Donc, je ne suis pas contre abandonner La Chaux-de-Fonds mais à condition d'avoir choisi un autre endroit. » (Giovanni Spoletini, médecin, 29 mai 2019)

Un interlocuteur explique que ce projet paraît intéressant, mais il présente un certain nombre de défauts des points de vue de l'aménagement du territoire, des finances et des transports. Cependant, il n'exclut pas l'idée.

« Bon c'est un peu la fausse bonne idée de se dire "le Haut et le Bas se tapent dessus, alors on met au milieu" parce qu'il y a d'abord une question d'infrastructures. Aujourd'hui, les infrastructures de transports ne sont pas à la hauteur pour faire ça, on peut toujours les améliorer et puis il y a un projet de RER, donc voilà, ce n'est pas impossible. Ensuite il y a une question de pôles, c'est-à-dire qu'un hôpital c'est un investissement extrêmement important. On parle de, je n'ai plus les chiffres en tête, mais en tout cas 180 millions. Donc je ne sais pas si vous pouvez imaginer ce que ça peut donner dans ce canton qui n'a déjà pas beaucoup d'argent. Parce que ces 180 millions ça représente 4-5 ans d'investissement du canton, donc pendant une demi-décennie tous les investissements sont concentrés au Val-de-Ruz, alors même qu'aujourd'hui on n'arrive pas à investir assez dans les pôles qui existent déjà à la Chaux-de-Fonds et Neuchâtel. En termes d'aménagement du territoire c'est la solution la plus aberrante de mettre un hôpital au Val-de-Ruz même si alors médicalement ça ne pose pas de problème. [...] D'un point de vue financier ça ne l'est pas forcément parce que ça coûterait sans doute quand même moins cher d'agrandir soit l'hôpital de la Chaux-de-Fonds soit Pourtalès, en tout cas les pré-études qui ont été faites démontrent que ça coûterait moins cher. Après, est-ce que ça permettrait de faire des économies dans le fonctionnement d'avoir quelque chose de neuf plutôt que de... je ne sais pas. Donc voilà, la solution du Val-de-Ruz elle est séduisante mais elle a aussi des défauts. Mais je ne dis pas que je suis contre, je pourrais m'y rallier. Elle a quand même un certain nombre de défauts, des défauts auxquels on doit réfléchir assez attentivement. » (Baptiste Hurni, député au Grand Conseil, 22 mai 2019)

Cet avis rejoint l'argument du Conseil d'Etat (2016a) pour justifier le choix de valoriser les sites hospitaliers existants. La localisation de l'hôpital public au Val-de-Ruz contreviendrait au plan directeur cantonal et mettrait à mal les investissements du canton dans les pôles urbains.

« En effet, situé hors périmètre urbain, il accentuerait les problématiques et handicaps neuchâtelois, à savoir que le canton possède d'ores et déjà un nombre suffisant de centres et de structures urbaines compte tenu de l'étroitesse de ses frontières et de sa population de 180'000 habitants. La création d'un centre hospitalier au Val-de-Ruz induirait inévitablement une densification du bâti et des infrastructures techniques et routières et entraînerait derrière elle de nouveaux développements, conduisant à long terme à l'émergence d'un nouveau pôle urbain tandis que les centres actuels peineraient à se renouveler. » (CONSEIL D'ETAT 2016a : 31)

Dans la partie théorique, nous avons vu que Segessemann et al. (2013) distinguent les emplois ruraux et urbains, à partir d'un seuil de 50 employé-e-s par établissement. En effet, en raison de la présence d'un nombre important de consommateurs/trices issu-e-s également des espaces périurbains, les hôpitaux se localisent dans les centres urbains. Les auteurs concluent que l'hôpital fait partie de l'économie résidentielle urbaine et non pas rurale. L'établissement est ainsi incité à se localiser dans un lieu où se concentrent la grande partie de ses client-e-s et partenaires économiques (GENEAU DE LAMARLIERE et al. 2013 : 397).

Du point de vue des réseaux de villes, nous avons vu que la théorie définit le réseau comme un système horizontal de complémentarité entre les centres de même niveau (MEIJERS 2007). Dans cette optique, le chevauchement des aires de chalandise contribue à l'émergence des

centres spécialisés à travers la division spatiale du travail. Cette stratégie garantit une aire de chalandise suffisamment grande pour chaque centre (CAMAGNI et. Al 1993 : 1059).

Vu ce qui précède, la localisation de l'hôpital cantonal au Val-de-Ruz ne nous semble pas, *a priori*, correspondre aux critères mis en avant par la théorie des réseaux de villes et des places centrales.

L'équilibre régional – La juxtaposition des données met en exergue le rôle de la politique régionale. En effet, une revue de la loi, des rapports du gouvernement, de la plupart des entretiens ainsi que de la presse permet de conclure que le maintien d'un site de soins aigus à La Chaux-de-Fonds se présente comme le garant d'un développement économique dans les Montagnes neuchâteloises. La position du Conseil d'Etat en 2008 concernant la localisation du centre mère-enfant illustre ce propos. La politique (ou l'équilibre) régionale ressort fréquemment des propos de nos interlocuteurs/trices, comme en témoigne l'extrait ci-dessous.

« [... le RHNe] était un compromis raisonnable entre les deux éléments de l'équation, c'est-à-dire la question régionale et la question hospitalière. » (Mauro Moruzzi, député au Grand Conseil, 8 mai 2019)

Alors, quels sont les enjeux relatifs à l'équilibre régional en matière de la planification hospitalière ? Les concepts avancés par les approches des places centrales et des réseaux de villes ne semblent pas les avoir traités. Notre première hypothèse portant sur le rapport entre l'aire de chalandise et le degré de spécialisation ne répond donc qu'en partie à la réalité du terrain neuchâtelois.

Cela nous permet donc de passer à notre seconde hypothèse, pour essayer d'exposer les enjeux qui ne sont pas abordés par la théorie des places centrales et celle des réseaux de villes.

5.4. HYPOTHESE 2

Les prestations hospitalières de bonne qualité font partie des aménités locales qui contribuent à attirer des patient-e-s et résident-e-s dans la région. En effet, un établissement pour les soins aigus et un pour la réadaptation permet d'attirer plus de spécialistes dans le canton de Neuchâtel, en même temps que de diminuer le nombre d'hospitalisations hors canton.

Dans la partie théorique, nous avons vu que la captation d'un maximum de revenus ainsi que la minimisation de la fuite des revenus vers l'extérieur constituent les deux composantes fondamentales mises en exergue par la théorie de la base économique.

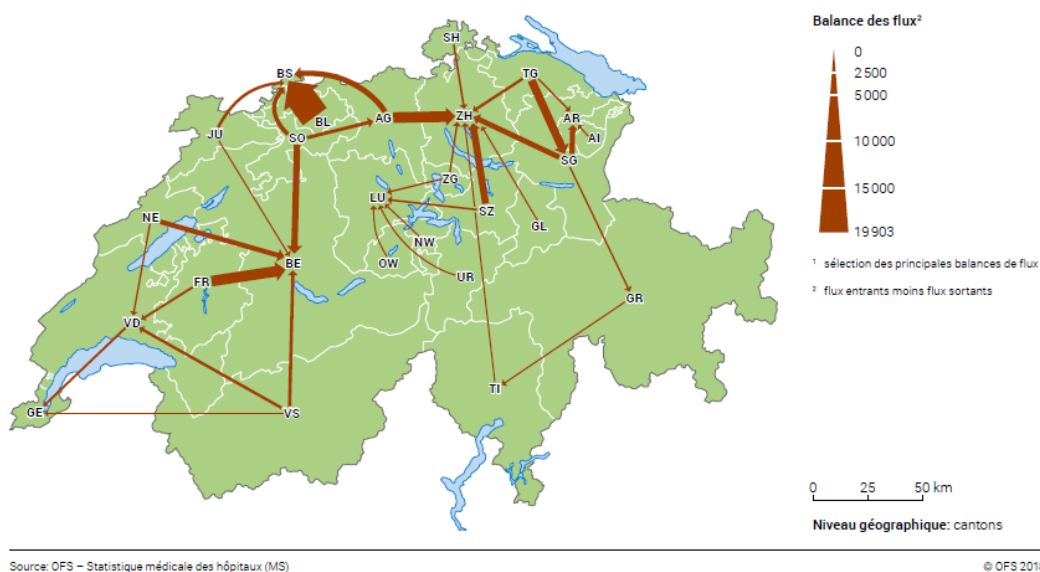
Bien que l'étude du développement territorial ait été longtemps polarisée par un intérêt à l'égard des activités exportatrices dans la région étudiée, Davezies (2008) invite à penser le territoire comme le cadre de vie de la population, dans lequel la captation d'autres types de revenus devient un enjeu considérable pour son développement.

Nous avons intégré cette approche à notre grille d'entretien afin d'accéder à la représentation de nos interlocuteurs/trices quant au rôle de l'hôpital comme élément contribuant à l'attractivité du canton de Neuchâtel. L'analyse qui suit inclura donc les mesures mises en place pour attirer la patientèle neuchâteloise et non neuchâteloise vers les établissements du canton de Neuchâtel (attractivité présenteielle) d'un côté, et la qualité des prestations comme attrait pour les patient-e-s et les professionnel-le-s de la santé pour les inciter à s'établir dans le canton (attractivité résidentielle) de l'autre côté.

5.4.1. ATTRACTIVITE PRESENTIELLE

Les données statistiques présentent un outil indispensable à l'étude des flux des patient-e-s, et ce surtout depuis l'entrée en vigueur en 2012 de la révision de la LAMal relative au financement des soins hospitaliers. La carte reproduite ci-dessous constitue une porte d'entrée en matière.

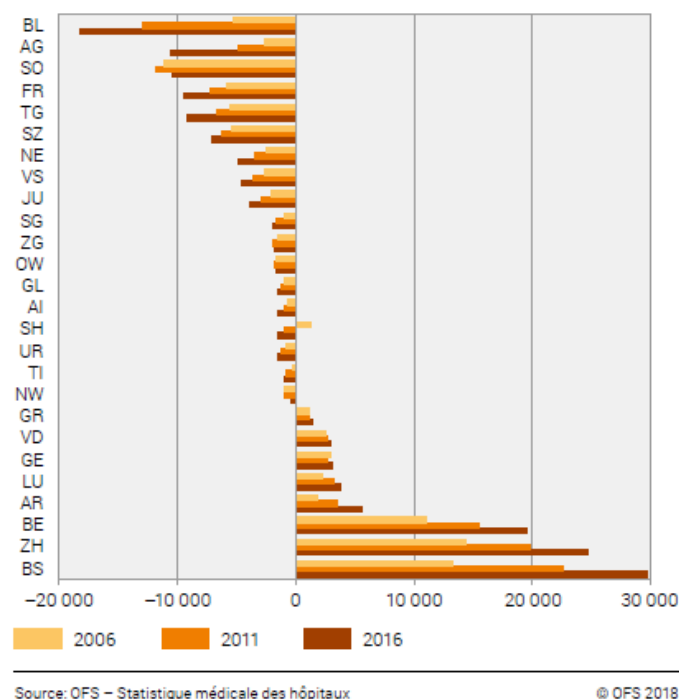
Carte 7 : Hospitalisations extracantonales - balance des flux entre cantons (OFS 2018b)



La carte ci-dessus met en évidence « [... les flux] les plus importants en regroupant les cantons en régions de flux, constituées d'un ou de plusieurs cantons avec une balance positive (canton

centre) et des principaux cantons ayant avec lui (ou avec eux) une balance négative (cantons périphériques) » (OFS 2018b : 6). La balance des flux correspond à la différence entre les flux entrant et sortant (OFS 2018b). On remarque que le canton de Neuchâtel se trouve essentiellement dans l'aire d'influence du canton de Berne, et dans une moindre mesure de Vaud.

Graphique 3 : Balance des flux par canton, 2006-2016 (OFS 2018b)



Ensuite, le graphique ci-contre illustre que, hormis les cantons disposant d'un hôpital universitaire, la balance des flux de la grande majorité des cantons est négative. Neuchâtel n'y fait pas exception, avec un taux d'hospitalisations extracantonales s'élevant à 22% (SOCIETE NEUCHÂTELOISE DE MEDECINE 2018).

Enfin, le graphique de la Société neuchâteloise de médecine (2018) reproduite en annexe montre que cette tendance va en s'accroissant depuis 2012. À titre d'exemple, en 2012, sur un total de 27'090 hospitalisations, 6'090 patient-e-s ont été soigné-e-s à l'extérieur du canton (SOCIETE NEUCHÂTELOISE DE MEDECINE 2018).

Dans son analyse portant sur ce phénomène, la Société Neuchâteloise de Médecine (2018) distingue les hôpitaux de destination des patient-e-s neuchâtelois-e-s, selon qu'ils sont universitaires ou non. Cette distinction est importante en raison des motivations d'admission différentes et de leur évolution. D'un côté, la part des hospitalisations extra-cantonales, entre 2012 et 2016 à destination des établissements non universitaires a cru de manière plus forte que les flux vers les centres universitaires (+42% et +19% respectivement). De l'autre côté, les centres universitaires accueillent, dans 92% des cas, les patient-e-s externes pour des motifs médicaux (par ex. prestations non disponibles dans les établissements neuchâtelois), alors que le flux vers les hôpitaux non universitaires se justifie dans 82% des cas pour des motifs de convenance personnelle. Cela concerne essentiellement des soins relevant de l'obstétrique, de l'orthopédie, de l'urologie et des vaisseaux, fournis également dans les hôpitaux du canton de Neuchâtel (SOCIETE NEUCHATELOISE DE MEDECINE 2018).

Pour commencer, un interlocuteur relève que la prise en compte des flux sortant est importante dans une logique d'efficacité.

« Dans un système ouvert à la concurrence intercantonale, de manière analogue à ce qui se passe pour les universités, on peut se faire une idée de la performance de l'hôpital en observant les flux de patients, qui devrait au moins être équilibré. C'est-à-dire qu'autant de patients d'autres cantons devraient venir se faire soigner chez nous qu'il y a de Neuchâtelois qui choisissent un hôpital hors canton. C'est malheureusement très loin d'être le cas, et je ne parle bien sûr pas des prestations qui ne sont pas disponibles chez nous et qui nécessitent une prise en charge dans un

hôpital universitaire spécialisé ailleurs que dans le canton de Neuchâtel. » (Mauro Moruzzi, député au Grand Conseil, 8 mai 2019)

Plusieurs intervenant-e-s relèvent que la fuite des patient-e-s n'est tout de même pas très grande, comme en témoigne cet extrait.

« Mais je ne pense pas que [cette fuite] soit extrêmement forte. Peut-être sur le Haut clairement je crois qu'il y a eu une bonne partie des cas d'orthopédie qui se font sur le site de Saint-Imier, qui pourrait être repris sur Neuchâtel. Le moment où on a attribué la clinique Monbrillant sur la liste hospitalière, et bien ça a pu rapatrier des patients sur Neuchâtel, des patients qui allaient avant à Saint-Imier. On a des médecins qui travaillent aussi bien sur Saint-Imier que sur Montbrillant. Et bien forcément si on a un patient qui habite à la Chaux-de-Fonds, on lui dit "vous allez vous faire hospitaliser vous avez le choix entre La Chaux-de-Fonds ou bien vous faire hospitaliser à Saint-Imier", il y en a qui choisissent de rester sur La Chaux-de-Fonds. » (Anonyme, représentant-e du SMN, 8 mai 2019)

À la suite de ce bref aperçu sur les hospitalisations extra-cantoniales, nous proposons de voir les mesures que les interlocuteurs/rices envisagent pour que les patient-e-s évaluent positivement (CALLON et al. 2000) les prestations des hôpitaux du canton et ce afin de réduire les fuites (c'est-dire les hospitalisations extra-cantoniales) et d'attirer les patient-e-s.

Qualité – Dans le sous-chapitre consacré au profil de déplacement des patient-e-s, nous avons vu que les interlocuteurs/trices ont tendance à distinguer la qualité technique des prestations et la perception subjective de la qualité par les patient-e-s. Ce sont deux notions que les intervenant-e-s mettent en avant dans l'évaluation positive des prestations hospitalières par la population.

En ce qui concerne la qualité technique, la loi, la littérature médicale ainsi que les rapports cantonaux de planification s'appuient sur la notion de masse critique. Pour rappel, elle se définit comme le seuil minimal d'interventions médicales qui contribue à garantir la qualité et la sécurité des soins. C'est d'ailleurs un critère qui s'avère décisif durant le processus d'attribution des missions hospitalières ainsi que pour l'accréditation des centres de compétences et de formation dans un établissement. Un-e intervenant-e explique que ce critère fait partie des compétences recherchées par la patientèle.

« [...] en tout cas pour ce qui est du type d'opération, le fait d'opérer souvent, ça donne plus d'expériences. Je pense que c'est ça qui intéresse les gens, c'est de savoir qu'ils vont être opérés par quelqu'un qui a fait tant d'opérations de ce type-là. » (Anonyme, député-e au Grand Conseil, 8 mai 2019)

En même temps, les mesures de qualité mises en place par des associations actives sur le plan national, telles que l'ANQ poussent à améliorer la qualité des prestations. Ainsi, les comparatifs en matière des escarres et des taux de réadmission ont incité, selon une interlocutrice, à la mise en place d'un programme spécial au sein de l'établissement hospitalier.

« On a mis en place un programme spécial escarre pour s'améliorer dans ces domaines-là. Il y a la ré-hospitalisation, il y a les réadmissions, les taux d'infection. Il commence à y avoir un certain nombre de comparatifs qui sont mis en place et qui sont des comparatifs publics donc c'est aussi un incitatif à faire mieux. » (Muriel Desaulles, directrice générale ad intérim de l'HNe, 2 mai 2019)

Cet angle de vue technique rejoint précisément la perspective développée par Donabedian (1966). L'auteur définit la qualité à travers trois aspects complémentaires entre eux :

- Le premier concerne le résultat de l'acte médical, en termes de survie et de rétablissement après l'intervention.

- Le deuxième aspect s'intitule la structure. Il désigne le cadre et les paramètres dans lesquels les soins sont dispensés. Il est notamment question de qualifications des professionnel-le-s de la santé.
- Et finalement le dernier aspect est relatif au processus de la prise en charge, comprenant des mesures telles que « [...] *la pertinence et la redondance des informations obtenues grâce à l'examen physique et des tests de diagnostic [... ainsi que] la coordination et la continuité des soins* » (DONABEDIAN 1966 : 694 ; trad.).

Pour ce qui relève de la qualité perçue, les interviewé-e-s évoquent que d'autres critères entreraient en compte, aux côtés de la qualité technique, pour l'évaluation de la qualité des soins. Elles/ils soulignent en effet l'importance de la qualité perçue.

« [...] naturellement il faut être bon dans la qualité des soins, mais paradoxalement j'ai le sentiment que le patient, tant qu'il n'y a pas de "bourde", a de la peine à juger s'il est soigné par un infirmier de très bon niveau ou de niveau moyen, s'il est soigné par un interniste de très bon ou de niveau moyen, j'ai le sentiment que le patient n'arrive pas vraiment à l'appréhender. [...] disons que, sur une prise en charge sanitaire standard, j'ai l'impression que pour le patient c'est quand même très difficile de savoir si le personnel hospitalier a fait tous les tests, a pris toutes les mesures qu'il fallait [...] ». (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

« Ça dépend aussi de la perception et donc là j'en viens à un point c'est la qualité perçue. Très subjective la qualité perçue. Parce qu'il n'y a personne, parmi la population, qui est en mesure de dire "ah oui là c'est vraiment une bonne qualité". Il y a quelques comparaisons qui se font mais qui lit les rapports de l'Office fédéral de la santé publique ou d'autres rapports de comparaison ? très peu. Donc c'est surtout la qualité perçue et l'information qu'on obtient de son entourage et ou de son médecin. » (Laurent Christe, ancien directeur général de l'HNe, 3 mai 2019)

La qualité perçue rejoint quant à elle le point de vue de Brook et al. (2000). Adhérant aux critères techniques développés par Donabedian (1966), les auteurs rajoutent une seconde composante à la définition de la qualité des soins. Il s'agit de prendre en compte que « [...] *all patients wish to be treated in a humane and culturally appropriate manner and be invited to participate fully in deciding about their therapy* » (2000 : 282).

En premier lieu, le temps d'attente et l'attitude du personnel soignant font partie des critères sur lesquels la majorité des interlocuteurs/trices s'accordent. Les extraits ci-dessous explicitent précisément lesdits critères.

« La deuxième stratégie qui devrait être développée à Neuchâtel, j'espère que ça le sera, c'est toute la réflexion autour de la qualité de l'accueil, puisqu'évidemment l'hôpital dans lequel vous êtes bien accueilli vous aurez plus de facilité à y retourner que dans un hôpital dans lequel on est mal accueilli. C'est des questions d'heures d'attente aux urgences, c'est les questions de qualité de la nourriture, de la qualité de l'accueil simplement du personnel soignant, etc. Ça je pense que c'est un autre élément extrêmement important. Et puis c'est aussi la qualité de l'information. D'avoir des médecins qui peut-être pas comme à l'ancienne disaient "on vous soigne" mais qui expliquent vraiment à la personne. » (Baptiste Hurni, député au Grand Conseil, 22 mai 2019)

Ainsi, les patient-e-s pourraient se déplacer plus loin si les temps d'attente de l'hôpital à proximité s'avèrent plus long.

En deuxième lieu, une mauvaise image de l'établissement influence, selon un interlocuteur, le choix des patient-e-s, et ce même si la qualité technique des soins est jugée bonne.

« Après, la question de la réputation joue aussi un rôle. Toutes les polémiques qu'on a, depuis vingt ans maintenant, et qui se sont encore amplifiées ces dernières années, ont fait un tort extraordinaire à notre système hospitalier en général, indépendamment de ses prestations, qui n'étaient pas mauvaises. Les systèmes et les établissements hospitaliers des cantons voisins, concurrents du nôtre depuis 2012, s'en réjouissent. Vous aurez peut-être remarqué qu'un certain nombre d'établissements ont été créés ces dernières années pas très loin de nos frontières cantonales. » (Mauro Moruzzi, député au Grand Conseil, 8 mai 2019)

« Ça n'a pas fait du bien toutes ces crises hospitalières qu'on a eues, qui ont passé dans les journaux. Maintenant on espère aller vraiment vers l'apaisement. » (Anonyme, député-e au Grand Conseil, 8 mai 2019)

Toujours dans l'optique de l'image de l'hôpital, un-e intervenant-e évoque les rankings établis par la presse ainsi que le formulaire de satisfaction conçu par l'ANQ distribués aux patient-e-s à la fin d'un séjour hospitalier.

« Vous savez à l'époque L'Hebdo sortait chaque année le hit-parade des hôpitaux suisses, nous on était toujours bien noté, mieux que l'HNE. » (Anonyme, représentant-e du SMN, 8 mai 2019)

« Pour chaque patient on a un questionnaire de satisfaction qui est rempli à la fin de son séjour les points les plus importants qui sont relevées en général pour eux c'est la nourriture. Mais je pense que c'est partout pareil. » (Anonyme, représentant-e du SMN, 8 mai 2019)

Ensuite, certaines personnes ont évoqué la qualité de l'infrastructure, en lien avec le site de La Chaux-de-Fonds. Elles argumentent qu'il s'agit d'un élément intervenant dans le processus d'évaluation de la qualité par la patientèle. Toutefois, son importance serait, d'après les interviewé-e-s, moindre comparée à d'autres critères. L'extrait ci-dessous illustre le propos.

« Il m'a été dit [...] que les gens allaient aux cliniques parce qu'ils ont des toilettes séparées. À l'hôpital de La Chaux-de-Fonds il y a encore des services où on doit sortir dans le couloir pour aller aux toilettes. Alors ils sont en train de transformer maintenant pour que chaque chambre ait un WC. Et bien ça, ça fait partie des attentes du patient. Le confort fait partie des attentes [...]. » (Anonyme, député-e au Grand Conseil, 8 mai 2019)

Finalement, un-e interviewé-e argumente que la taille de la structure est aussi un facteur déterminant sur le plan de la comparaison des qualités.

« Moi je ne suis pas pour les grandes structures. [...] l'hôpital régional est un hôpital plus familier c'est un hôpital où on est plus près des gens, où il y a plus de collaborations entre les services et entre le personnel [...]. C'est pour ça que les gens vont dans les cliniques à mon avis. Ce n'est pas seulement à cause du médecin. Ça peut être à cause du confort ou à cause de la sensation d'être plus proche de son médecin, qu'on voit peut-être plus souvent, où le personnel est plus heureux. » (Anonyme, député-e au Grand Conseil, 8 mai 2019)

Cet avis n'est pas partagé par un intervenant, qui fait référence au rapport entre la taille du dispositif hospitalier et celle de la population :

« La seule différence c'est que c'est pour une population de 180'000 habitants et ce n'est pas 2 millions d'habitants. Pour moi, s'il n'y a qu'un hôpital de soins aigus c'est un petit hôpital déjà, 200 lits c'est petit. Pour moi les petites unités c'est 100 à 200 lits. » (Bertrand Curty, médecin-directeur du CMC, 27 mai 2019)

Rôle des médecins – Ensuite, pour améliorer la qualité, il paraît indispensable d'agir au niveau de l'engagement des médecins. Cette stratégie rejoint le point évoqué par les intervenant-e-s,

selon lequel le profil de déplacement des patient-e-s est fortement influencé par la/le médecin (voir le chapitre y relatif). Cet argument est défendu à la fois par l'établissement public et privé.

« Nous mettons en lumière les compétences de nos professionnels [...] à travers plusieurs médias (émissions de télé, magazine HNE, conférences publiques, pages dans la presse locale, réseaux sociaux, etc.). Nous complétons également notre palette de prestations, en nous adaptant aux besoins de santé publique en complémentarité avec la médecine de ville. Nous avons ainsi recruté récemment plusieurs nouveaux médecins, plus jeunes mais qui disposent néanmoins déjà d'un bon réseau. Être attractif passe par la nécessité d'inspirer confiance. » (Muriel Desaulles, directrice générale ad intérim de l'HNE, 2 mai 2019)

Il s'agit du même argument avancé par l'hôpital privé, comme en témoigne l'extrait ci-dessous.

« Commencer par offrir de bonnes conditions de travail aux chirurgiens. Si vous voulez que les patients reviennent dans le canton de Neuchâtel, il faut que les chirurgiens aient une pleine confiance dans les hôpitaux neuchâtelois et que les chirurgiens parlent de façon positive de ça à leurs patients. Parce que c'est eux qui ont le bassin de patientèle. À moins qu'on parle d'urgence évidemment mais quand il y a des urgences, les ambulances elles vont dans le canton, elles ne vont pas hors canton. » (Anonyme, représentant-e du SMN, 8 mai 2019)

Dans cet ordre d'idées, un intervenant évoque les désaccords entre l'HNE et certain-e-s médecins, comme étant l'une des causes de la perte de la patientèle de cet établissement.

« St-Imier travaille également avec des médecins installés qui précédemment travaillaient partiellement à HNE à côté de leur cabinet et qui se sont trouvés en porte-à-faux avec la politique d'HNE. Un certain nombre ont fini par être en très grand conflit avec les stratégies mises en place par HNE, voire par être licenciés, alors que ce sont de très bons médecins qui ont une patientèle forte. Ces médecins naturellement opèrent aujourd'hui à St-Imier et attirent leur patientèle depuis le canton de Neuchâtel jusqu'à St-Imier. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

Informier la population – Une interlocutrice souligne l'importance des campagnes d'information destinées à la population, pour informer celle-ci de la qualité technique des prestations. Cette stratégie permettrait de rester attractif et de diminuer les fuites.

« Et cette confiance découle notamment de la qualité de nos prestations, sur laquelle nous travaillons, ainsi que sur l'information des patients. Nous organisons une conférence publique mensuelle dans laquelle nos professionnels et des experts externes décrivent une problématique médicale et échangent avec le public. Elles rencontrent un franc succès. Cet automne, nous organisons une conférence publique qui a pour titre "pourquoi j'attends aux urgences". Il nous paraît nécessaire d'informer la population sur les différents degrés d'urgences et les priorités de prise en charge. Il s'agit également de les sensibiliser au fait que, passer 3 heures aux urgences et en sortir avec un diagnostic basé sur des analyses de laboratoire et d'imagerie (par exemple) et un traitement, ce n'est pas avoir attendu trois heures aux urgences ! » (Muriel Desaulles, directrice générale ad intérim de l'HNE, 2 mai 2019)

Nombre de sites de soins aigus – Une autre solution proposée pour attirer des patient-e-s (de provenance de Neuchâtel et d'autres cantons) consiste à maintenir les deux sites de soins aigus dans les deux pôles du canton. L'intervenant estime que la planification hospitalière cantonale a été réfléchi depuis le Littoral, sans tenir compte des spécificités des Montagnes neuchâteloises. Dans cette optique, il évoque la notion d'*espace fonctionnel* que nous avons vue plus haut. Il explique que, contrairement à Pourtalès (en raison de l'existence des hôpitaux situés à Bienne et à Lausanne), le site de La Chaux-de-Fonds s'apprête le mieux à attirer la patientèle d'autres cantons, comprise dans son espace fonctionnel.

« [...] si l'hôpital de La Chaux-de-Fonds est rénové, avec des espaces de qualité, des prestations très claires, inscrites dans une dynamique positive au sein de RHNE avec une magnifique collaboration avec l'hôpital Pourtalès, moi je vous le dis, les Franches-Montagnes viendront se soigner à La Chaux-de-Fonds ce qui mettra en difficulté l'hôpital de Delémont. Et le vallon de St-Imier viendra à La Chaux-de-Fonds ce qui mettra en difficulté existentielle, vitale, l'hôpital de St-Imier qui pourrait même à mon avis à terme disparaître. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

Or, dans son plan stratégique de 2015, l'HNe précise que la complémentarité fonctionnelle entre les sites PRT et CDF (en les transformant en pôles de compétence) permettrait de renforcer la position concurrentielle du canton, à la fois pour les soins aigus et la réadaptation et de diminuer les fuites hors canton. En matière des soins aigus, c'est notamment la position du Littoral sur les axes de transports suisses qui lui attribuerait, selon l'hôpital, cet avantage concurrentiel, autant pour attirer les patient-e-s que des professionnel-le-s de la santé.

« La centralisation à Neuchâtel met l'HNE en position d'attirer des patients hors canton, notamment en provenance du Seeland et du sud du lac, une nécessité dans un système hospitalier ouvert à la concurrence extracantonale ; son accès facile par la route comme par les transports en commun et sa proximité des centres universitaires est un argument supplémentaire d'attractivité, pour les patients comme pour les collaborations médicales. » (HNE 2015 : 30)

Cela dit, durant la campagne précédant la votation de 12 février 2017 ainsi que dans le cadre du rapport du GT H+H, le modèle des hôpitaux périphériques du canton de Berne, tel que le site de St-Imier, est revenu à plusieurs reprises comme étant envisageable pour l'HNe. Un médecin estime nécessaire de nuancer cette vision, précisément au vu de son impact sur les hospitalisations extra-cantoniales. L'extrait de cet entretien datant de 2016 paru sur le site de l'hôpital public illustre le constat.

« L'hôpital de Saint-Imier fonctionne sur un modèle très différent de l'HNE. Il est situé dans le même canton qu'un hôpital universitaire, l'Insel, ainsi que d'un centre de plus grande importance comme Bienne. Il peut référer les cas complexes à l'intérieur du canton de Berne. [...] Il est impossible de calquer ce modèle au canton de Neuchâtel, car nous n'avons simplement pas la casuistique suffisante pour maintenir un hôpital de référence si l'on partage les mêmes missions sur deux sites. » (GUSMINI 2016)

Partenariat public/privé – Une mesure invoquée pour diminuer les hospitalisations extra-cantoniales consiste à améliorer le partenariat entre les prestataires de soins à l'intérieur du canton. Dans cette perspective, l'HNe évoque les conventions de collaboration qu'il a signées avec le groupe SMN pour les soins intensifs, la néphrologie, l'urologie et les urgences (SOCIETE NEUCHÂTELOISE DE MEDECINE 2018). Les organismes privés évoquent quant à eux leurs efforts pour soigner les patient-e-s à l'intérieur du canton. La citation ci-dessous illustre l'engagement des établissements privés à travers le développement d'une spécialité en soins aigus.

« Alors que la chirurgie du dos n'était plus pratiquée dans le canton de Neuchâtel, l'Hôpital de La Providence a recruté, depuis 2014, plusieurs chirurgiens du rachis et a ainsi pu traiter 500 patients qui ont opté pour une hospitalisation à Neuchâtel au lieu de se rendre dans un établissement d'un canton voisin. Cette spécialité s'est ensuite également développée au sein d'HNE, complétant ainsi en la matière, preuve de l'intérêt d'une politique de complémentarité entre les différentes entités. Le développement de la chirurgie du dos au sein de nos établissements a attiré d'autres spécialistes de la branche et cette nouvelle dynamique a, très récemment, généré la création d'un Centre du dos. Ce centre de compétence offre aux Neuchâtelois une prise en charge pluridisciplinaire complète, avec de nombreux praticiens qui peuvent

traiter des cas divers et complexes. » (OMONT, cité par SOCIETE NEUCHÂTELOISE DE MEDECINE 2018 : 10)

Dans cette perspective, la convention entre l'HNe et les établissements privés en matière des urgences contribue, selon le représentant du CMC, à augmenter la qualité des prestations de soins en désengorgeant l'hôpital public. Tout en rappelant la difficulté de la mise en place de cette collaboration au début, l'interviewé explique que cette mesure est bénéfique pour le bien-être de la population, ce « dénominateur commun » à tous les établissements de soins, public et privé.

« Depuis qu'on est ouvert, on absorbe à peu près 12'000 à 15'000 urgences par année, et ce sont les urgences de degré 3 et 4, ce sont des gens qui viennent debout. Il n'y a pas d'ambulance ou d'hélicoptère qui nous déposent le patient. Et ça, au niveau économique, l'hôpital il le voyait comme une perte. Au niveau opérationnel, les responsables des urgences, donc là je parle des médecins, voyaient ça comme une opportunité parce qu'il répond mieux aux spécificités, aux besoins spécifiques des gens, c'est-à-dire soigner les degrés 1 et 2, les grosses urgences. Ce que m'a rapporté le médecin-chef c'est que dans le fond les gens sont plus satisfaits, il y a une meilleure prise en charge et puis ils arrivent mieux à travailler. Donc il y a une augmentation des prestations. Et maintenant ce qu'il me dit c'est que si on devait fermer il ne verrait pas comment il pourrait assumer cet afflux de patients. [...] Mais si vous voulez d'un point de vue économique c'est vu comme une concurrence parce que les économistes voient ça comme une perte de chiffres d'affaires et puis au niveau opérationnel on sait que ce chiffre d'affaires il ne serait pas entièrement pris par l'hôpital parce qu'il n'a pas la capacité d'absorber tout ça. » (Bertrand Curty, médecin-directeur du CMC, 27 mai 2019)

Palette de prestations – L'offre d'une large palette de prestations fait non seulement partie des contraintes auxquelles l'hôpital public est soumis. Il constitue, selon la représentante de l'HNe, un moyen pour diminuer la fuite des revenus due aux hospitalisations extra-cantoniales. Cet objectif se concrétise par le biais des collaborations avec les hôpitaux universitaires.

« [...] on fait des conventions pour que des médecins de centres universitaires viennent chez nous opérer par exemple deux après-midis par mois ou un après-midi par mois et comme ça, ça nous permet effectivement d'élargir nos prestations en gardant les patients chez nous. Et généralement le corolaire de ces conventions c'est que si le patient nécessite d'un milieu universitaire on va l'envoyer en priorité dans l'hôpital avec lequel on a une convention. Donc les hôpitaux universitaires font des conventions avec tous les hôpitaux cantonaux parce que ça leur permet aussi à eux d'augmenter leur masse critique. » (Muriel Desaulles, directrice générale ad intérim de l'HNe, 2 mai 2019)

5.4.2. ATTRACTIVITE RESIDENTIELLE

A ce stade, nous allons voir si les prestations hospitalières de bonne qualité contribuent à l'attractivité résidentielle du canton. Autrement dit, constituent-elles un facteur encourageant les patient-e-s potentiel-e-s et les professionnel-le-s de la santé à s'installer sur la terre neuchâtelaise ?

Patient-e-s – Les réponses sont mitigées concernant l'attractivité résidentielle du point de vue de la patientèle. Un interlocuteur est d'avis que la bonne qualité des soins aigus peut constituer un facteur d'attractivité, comme en témoigne l'extrait suivant.

« Tout à fait. C'est par ailleurs un des points avancés par l'initiative H+H. » (Anonyme, médecin, 9 mai 2019)

Pour d'autres, la présence d'un hôpital ne constituerait pas à lui seul un motif indispensable pour s'établir dans le canton.

« Je pense que spontanément les gens vous diront oui c'est important mais dans les faits ils sont plus sensibles à la fiscalité qu'à la présence d'un hôpital. » (Muriel Desaulles, directrice générale ad intérim de l'HNe, 2 mai 2019)

« À mon avis, ce sont les questions qu'on se pose lorsqu'on a 60 ans et plus. Avant, je ne pense pas que la qualité des soins de l'hôpital dans la région où on va s'installer ait un impact vraiment important dans la décision d'aller s'installer dans la région. » (Anonyme, représentant-e du SMN, 8 mai 2019)

Personnel médical – L'attractivité de l'hôpital pour les professionnel-le-s de la santé est le sujet qui a récolté le plus d'opinions diversifiées, et ce à plusieurs égards.

À titre préliminaire, les avis sont nuancés quant à l'impact résidentiel de l'hôpital pour le canton de manière générale. Un-e intervenant-e estime que l'hôpital n'encourage pas nécessairement des professionnel-le-s à s'établir dans le canton :

« Disons que le personnel de santé on a beaucoup de la peine à les faire se déplacer. Parce qu'il y a déjà une énorme quantité de personnes qui sont françaises, donc elles ne viennent pas s'établir ici. Il y a des gens qui viennent de Pontarlier et de Besançon travailler ici. Donc non moi je ne pense pas. [...] Mais vous savez, les grands médecins ils sont d'abord dans leur clinique avant de venir. » (Anonyme, député-e au Grand Conseil, 8 mai 2019)

A l'opposé, un médecin argumentait dans la Revue médicale suisse que les hôpitaux présentent un facteur d'attractivité résidentielle pour le personnel médical. D'après lui, la centralisation des missions – permettant de répondre à l'exigence de la masse critique sanitaire – contribue à l'attractivité de l'hôpital.

« Et que dire de la nécessité absolue de disposer de regroupements hospitaliers dotés d'une masse critique de patients, indispensable pour la formation postgraduée des futurs médecins de premier recours ; un facteur primordial dans l'attractivité d'un canton et de ses régions pour garantir l'installation de nouveaux médecins. » (KEHTARI et al. 2008 : 2435)

En même temps, d'aucuns estiment qu'une structure hospitalière de bonne qualité constitue un facteur d'attractivité parmi d'autres. Mais pour cela, il apparaît primordial de résoudre les incertitudes liées à l'avenir des structures de soins.

« C'est un préalable indispensable je dirais. Et puis un autre préalable indispensable c'est... je vais le dire autrement. Ce qui est indispensable c'est qu'il y ait le moins possible d'incertitudes sur l'avenir de l'hôpital ou des prestations concernant une spécialité d'un hôpital. Vous n'attirez pas des spécialistes que ce soit des médecins ou des soignants en ne sachant pas où vous allez dans un domaine et l'incertitude est un frein énorme. » (Laurent Christe, ancien directeur général de l'HNe, 3 mai 2019)

En même temps, le rôle de l'hôpital comme moteur économique constitue un enjeu important pour certain-e-s intervenant-e-s ainsi que les études effectuées dans le cadre de l'économétrie régionale. De manière générale, Bailly (1984) explique que les impacts économiques et culturels d'un hôpital dans une région sont très importants, au point que les autorités sont amenées à les maintenir même si la concentration se justifie par une utilisation rationnelle des ressources.

Dans cet ordre d'idées, l'importance du maintien de l'hôpital pour le tissu économique des régions apparaît régulièrement dans les débats. En effet, selon les partisan-e-s de l'initiative, la suppression de l'hôpital des soins aigus de La Chaux-de-Fonds entraînerait la *faillite* de cette

ville (MOUDOUX 2017). Les propos d'une ancienne conseillère d'Etat soulignent aussi le rôle économique de l'hôpital :

« On doit maintenir une activité médicale dans toutes les régions, garante d'emploi et de proximité avec le patient. » (ORY, citée par AMGE 2010)

Par ailleurs, la perte économique pour les Montagnes en cas de suppression du site des soins aigus constitue un argument phare chez les défenseurs/seuses du maintien de deux sites de soins aigus dans le canton. Un interlocuteur confirme l'impact économique de l'hôpital en tant qu'employeur. Il estime que le processus de concentration aurait dû avoir lieu plus lentement, pour ne pas pénaliser La Chaux-de-Fonds sur le plan économique.

« C'est un énorme employeur. C'est un des principaux points de développement économique, de moteur économique d'une région et du fait que souvent les employés s'établissent à proximité de leur travail. Avec les 22 cadres de la Chaux-de-Fonds qui sont partis ailleurs, ils n'habitent plus La Chaux-de-Fonds et c'est des revenus importants qui ne sont plus là. Maintenant, il faut aussi le limiter dans le fait que la pendularité de nos jours, il y a des gens qui vont travailler tous les jours à Berne, à Genève, à Lausanne, oui... Allons au fond des problèmes. Quand on démantèle, comme on l'a fait de façon dissimulée, on a fichu en l'air aussi une partie de notre région. Et on pouvait et on aurait dû faire autrement. Et on avait déjà fait une restructuration fondamentale et on aurait pu y aller pas à pas. Je vous rappelle que j'étais favorable à une maternité unique à Landeyeux. » (Giovanni Spoletini, médecin, 29 mai 2019)

D'autres estiment qu'au contraire, le contre-projet du Conseil d'Etat présentait une opportunité pour les Montagnes neuchâteloises sur le plan économique.

« [Le Conseil d'Etat voulait] créer un vrai centre de réadaptation à La Chaux-de-Fonds pour que le côté économique de la santé reste. C'était ça l'idée. En créant un pôle de compétence à La Chaux-de-Fonds, vous gardiez un pôle économique médical à La Chaux-de-Fonds, donc des emplois à la Chaux-de-Fonds [...] et c'était ça la contrepartie. » (Jean-Frédéric de Montmollin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

« J'étais opposé à cette initiative moi parce que je pense qu'elle ratait un peu sa cible c'est-à-dire que, j'ai la vision que les soins de réadaptation ont beaucoup plus d'avenir que les soins aigus en termes de volumes, en termes économique, en termes de création d'emplois, etc. Donc moi j'avais la vision sincère que le centre de réadaptation unique du canton de Neuchâtel à La Chaux-de-Fonds c'était quelque chose qui avait un très fort potentiel de développement. » (Baptiste Hurni, député au Grand Conseil, 22 mai 2019)

Un interlocuteur estime que l'impact économique d'un CTR sur la région n'est pas aussi important que celui d'un hôpital de soins aigus. Pour cela, il invoque surtout le fait que La Chaux-de-Fonds est isolée sur le plan géographique, ne se trouvant pas intégrée dans une agglomération.

« Ça ne signifie pas qu'il ne peut pas y avoir une plus-value avec le CTR. Il peut y avoir une plus-value forte quant à l'impact sur le territoire, mais la conviction que ça ne se substitue pas à un établissement hospitalier de soins aigus demeure. J'ai aussi le sentiment qu'en disant aux Montagnes neuchâteloises "vous verrez, ça sera encore mieux, vous aurez beaucoup plus de médecins qui voudront venir s'installer, puis vous aurez une meilleure réputation" etc. alors que tout ce discours ne se fonde que sur des a priori, on jouait quand même un petit peu les apprentis sorciers. Après, il existe, mais je n'en suis pas sûr, des villes de 40'000 habitants faisant partie d'une agglomération urbaine, qui n'ont pas d'établissement hospitalier de soins aigus... il faudra qu'on fasse la recherche. Peut-être qu'il y en a en Suisse, autour de Zürich, je ne suis pas sûr... mais peut-être que ça existe. Cela dit, ici, on ne se trouve pas intégré à une agglomération urbaine avec une continuité du bâti, etc. Et qu'est-ce que ça

signifierait pour une ville comme la nôtre ? On n'avait pas véritablement envie, alors qu'on est déjà dans toute sorte de difficultés de dynamique, on n'avait pas tout à fait envie de jouer les apprentis sorciers. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

Pour pallier cette incertitude, l'intervenant stipule que La Chaux-de-Fonds aurait accepté le CTR uniquement s'il n'était pas détaché des soins aigus.

« Notre idée, c'était d'éventuellement d'accepter le CTR, mais d'accepter un CTR qui aurait été couplé à une policlinique avec salle d'opération pour de la chirurgie ambulatoire et puis qui aurait également été couplé à des soins aigus de médecine et d'orthopédie. Donc d'élargir un petit peu le principe du CTR à des soins aigus qui sont annexes finalement à la logique même d'un CTR. » (Théo Huguenin-Elie, conseiller communal de La Chaux-de-Fonds, 20 mai 2019)

Tout en rappelant les bénéfices du CTR sur le long terme – du point de vue économique et sociétal – l'interlocuteur suivant souligne un problème dans la communication de la part du Conseil d'Etat.

« C'est un reproche qu'on a pu faire à Monsieur Kurth, sur le plan de la communication. [...] En fait le CTR était effectivement une partie de l'hôpital mais avec des tâches différentes et tout aussi importantes que celles d'un hôpital de soins aigus. En réalité, un CTR fait beaucoup de sens pour un tas de raisons, parce que les places de travail sont garanties, c'est facile à planifier, donc c'est plus agréable aussi pour les gens qui y travaillent et puis c'est aussi beaucoup mieux pour les familles qui ont quelqu'un qui a été opéré. La partie stationnaire de l'opération va peut-être durer deux à trois jours, pour des cas plus lourds peut-être un peu plus longtemps. Mais la partie de réhabilitation est généralement deux à trois fois plus longue. Donc, pour la famille c'est quand même plus pratique d'avoir le CTR plus près de chez elle que l'hôpital de soins aigus, parce qu'elle va le fréquenter plus longtemps. Pour toutes ces raisons-là, c'était rationnellement quelque chose qui était une claire valeur ajoutée pour le site de La Chaux-de-Fonds. Mais au niveau du symbolique et de la communication, utiliser cet acronyme trop technique au lieu de parler d'hôpital, c'était un désastre. » (Mauro Moruzzi, député au Grand Conseil, 8 mai 2019)

Un autre intervenant pointe également un problème de communication en lien avec le sentiment de sécurité d'une partie de la population.

« Je pense que c'était une bonne idée. Probablement que les lacunes de ce projet du Conseil d'Etat c'est que ça a créé un certain nombre de crainte dans la population notamment dans les Montagnes neuchâteloises par rapport à toute la médecine d'urgence ou de permanence médicale. Et qu'elle soit perçue ou bien réelle, je pense que c'était un élément qui a été en tout cas sous-estimé en matière de communication. » (Laurent Christe, ancien directeur général de l'HNe, 3 mai 2019)

Par ailleurs, la question de l'attractivité de la structure hospitalière pour les médecins a préoccupé également les groupes chargés de la mise en œuvre de l'initiative de 2017. D'une part, le GT H+H relève l'enjeu relatif au respect des critères de reconnaissance comme centre de formation renforçant l'attractivité de la région, notamment pour encourager l'installation de nouveaux médecins (GT H+H 2017 : 15). D'autre part, cet enjeu apparaît aussi dans les intentions du Grand Conseil en 2019 dans le cadre du projet RHNe. Selon le parlement cantonal, cet objectif ne pouvait plus se concrétiser en cas de scission de l'HNe en trois entités indépendantes. Rappelons que ces critères de reconnaissances renvoient notamment à la notion de masse critique sanitaire. L'extrait ci-dessous témoigne de ce constat.

« Et ça a été une des motivations principales pour faire le Réseau hospitalier neuchâtelois tel que nous l'avons fait, c'est de maintenir une capacité de formation des jeunes médecins intacte. Parce qu'alors ça c'est absolument évident ce que vous

venez de dire, c'est que les jeunes médecins qui ont fait une partie ou toute leur formation dans le canton de Neuchâtel, auront beaucoup plus tendance à venir s'y installer après, que s'ils ont fait l'entier de leur formation ailleurs. Alors l'activité comme centre de formation est essentielle. » (Jean-Frédéric de Montmollin, président de la commission Santé, 29 avril 2019)

Finalement, d'aucuns défendent que l'attractivité résidentielle se concrétise non seulement par un hôpital offrant des soins aigus de qualité mais aussi par le travail en réseau. Certain-e-s interlocuteurs/trices invitent en effet à penser l'attractivité résidentielle du territoire en termes de réseau de soins, en y incluant la médecine de proximité.

« Alors si vous voulez, pour les résidents, c'est un des points essentiels : l'école et la proximité des soins, c'est les deux questions qu'ils posent aux communes. Pour l'installation des médecins c'est la qualité de l'hôpital. Dans le fond c'est l'hôpital qui va déterminer l'attractivité du canton pour les médecins. L'important pour les gens qui s'installent c'est d'avoir les médecins de référence, de premier recours. Je vais habiter à tel endroit plutôt qu'à un autre, il y a des critères, entre autres c'est l'accès aux soins. Après pour tout ce qui relève des soins plus spécifiques spécialisés qui sont offerts dans les hôpitaux c'est plutôt l'attractivité pour les médecins. L'habitant de Corcelles ce qui lui importe c'est d'avoir un médecin de famille ici et après, s'il doit se faire soigner pour X raisons dans un hôpital, il va choisir l'endroit où il est le mieux soigné. » (Bertrand Curty, médecin-directeur du CMC, 27 mai 2019)

5.4.3. DISCUSSION

L'étude des données statistiques ainsi que la juxtaposition des entretiens mettent en lumière quelques enjeux par rapport à la captation des richesses et la diminution des fuites des patient-e-s neuchâtelois-e-s en dehors des frontières cantonales.

Dans un premier temps, nous avons vu que l'attractivité présente des hôpitaux du canton et la diminution des fuites des patient-e-s sont présentes dans les discours de nos interlocuteurs/trices. Nous avons pu relever que l'attractivité des hôpitaux ne se mesure pas uniquement en fonction des caractéristiques internes à l'établissement, telles que l'architecture, les médecins engagé-e-s et l'information à la population. La diminution de la fuite des revenus se réalise également par la mise en place des partenariats entre prestataires

À ce propos, nous remarquons que les stratégies qu'ils proposent de mettre en place ainsi que l'échelle territoriale de leur raisonnement sont différentes.

D'une part, les partisan-e-s du maintien des deux sites expliquent que dans le cadre du processus de hiérarchisation des soins par les consommateurs/trices (CALLON et al. 2000), les petits hôpitaux d'envergure régionale réussissent le mieux à satisfaire les critères de qualité subjectifs posés par les patient-e-s.

D'autre part, les défenseurs/seuses de la concentration des compétences en soins aigus estiment que la centralisation est plus à même d'augmenter la qualité de la prise en charge et les masses critiques nécessaires pour soigner le plus de patient-e-s neuchâtelois à l'intérieur du canton, en plus d'attirer les patient-e-s d'autres cantons. Par rapport à la centralisation des soins de réadaptation, le constat est clair. Un centre unique de réadaptation accorderait une position attractive à l'HNe à l'échelle de la Suisse romande et réduirait les hospitalisations extra-cantonales dans ce domaine.

Dans un second temps, nous avons analysé la répartition des missions en termes d'attractivité résidentielle, dans la perspective des patient-e-s et des professionnel-le-s de la santé. Dans le premier cas, les opinions sont nuancées. La médecine du premier recours apparaît chez certain-e-s interlocuteurs/trices comme facteur d'attractivité territoriale pour les patient-e-s. Par contre, l'hôpital constitue un élément essentiel incitant les professionnel-le-s de la santé à s'établir dans le canton. Mais, la même remarque que pour l'économie résidentielle s'impose. Si la grande majorité s'accorde sur le principe même de l'attractivité résidentielle, les stratégies préconisées ainsi que l'échelle d'analyse divergent d'une représentation à l'autre.

D'un côté, le maintien d'un hôpital de soins aigus à la Chaux-de-Fonds permettrait selon le GTIH d'attirer les médecins pour assurer par la suite la relève en médecine de cabinet. De plus, l'hôpital – en tant que grand employeur de la ville – garantit le développement de la région, sans quoi la *faillite* de la Chaux-de-Fonds paraît inévitable.

De l'autre côté, les avis favorables à la centralisation des soins mettent en avant le fait que les professionnel-le-s de la santé sont attiré-e-s par la masse critique des patient-e-s à soigner ainsi qu'une diversité de cas à traiter. La centralisation des soins aigus ainsi que celle des soins de réadaptation répondraient à ces critères et faciliteraient le recrutement des professionnel-le-s de santé dans un contexte marqué par une pénurie de personnel médical qualifié dans les hôpitaux périphériques.

Finalement, un-e intervenant-e estime que l'hôpital n'est pas un facteur d'attractivité résidentielle du point de vue ni des patient-e-s ni des professionnel-le-s de la santé.

Vu ce qui précède, notre hypothèse se trouve partiellement corroborée.

5.5. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE ET DISCUSSION

Dans cette section, nous proposons de présenter une synthèse des résultats obtenus en lien avec les approches théoriques mobilisées, puis les mettre en perspective avec les éléments dépassant le pouvoir des organes dirigeants des établissements de soins.

Dans le cadre de notre première hypothèse, l'aperçu historique de la répartition des prestations a mis en exergue le lien entre l'aire de chalandise et le degré de spécialisation. Si pour les défenseurs/seuses du maintien de deux sites de soins aigus ce rapport devrait se concrétiser à travers une diminution de la palette des prestations offertes, pour les autres ce lien passe inévitablement par la centralisation des soins aigus et de réadaptation au niveau cantonal et donc une spécialisation des sites.

Parallèlement, nous avons aussi vu que la question de la politique ou de l'équilibre régional joue un rôle important dans la localisation des services et la répartition des missions. Ce qui fait que le comportement des prestataires de services sanitaires ne s'explique pas entièrement à travers les approches économiques telles que développées par la théorie des places centrales ou des réseaux de villes. Dans le contexte neuchâtelois, les « décisions politiques » jouent un rôle considérable dans les stratégies mises en place par l'hôpital. Elles influencent aussi les rapports entre ce dernier et les hôpitaux privés. L'exemple de la prise de position du Conseil d'Etat en 2009 concernant le centre « mère-enfant » illustre ce propos.

L'analyse de notre seconde hypothèse démontre que la question de l'attractivité résidentielle et présente préoccupe les deux camps (à savoir les défenseurs/seuses de la centralisation et le GTIH). Le constat est clair, notamment pour les défenseurs/euses du maintien de deux sites de soins aigus : l'hôpital représente un véritable moteur économique, contribuant au développement du territoire.

Pour faire le lien entre nos deux hypothèses, il nous semble que c'est précisément autour de l'impact économique de l'hôpital que tournent les stratégies relatives aux prestations offertes par lui. La réflexion sur la palette de prestations offertes par l'hôpital cantonal ne s'effectue donc pas uniquement au sein de l'entreprise hospitalière en lien avec ses capacités effectives en termes d'économies d'échelles et de masse critique (première hypothèse). À travers des initiatives populaires et des décisions politiques, l'Etat est amené à tenir compte de l'impact économique de cette institution (seconde hypothèse). Ainsi, l'offre hospitalière nous semble être en quelque sorte calquée, surtout du point de vue du GTIH, sur la question du développement territorial. Autrement dit, l'objectif étant de maintenir deux sites de soins aigus garant d'emplois dans les régions, l'offre des prestations est par conséquent réduite pour l'adapter à l'aire de chalandise de chaque région. Par ailleurs, un autre élément permet d'appuyer notre interprétation : même si l'hôpital public devait réduire sa palette de prestations, on peut se demander si le maintien de deux sites de soins aigus reste toujours indispensable, dans la perspective de la réduction des charges fixes (GENEAU DE LAMARLIERE et al. 2013). Ou au contraire, un site unique (indépendamment de sa localisation) permettrait-il de répondre aux besoins de base de la population ? Cependant, nous n'avons pas trouvé d'information à ce sujet ni dans les documents publiés, ni dans le cadre des entretiens effectués.

Cela nous amène d'ailleurs à constater que les stratégies proposées par les intervenant-e-s sont très sensibles au découpage spatial retenu (SEGESSEMANN 2016). *A priori*, le maintien de deux sites de soins aigus (GTIH) sert à garantir le développement à l'échelle des régions, alors que la spécialisation fonctionnelle des sites hospitaliers (le contre-projet) vise quant à elle à assurer le développement à l'échelle du canton. La première stratégie ne nous semble donc, *a priori*, pas

compatible avec un raisonnement à l'échelle cantonale vu que l'offre uniquement de soins de base sur deux sites augmenterait la dépendance du canton de Neuchâtel – à savoir la fuite de revenus à hauteur de 55% pour les interventions effectuées hors canton – à l'égard d'autres cantons, pour l'acquisition des prestations hospitalières manquantes.

Cela étant dit, l'analyse des données a également permis de mettre en exergue trois points essentiels. Le premier concerne la possibilité d'intervention de l'Etat en dehors du territoire cantonal. En effet, par un arrêté de 2018, le Conseil d'Etat a soumis les établissements hors canton ne figurant pas sur la liste hospitalière neuchâteloise à des quotas dans certains domaines de prestations. Les établissements en question ont attaqué cette décision auprès des instances judiciaires pour violation de la liberté de choix des patient-e-s garantie dans la LAMal. De son côté, le Conseil d'Etat a justifié la légitimité de cet arrêté, en ce qu'il vise à rétablir l'égalité de traitement entre les établissements de la liste hospitalière neuchâteloise et les autres, puisque les premiers sont soumis à cette limitation quantitative. Le décret a été annulé par le Tribunal fédéral (TF 2019) au motif que les limitations quantitatives peuvent uniquement toucher les établissements figurant sur la liste hospitalière cantonale. Ainsi, bien que la planification hospitalière relève de la compétence du canton, ce dernier ne dispose pas de tous les instruments pour réguler le marché hospitalier. La citation ci-dessous illustre ce point.

« Il y a à mon avis une espèce de contradiction entre le terrain de jeu qui est devenu suisse et puis l'instance de décision qui est restée cantonale. » (Baptiste Hurni, député au Grand Conseil, 22 mai 2019)

Cette déclaration rejoint à notre avis un constat plus large relatif à l'échelle territoriale retenue pour réfléchir la répartition spatiale des services hospitaliers. En effet, la localisation des prestataires de soins présents sur la liste hospitalière neuchâteloise (voir les deux cartes présentées dans le chapitre de contextualisation) dépeint une interdépendance entre les cantons en matière des soins aigus et de réadaptation. Cet exercice de visualisation met en évidence l'idée que la couverture sanitaire de la population neuchâteloise est réfléchi à l'échelle de la Suisse occidentale, témoignant du fait que toutes les prestations ne peuvent pas être fournies partout. D'ailleurs, certain-e-s de nos interlocuteurs/trices ainsi que les entretiens parus dans la presse évoquent implicitement ou explicitement la nécessité de dépasser les frontières cantonales. L'extrait ci-dessous tiré de la déclaration du Parti Vert/libéral neuchâtelois à la suite de l'approbation du RHNe illustre le propos, dans lequel l'auteur rappelle notamment le coût élevé des équipements médicaux, le développement de l'ambulatoire ainsi que la mobilité des patient-e-s.

« [...] mais pour ce qui est d'offrir une palette complète de services médicaux de pointe, c'est notre Canton lui-même qui est devenu trop petit. [...] le maintien d'une structure de santé de proximité passe bien par des réseaux, mais par des réseaux débordant largement les frontières cantonales. » (PVL 2019)

Le second point concerne le rôle de la démocratie sanitaire dans l'offre hospitalière en Suisse (ROSSINI 2014). L'initiative intitulée « pour une maternité dans les Montagnes neuchâteloises » en offre une illustration. Déposée en 2015, elle a la teneur suivante :

« 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. » (CONSEIL D'ETAT 2016a : 81)

À titre de rappel, le centre « mère-enfant » déploie à présent ses activités sur un seul site (Pourtalès). Dans son rapport, le GT H+H nous apprend que la centralisation de cette unité a permis d'obtenir la reconnaissance de la néonatalogie de l'HNe par la Société suisse de néonatalogie (préconisant un nombre minimal de 1000 naissances par année) et de soigner les

enfants malades dans le canton. Il s'agirait d'un choix de société selon lequel la proximité du traitement prime l'efficacité économique de l'activité – étant donné que les centres de néonatalogie suisses ne sont de toute manière pas rentables (GT H+H 2017). Plus loin, les spécialistes expliquent que la perte de cette reconnaissance affecterait les autres activités liées au service « mère-enfant ». Ainsi, l'absence de cette prestation spécialisée engendrerait une perte de recettes de l'ordre de 2,5 millions de francs pour l'HNe, un manque à gagner qui par la suite devra être compensé par l'Etat par le biais du financement des prestations d'intérêt général (GT H+H 2017).

Cela dit, un membre du collectif « Le Haut veut vivre » explicite l'objectif visé par cette initiative de la manière suivante :

« Nous n'avons jamais caché que notre texte était une initiative de combat, alors que les options stratégiques décidées en 2013 n'étaient pas respectées. » (KAPETANOVIC, cité par MERAT 2019b : 3)

Plus loin, il explique que l'initiative serait retirée à la fin du délai référendaire prévue pour l'entrée en force du projet RHNe, précisément pour s'assurer du maintien de prestations de soins aigus hospitaliers dans les Montagnes.

« Mais vu le contexte historique du dossier hospitalier, nous préférons la maintenir comme garantie. » (KAPETANOVIC, cité par MERAT 2019b : 3)

Cet exemple illustre, à notre avis, le fait que les objectifs poursuivis par une initiative – en l'occurrence une initiative *de combat* dont le retrait dépendrait de l'acceptation d'un autre objet – s'avèrent parfois être en contradiction avec les stratégies de l'Etat et de l'établissement prestataire de soins (visant à concrétiser les trois critères de la planification hospitalière).

Le troisième point se rapporte aux projets de mise en œuvre de l'initiative du 12 février 2017, essentiellement le RHNe. Nous avons vu que ledit modèle d'organisation spatiale des soins aigus a pour ambition d'assurer à la fois la transversalité des services et l'autonomie des sites. Cela dit, de nombreuses sources le considèrent comme une solution permettant de garantir la « paix » entre les instances impliquées. Les propos suivants étayent le constat.

« Il fallait qu'on trouve un projet d'apaisement, c'était fondamental. Les parlementaires étaient obligés de se mettre autour de la table et puis de vraiment réussir à apaiser ces tensions au niveau du Haut et du Bas. » (Anonyme, député-e au Grand Conseil, 8 mai 2019)

Le constat est également partagé par le conseiller d'Etat en charge du département des finances et de la santé, qui rappelle les surcoûts liés aux charges fixes :

« [...] un projet qui permet d'apaiser un climat politique qui envenime la question hospitalière depuis près d'une décennie et contamine d'autres dossiers. » (KURTH cité par MERAT 2019b : 2)

Ainsi, par rapport aux deux derniers points soulevés dans les paragraphes ci-dessus (l'initiative *de combat* et le rôle pacificateur du projet RHNe), la capacité explicative de nos deux hypothèses de recherche semble réduite.

Sixième Partie

CONCLUSION

Ce travail de recherche a permis d'établir différents constats que nous proposons de passer en revue. Tout d'abord, la répartition des ressources en matière des soins hospitaliers est soumise à trois principes que sont le fédéralisme, le libéralisme et la démocratie directe, respectivement pour ce qui est du partage des compétences au niveau territorial, l'application des règles du marché ainsi que la prise en compte de la volonté populaire. En raison de la part importante des coûts de santé dans l'économie suisse, la planification hospitalière se présente comme un instrument de rationalisation pour concilier les critères d'accès, de qualité et d'économicité des soins.

La planification hospitalière neuchâteloise a constitué un terrain intéressant pour notre travail de recherche. Dans cette perspective, les théories des places centrales, des réseaux de villes et de la base économique ont été utilisées comme trois angles d'attaque pour analyser les flux des patient-e-s et la localisation des services hospitaliers.

Notre première hypothèse a abordé la relation entre le bassin de population nécessaire pour la pérennité de l'établissement (en termes de masse critique sanitaire et d'efficacité) et la palette de prestations proposées par ce dernier. Il en ressort que le lien entre les deux concepts occupe nos interlocuteurs/trices mais les solutions proposées pour assurer ce lien sont différentes. En ce qui concerne l'hôpital public, les un-e-s prônent une diminution de la palette des prestations pour assurer la pérennité de deux sites de soins aigus dans le canton de Neuchâtel. Les autres sont en faveur d'une centralisation des soins aigus d'un côté et ceux de réadaptation de l'autre, une solution présentée comme un instrument rationnel pour répondre aux besoins de 180'000 habitant-e-s. Nous sommes parvenues à la conclusion que le contre-projet du Conseil d'Etat s'inscrit dans une logique de réseaux de villes, qui procède à une spécialisation fonctionnelle entre les sites hospitaliers. L'initiative des Montagnes renvoie quant à elle à la logique des places centrales qui traite des relations entre une ville et son aire d'influence.

Cette analyse ouvre le débat sur les instances appelées à intervenir, et plus précisément sur la question de répartition des compétences. Dans le chapitre théorique, nous avons évoqué l'organisation spatiale du système hospitalier aux Pays-Bas. Dans cette perspective, Meijers (2007) rappelle une remontée des échelles territoriales autant pour la demande que pour l'offre des prestations hospitalières ainsi que l'introduction de la concurrence dans le marché des soins dans ce pays. Dans ce contexte, alors que l'Etat pose les conditions nécessaires à l'offre pour assurer la qualité et l'économicité des prestations, les hôpitaux (et les décisions relevant de la répartition spatiale de leurs services) sont gérés quant à eux en privé. Cet élément est décrit par l'auteur comme suit :

*« Decisions relating to the spatial dispersal of regular hospital care, and hence whether or not complementarity develops, have been taken by the hospitals themselves for a long time. It was private incentives that determined the spatial dispersal of hospitals in the first place, and this is still practically the same today as the hospital institutions themselves decide to close down hospital locations, engage in co-operative partnerships or mergers, concentrate or deconcentrate hospital functions, or relocate hospital functions over several locations of the same organisation. »
(MEIJERS 2007 : 253)*

Or, le contexte décrit ressemble très fortement à celui existant en Suisse (voir le chapitre de contextualisation). Cependant, l'analyse des données met en évidence le point sur lequel diverge le système hollandais (tel que présenté par l'auteur) et suisse : la répartition des spécialisations médicales n'est pas entièrement décidée par l'hôpital public. À titre de rappel, l'Etat et la population influencent le déploiement des activités hospitalières sur l'espace. La compétence décisionnelle est également un élément sur lequel divergent l'hôpital public et privé. Ceci dit,

l'un des arguments essentiels qui semble justifier en Suisse l'intervention de l'autorité publique dans les prises de décisions, concerne le financement des prestations d'intérêt général qui représente tout de même des montants non négligeables. Or, l'étude de Meijers (2007) ne nous informe ni de l'existence éventuelle du financement des prestations d'intérêt général et ni du rôle de la démocratie directe aux Pays-Bas.

Dans le cadre de notre seconde hypothèse, nous avons appris que la réflexion sur la localisation de l'hôpital s'effectue aussi dans une logique de développement territorial. Cette approche théorique met en jeu le lien entre la captation de revenus externes et la diminution des fuites (à travers la dépense locale des revenus).

Les deux critères précités représentent des enjeux importants pour le canton (le contre-projet) à deux égards : Une dépendance plus grande à l'égard des hôpitaux externes augmenterait la fuite de revenus en raison du mode de financement SwissDRG. Ce qui l'incite à centraliser les soins en même temps que de diversifier les prestations disponibles sur son territoire. Cette stratégie lui permet d'une part d'assurer la pérennité de l'établissement en partie financé par le denier public. D'autre part, une collaboration avec les entités privées se met en place pour conserver le plus possible les revenus à l'intérieur de ses frontières. Et finalement, à travers ses stratégies, il entend assurer la relève en médecine de cabinet. Pour résumer, le développement territorial est renforcé à travers la mise en place d'un réseau de villes spécialisées, l'une dans les soins aigus, et l'autre dans la réadaptation.

Du point de vue du GTIH, le développement territorial constitue un argument phare, car la suppression des prestations de soins aigus induirait la *faillite* de La Chaux-de-Fonds. Il entend, par le maintien de deux sites de soins aigus dans les pôles urbains, attirer des patient-e-s externes, tout en assurant par la suite une relève médicale en médecine de cabinet. En bref, le développement territorial des Montagnes passe par le renforcement du statut de place centrale de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel en ce qui concerne les soins aigus.

Par conséquent, nous constatons que le développement territorial dépend du découpage géographique retenu (SEGESSEMANN 2016). Plus précisément, la captation de revenus ainsi que la diminution des fuites ne se réalisent pas de la même manière suivant que le raisonnement est effectué à l'échelle cantonale ou à l'échelle des régions à l'intérieur du canton.

Arrivée au terme de cette étude, la recherche portant sur la planification hospitalière – et son lien avec la circulation des richesses et de la consommation entre les espaces – permet de présenter quelques pistes de réflexion.

En premier lieu, les trois approches théoriques utilisées peuvent cohabiter. Elles sont effectivement complémentaires, car elles expliquent des réalités géographiques différentes. En même temps, nous avons remarqué que ces trois approches ne couvrent pas cette question dans sa totalité. D'autres éléments telles que l'obligation de l'hôpital public d'offrir des prestations non rentables ainsi que les décisions politiques dépassent la répartition spatiale des activités dans la seule perspective des prestataires de services. Cela dit, le point commun qui apparaît, à notre sens, dans tous les discours quelle que soit la solution proposée (centralisation ou au contraire le maintien des deux sites de soins aigus), est le suivant : *l'espace crée les flux et les flux créent l'espace*, pour reprendre les propos de Taylor et al. (2010 : 2815). C'est bien la relation entre les flux et l'espace que les deux camps tentent de jongler à travers différentes stratégies.

En deuxième lieu, un point découlant du paragraphe précédent consiste à lier la répartition spatiale des soins hospitaliers, à la disposition de l'infrastructure des transports sur le territoire,

thème qui est revenu à plusieurs reprises dans les propos de certain-e-s intervenant-e-s, ainsi que dans les rapports publiés. Autant par le passé qu'actuellement, les infrastructures de transports configurent l'espace économique (GENEAU DE LAMARLIERE et al. 2013). Dans cet ordre d'idées, Cattan et al. (1999) constatent que l'essor de la mobilité raccourcit les distances-temps entre les lieux centraux, phénomène qui favorise les grandes villes au détriment des villes intermédiaires. Celles-ci se voient donc obligées de réinventer leur rôle au sein du réseau urbain dans lequel elles s'inscrivent (BATAÏNI et al. 2004).

En troisième lieu, l'analyse met en exergue la différence entre les hôpitaux publics et privés. Nous avons vu qu'elle repose d'une part, sur la palette de prestations proposées, et d'autre part, les objectifs visés et les moyens financiers à disposition pour les réaliser. Or, pour tout ce qui relève des mandats de prestation, la relation entre les entités privées et publiques est régie par le processus de planification hospitalière. Là aussi, les solutions préconisées par les un-e-s et les autres pour améliorer la collaboration entre les deux entités sont différentes.

En quatrième et dernier lieu, l'échelle géographique de réflexion constitue un point crucial que notre recherche a permis de soulever. En effet, il met en avant deux visions qui semblent se contredire. D'une part, en matière de la rationalisation du système de santé ainsi que la coordination des prestataires de soins, on assiste depuis 1996 à une remontée en échelles dans les organes de décision. En effet, la LAMal mandate le canton de planifier les soins hospitaliers nécessaires à la population résidentes (sur la base de la méthode élaborée par Obsan) dans le respect des critères économiques et qualitatifs de plus en plus strictes. Les projets de mise en réseau – par le biais de la centralisation des soins ainsi que la suppression de certains hôpitaux périphériques – s'inscrivent dans ce processus. De plus, à travers la notion de profil de déplacement des patient-e-s, nous avons vu également que ces dernières/ières ne se limitent pas à l'hôpital se trouvant à proximité. Dans cette optique, l'essor de la mobilité ainsi que la possibilité institutionnelle qui leur est offerte par le nouveau mode de financement, sont des facteurs qui témoignent de la remontée des échelles et de « *l'élargissement des espaces de vie [...]* » (BATAÏNI et al. 2004 : 6).

D'autre part, la volonté de gérer l'établissement de soins par des régions du canton continue à persister. L'existence de cette échelle infra-cantonale nous paraît évidente notamment par la proposition des exécutifs de La Chaux-de-Fonds et du Locle en 2016 (CDF 2016) portant sur le rachat du site de La Chaux-de-Fonds par un investisseur privé (Patrimonium), et la constitution d'une société anonyme pour continuer à offrir des prestations de soins aigus en collaboration avec l'Hôpital du Jura bernois (comprenant les sites de St-Imier et Moutier). Les votations marquant l'attachement de la population locale à son hôpital s'inscrivent aussi dans cette vision.

C'est la raison pour laquelle un fossé semble se creuser entre les instances chargées d'optimiser l'utilisation des ressources du point de vue financier et technique, et de l'autre côté une partie de la population qui reste attachée à son hôpital notamment parce que celui-ci procure un sentiment de sécurité au niveau de la prise en charge, mais également pour son rôle économique. La confrontation de ces deux mondes a amené les instances politiques à proposer une solution pacificatrice via le projet RHNe qui a constitué le *plus petit dénominateur commun* (MERAT 2019b). Cependant, il présente – comme nous l'avons vu dans l'analyse – un arrangement provisoire, vu qu'il ne satisfait que partiellement les technocrates cherchant à réaliser l'efficacité médicale et économique imposée par la loi. La même remarque a été faite dans une certaine mesure à la solution de localiser l'hôpital au Val-de-Ruz. Alors, l'enjeu consisterait peut-être à faire appel à un « *[...] principe supérieur commun [...]* » (LIVIAN et al. 1994 : 47) dépassant les deux visions en présence afin de trouver un compromis durable.

Septième Partie

BIBLIOGRAPHIE

Advimed 2012 : *Comparaison de deux scénarios d'organisation des services de chirurgie et d'orthopédie de l'Hôpital neuchâtelois (HNe). Rapport final.* Lugano : Advimed.

AMGE [Association des médecins du canton de Genève] 2010 : La guerre des hôpitaux [En ligne]. Daté du 11 février 2010. <https://www.amge.ch/2010/02/11/la-guerre-des-hopitaux/> (Consultée le 4 juin 2019).

Assemblée fédérale de la Confédération suisse 2018 : *Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994. 832.10 (Etat le 1er janvier 2018).* Berne : Chancellerie fédérale.

ANQ [Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques] 2019 : Soins aigus [En ligne]. <https://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/> (Consultée le 19 juin 2018).

Bailly, A. 2010 : La métronomie : histoire et perspectives. In Richoz, S., Boulianne, L.-M. et Ruegg, J. éditeurs, *Santé et développement territorial. Enjeux et opportunités.* Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 19-24.

Bailly, A. et **Périer, M.** éditeurs 1984 : *Métronomie régionale.* Paris : Anthropos.

Bailly, A. et **Widmer, G.** 1997 : Une nouvelle approche pour la planification hospitalière : la conception métronomique. *Revue d'économie régionale et urbaine* 5, 818-827.

Bataïni, S.-H. et **Corpataux, J.** 2004 : *Politique extérieure du Canton de Neuchâtel : Positionnement et stratégies.* Neuchâtel : Institut de recherches économiques et régionales.

Blanchet, A. et **Gotman, A.** 1992 : *L'enquête et ses méthodes : l'entretien.* Paris : Nathan.

Bonvin, E. 2015 : L'hôpital est-il toujours une institution du soin ? In Guillod, O. éditeur, *L'hôpital entre droit, politique et économie(s). 21e Journée de droit de la santé.* Berne : Weblaw, 211-255.

Buchs, J.-Ph. 2015 : À quand la création d'un hôpital romand ? *Bilan*, 23 février, 2015.

Bourquin, A. 2019 : Le rapport définitif sur les hôpitaux neuchâtelois est sous toit et présente quelques modifications. *ArcInfo*, 18 janvier, 19.

Brook, R., McGlynn E. and **Shekelle, P.** 2000 : Defining and measuring quality of care : a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care* 12 (4), 281-295.

Bysaeth, L. 2016 : Le Conseil d'Etat propose de regrouper les sites de l'HNE. *L'Impartial*, 16 avril, 16.

Callon, M., Méadel, C. et **Rabeharisoa, V.** 2000 : L'économie des qualités. *Politix* 13 (52), 211-239.

Camagni, R. and **Salone, C.** 1993 : Network Urban Structures in Northern Italy : Elements for a Theoretical Framework. *Urban Studies* 30 (6), 1053-1064.

Cattan, N., Pumain, D., Rozenblat, C. et **Saint-Julien, Th.** 1999 : *Le système des Villes européennes.* Paris : Anthropos.

CDF [Service de la communication de La Chaux-de-Fonds] 2016 : Quatre partenaires crédibles proposent une solution pour le maintien de l'Hôpital de La Chaux-de-fonds [Communiqué de presse]. Daté du 31 octobre 2016.

<http://www.lelocle.ch/news/article/proposition-de-rachat-de-lhopital-de-la-chaux-de-fonds/>
(Consultée le 20 août 2019).

CDS [Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé] 2015 : *Informations sur l'état de la mise en oeuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée. Rapport de situation à l'intention du Département fédéral de l'intérieur (DFI)*. Berne : Maison des cantons.

CFF s.d. : Horaire [En ligne]. <https://www.sbb.ch/fr/> (Consultée le 27 juillet 2019).

CG Chaux-de-Fonds [Conseil général de La chaux-de-Fonds] 2008 : Rapport des Conseils communaux relatif au développement futur des Montagnes neuchâteloises. Annexe. [En ligne]. Daté du 21 décembre 2017. <http://www.chaux-de-fonds.ch/autorites/conseil-general/seances/seances-2008?id=93&detail=mardi-4-mars-2008-a-19h30> (Consulté le 17 juin 2019).

Christaller, W. 1933 : *Die zentralen Orte in Sueddeutschland*. New Jersey: Prentice-Hall. [Traduit en 1966 par Baskin, C. : Central places in Southern Germany]

CMC [Centre Médical de la Côte] 2017 : Cabinets. La pluridisciplinarité ou comment avoir plusieurs cordes à son arc [En ligne]. <http://cmcsa.ch/cabinets> (Consulté le 2 octobre 2018).

Confédération Suisse 1999 : *La Constitution fédérale de la Confédération Suisse du 18 avril 1999 (Etat le 23 septembre 2018)*. Berne : Chancellerie fédérale.

Conseil d'Etat [Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel] 2009 : *Planification sanitaire 2004-2008. 09.016. Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification sanitaire 2004-2008 du 16 février 2009*. Neuchâtel : DSAS.

Conseil d'Etat [Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel] 2013 : *Hôpital neuchâtelois. 13.008. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil du 16 janvier 2013*. Neuchâtel : DSAS.

Conseil d'Etat [Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel] 2014a : *Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2016. 1ère partie : évaluation des besoins. Du 29 octobre 2014*. Neuchâtel : Service de la santé publique.

Conseil d'Etat [Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel] 2014b : *Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2016. 2e partie : conditions-cadres. Du 17 décembre 2014*. Neuchâtel : Service de la santé publique.

Conseil d'Etat [Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel] 2015 : *Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2016-2022. 3e partie : liste hospitalière cantonale. Du 28 septembre 2015*. Neuchâtel : Service de la santé publique.

Conseil d'Etat [Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel] 2016a : *Réorganisation spatiale de l'Hôpital neuchâtelois (HNE). 16.029. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil du 29 juin 2016*. Neuchâtel : DFS.

Conseil d'Etat [Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel] 2016b : *Initiative « pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires ». 16.039. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil du 23 septembre 2016*. Neuchâtel : Conseil d'Etat.

Conseil d'Etat [Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel] 2017a : *Planification hospitalière neuchâteloise 2016-2022. Version du 20.09.2017*. Neuchâtel : Service de la santé publique.

Conseil d'Etat [Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel] 2017b : *Prestations d'intérêt général Hôpital neuchâtelois (HNE). 17.030. Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil du 4 octobre 2017.* Neuchâtel : Conseil d'Etat.

Conseil fédéral 1995 : *Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995. 832.102 (Etat le 1er janvier 2019).* Berne : Chancellerie fédérale.

Conseil fédéral 2002 : *Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) du 3 juillet 2002. 832.104 (Etat le 1er janvier 2009).* Berne : Chancellerie fédérale.

Conseil fédéral 2004 : *Message concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier). Du 15 septembre 2014. 04.061.* Berne : Chancellerie fédérale.

COPIL [Comité de pilotage] 2016 : *Réorganisation spatiale de l'hôpital neuchâtelois (HNE). Rapport final du comité de pilotage (COPIL) du 31.05.2016.* Neuchâtel : Conseil d'Etat.

Crevoisier, O. 2004 : Les effets économiques de la mobilité spatiale sur l'organisation du territoire. In Vodoz, L., Pfister Giaque, B. et Jemelin, Ch. éditeurs, *Les territoires de la mobilité. L'aire du temps.* Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 105-125.

Crevoisier, O., Corpataux, J. et Thierstein, A. 2001 : *Intégration monétaire et régions : des gagnants et des perdants.* Paris : L'Harmattan.

Cueille, S. 2005 : Réseaux et restructuration hospitalière. In Valette, A., Contandriopoulos, D., Denis, J.-L. et Contandriopoulos, A.-P. directeurs, *L'hôpital en restructuration. Regards croisés sur la France et le Québec.* Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 211-235.

Davezies, L. 2008 : *La République et ses territoires. La circulation invisible des richesses.* Paris : Seuil.

Donabedian, A. 1966 (2005) : Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly* 83(4), 691-729.

Donzé, P.-Y. 2017 : *Histoire des politiques hospitalières en Suisse romande.* Neuchâtel : Alphil – Presses universitaires suisses.

Eckert, Ph. 2008 : Réseaux hospitaliers : quel intérêt en médecine intensive ? *Revue Médicale Suisse* 4, 2678-2680.

Etat de Neuchâtel s.d. a : Atlas statistique du canton de Neuchâtel [En ligne]. https://atlas.ne.ch/#c=indicator&i=popstruct.dens_pop&s=2018&view=map8 (Dernière consultation après la mise à jour du site le 09.08.2019)

Etat de Neuchâtel s.d. b: Hôpital Neuchâtelois [En ligne]. <https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/hopitaux-institutions/Pages/hopitalneuchatelois.aspx> (Consultée le 14 avril 2018).

Fischer, C., Lingsma, H., Klazinga, N., Hardwick, R., Cromwell, D., Steyerberg, E. and Groene, O. 2017 : Volume-outcome revisited : The effect of hospital and surgeon volumes on multiple outcome measures in oesophago-gastric cancer surgery. *Plos One* 12, 1-11.

Flick, U. 2011 : *Designing Qualitative Research.* Los Angeles : Sage.

Fox, R. and Fox, D. 1974 : The Use of Central Place Theory for the Location of Maternal and Infant Care Projects. *American journal of public health* 64(9), 898-903.

Fujita, M. et Thisse, J.-F. 1997 : Economie géographique, problèmes anciens et nouvelles perspectives. *Annales d'Economie et de Statistique* 45, 37-87.

Géneau de Lamarlière, I. et Staszak, J.-F. 2013 : *Principes de géographie économique. Cours, documents, travaux dirigés.* Rosny : Bréal.

Gilliand, P. 1969 : *Vieillesse démographique et planification hospitalière. Étude fondée sur les données de la Suisse et du Canton de Vaud.* Lausanne : Département de l'intérieur - Service de la santé publique.

Glaeser, E., Kolko, J. et Saiz, A. 2001 : Consumer city. *Journal of Economic Geography* 1, 27-50.

Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel 1995 : *Loi de santé (LS) du 6 février 1995. 800.1 (Etat au 1er mars 2017).* Neuchâtel : Service juridique.

Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel 2004 : *Loi sur l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (LEHM) du 30 novembre 2004. 802.4 (Etat au 1er janvier 2016).* Neuchâtel : Service juridique.

Grand Conseil [Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel] 2019 : *Réseau Hospitalier Neuchâtelois. 18.009. Rapport de la commission « Santé » du Grand Conseil concernant l'examen du rapport du Conseil d'Etat, du 16 janvier 2019.* Neuchâtel : Commission Santé.

Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel 2019 : *Loi sur le Réseau hospitalier neuchâtelois (LRHNe).* Neuchâtel : Service juridique.

GT H+H [Groupe du travail H+H] 2017 : *Rapport final du GT H+H, du 3 octobre 2017.* Neuchâtel : DFS.

Guillod, O. 2006 : Restructuration des hôpitaux publics : la société anonyme comme modèle ? In Bohnet, F. et Wessner, P. éditeurs, *Droit des sociétés. Mélanges en l'honneur de Roland Ruedin.* Bâle : Helbing & Lichtenhahn, 255-271.

Gusmini, W. 2016 : Le projet de nouvel hôpital des Montagnes constitue une chance inouïe. [En ligne]. Daté du 8 décembre 2016. https://www.h-ne.ch/actualites?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=342711&_101_type=content&_101_urlTitle=-le-projet-de-nouvel-hopital-des-montagnes-constitue-une-chance-inouie- (Consultée le 23 avril 2019).

Hentschker, C. and Mennicken, R. 2018 : The Volume-Outcome Relationship Revisited: Practice Indeed Makes Perfect. *Health Research and Educational Trust* 53 (1), 15-34.

HNe [Hôpital neuchâtelois] s.d. a : Historique. <https://www.h-ne.ch/a-propos/historique?inheritRedirect=true> (Consultée le 3 juin 2019).

HNe [Hôpital neuchâtelois] s.d. b : L'hôpital neuchâtelois en quelques chiffres. <https://www.h-ne.ch/a-propos/l-hne-en-quelques-chiffres> (Consultée le 13 mars 2018).

HNe [Hôpital neuchâtelois] s.d. c : Les prestations. <https://www.h-ne.ch/prestations> (Consultée le 2 octobre 2018).

- HNe [Hôpital neuchâtelois]** 2007 : Site « mère-enfant » unique : scénario incontournable [Communiqué de presse]. Daté du 21 août 2007. <https://www.h-ne.ch/a-propos/communiqués-de-presse> (Consultée le 25 juillet 2019).
- HNe [Hôpital neuchâtelois]** 2015 : *Stratégie 2015-2022 de l'HNE*. La Chaux-de-Fonds : Hôpital neuchâtelois.
- HNe [Hôpital neuchâtelois]** 2016a : Vers une augmentation de l'activité du bloc de La Chaux-de-Fonds grâce au virage ambulatoire [Communication aux médias]. Daté du 20 juin 2016. <https://www.h-ne.ch/a-propos/communiqués-de-presse> (Consultée le 26 juin 2019).
- HNe [Hôpital neuchâtelois]** 2016b : Le conseil d'administration de l'HNE accepte un budget 2016 déficitaire de 7,6 millions de francs [Communication aux médias]. Daté du 16 décembre 2016. <https://www.h-ne.ch/a-propos/communiqués-de-presse> (Consultée le 1er juillet 2019).
- HNe [Hôpital neuchâtelois]** 2018 : Un déficit de 7,9 millions pour les comptes 2017 [En ligne]. Daté du 27 juin 2018. https://www.h-ne.ch/hcom/-/asset_publisher/m3bJQMfti35m/content/un-deficit-de-7-9-millions-pour-les-comptes-2017 (Consultée le 4 octobre 2018).
- Jeannet, A.** 2018 : « Les cantons protègent trop leurs hôpitaux ». *Le Temps*, 3 avril, 18.
- Jia, P., Wang, F. and Xierali, I.** 2017: Delineating hierarchical hospital service areas in Florida. *Geographical Review* 107(4), 608-623.
- Jubin, S.** 2017 : Le grounding d'Hôpital neuchâtelois. *Le Temps*, 12 février, 2017.
- Kehtari, R. et Rubin, P.** 2008 : Du Haut en Bas et de Travers. *Revue Médicale Suisse (Editorial)*, 2435-2436.
- Klauss, G., Staub, L., Widmer, M. and Busato, A.** 2005 : Hospital service areas – a new tool for health care planning in Switzerland. *BMC Health Services Research* 5 (33), 1-15 (numérotation suggérée).
- Kohn, L. et Christiaens, W.** 2014 : Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique* 4, 67-82.
- Lalanne, A.** 2010 : Hiérarchie de places centrales vs hiérarchie de réseaux : une revue de la littérature. *La revue canadienne des sciences régionales* 33 (1), 1-14.
- La Providence** s.d. : Histoire. <https://www.hopital-providence.ch/notre-clinique/histoire/> (Consultée le 25 juillet 2019).
- Livian Y.-F. et Herreros, G.** 1994 : L'apport des économies de la grandeur : Une nouvelle grille d'analyse des organisations ? *Revue française de gestion* 101, 43-59.
- Longchamps, G.** 2015 : La planification hospitalière cantonale selon la LAMal. In Guillod, O. éditeur, *L'hôpital entre droit, politique et économie(s)*. 21e Journée de droit de la santé. Berne : Weblaw, 85-106.
- Mader, M.** 2010 : *Financement des hôpitaux et des soins : éléments importants des révisions LAMal, marge de manœuvre des cantons et rôle de la liberté économique*. Berne: Weblaw.
- Markusen, A.** 2007: A Consumption Base Theory of Development : An application to the Rural Cultural Economy. *Agricultural and Resource Economics Review* 36 (1), 9-23.

Meijers, E. 2005 : Polycentric Urban Regions and the Quest for Synergy: Is a Network of Cities More than the Sum of the Parts? *Urban Studies* 42 (4), 765-781.

Meijers, E. 2007 : From central place to network model : theory and evidence of a paradigm change. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie* 98 (2), 245-259.

Mérat, F. 2019a : Une voie presque royale pour le plan B hospitalier revisité. *ArcInfo*, 31 janvier, 19.

Mérat, F. 2019b : La page de l'HNE se tourne. *ArcInfo*, 20 février, 19.

Montbrillant s.d. : Histoire. <https://www.clinique-montbrillant.ch/notre-clinique/histoire/> (Consultée le 25 juillet 2019).

Moudoux, F. 2017 : La « mère des batailles » pour les soins aigus à Neuchâtel. *24Heures*, 20 janvier, 17.

OBSAn [Observatoire suisse de la santé] 2019 : Taux de lits d'hôpitaux occupés. Densité des lits occupés pour 1'000 habitants - 2017 [En ligne]. Daté 27 novembre 2018. <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-de-lits-dhopitaux-occupes> (Consultée le 3 juin 2019).

OFS [Office fédéral de la statistique] 2015 : *Limites communales généralisées de la Suisse*. Neuchâtel : OFS.

OFS [Office fédéral de la statistique] 2016 : *Limites communales généralisées de la Suisse*. Neuchâtel : OFS.

OFS [Office fédéral de la statistique] 2017 : *Statistique de synthèse Coûts et financement du système de santé*. Neuchâtel : OFS.

OFS [Office fédéral de la statistique] 2018a : *Santé. Statistique de poche 2017*. Neuchâtel : OFS.

OFS [Office fédéral de la statistique] 2018b : *Statistique médicale des hôpitaux. Hospitalisations extracantonales, 2006-2016*. Neuchâtel : OFS.

OFS [Office fédéral de la statistique] 2018c : *La population de la Suisse en 2017*. Neuchâtel : OFS.

OMS [Organisation mondiale de la Santé] 1986 : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première Conférence internationale sur la promotion de la santé [En ligne] <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (Consultée le 19 juillet 2019).

Pauchard, Y. 2018 : A Neuchâtel, les médecins montent au front. *Le Temps*, 31 mars, 18.

PVL [Parti Vert'libéral de Neuchâtel] 2019 : L'Hôpital est mort – vive l'Hôpital [En ligne]. Daté du 19 février 2019. https://ne.vertliberaux.ch/actualites/actu_neuchateloise/mediadetail~55689309-8747-4dec-a89a-6c8451c962ec~L (Consultée le 25 avril 2019).

Quivy, R. et **Van Campenhoudt, L.** 2006 : *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

Rebetez, B. 2017 : Pathologies aiguës. Un service indispensable pour l'Hôpital neuchâtelois. Les soins intensifs, une unité clé. *L'Express-L'Impartial*, 17 janvier, 17.

Rossini, S. éditeur 2014 : *La gouvernance des politiques suisses de santé*. Lausanne : Réalités Sociales.

Saint-Imier s.d. : Saint-Imier Terre d'énergie. En chiffres [En ligne]. <https://www.saint-imier.ch/index.php/decouvrir/en-chiffres> (Consultée le 18 août 2019).

Segessemann, A. 2016 : *De la production à la consommation : le rôle de l'économie résidentielle dans le développement régional* (Thèse de doctorat). Neuchâtel : Groupe de recherche en économie territoriale / Institut de sociologie.

Segessemann, A. et **Crevoisier, O.** 2013 : L'économie résidentielle en Suisse : une approche par les emplois. *Revue d'Économie Régionale et Urbaine* 4, 705-735.

SEPS [Société d'Édition et de Propagande Socialistes] 1910 : Annonce : Clinique Montbrillant. *La Sentinelle et le « courrier jurassien » réunis*, 15 juin, 10.

Schubarth, Ch., Beer-Tóth, K. et **Bleuel, S.** 2009 : *We Live Here and We Work Here : Comment l'économie résidentielle peut contribuer aux activités destinées à l'exportation*. Berne : Infraconsult (avec le soutien de regiosuisse).

Sieber, P.-A. 2018 : Hôpitaux sous pression. *ArcInfo*, 29 mars, 18.

Société Neuchâteloise de Médecine 2018 : Hospitalisation hors canton. Médecine de garde : sondages de satisfaction 1ère partie. *Bulletin officiel de la Société neuchâteloise de médecine* 94, 1-28.

SSMI [Société Suisse de Médecine Intensive] 2017 : *Annexe I relative aux directives pour la certification des USI par la SSMI. Version 14*. Bâle : Commission de certification des unités de soins intensifs (CC-USI).

TAF [Tribunal Administratif fédéral] 2014 : *C-401/2012, Arrêt du 28 janvier 2014. Arrêté du 21 décembre 2011 du Conseil d'Etat de la République et Canton de Neuchâtel fixant la liste des hôpitaux neuchâtelois admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins*. St-Gall : Recueil officiel des arrêts du TAF.

Taylor, P., Hoyler, M. and **Verbruggen, R.** 2010: External Urban Relational Process : Introducing Central Flow Theory to Complement Central Place Theory. *Urban Studies* 47 (13), 2803-2818.

Talandier, M. et **Davezies, L.** 2009 : *Repenser le développement territorial ? Confrontation des modèles d'analyse et des tendances observées dans les pays développés*. Lyon : PUCA.

TF (Tribunal fédéral) 2019 : *9C_435/2018, Arrêt du 14 février 2019. Recours contre l'arrêté relatif à la fixation de limitations de quantités de cas d'hospitalisation dans un hôpital répertorié hors canton du 17 avril 2018 (contrôle abstrait)*. Lucerne : Cour de droit social.

Willemin, N. 2008 : Conseil d'Etat. Neuchâtel accepte la HE-Arc en Bas mais offre un « symbole » en Haut. *L'Express-L'Impartial*, 19 janvier, 08.

Winchester, H. and **Rofe, M.** 2016 : Qualitative Research and Its Place in Human Geography. In Hay, I. éditeur, *Qualitative Research Methods in Human Geography*. Ontario : Oxford University Press, 3-28.

Yu, S.-H. and **Chen, M.-Y.** 2013 : Performance impacts of interorganizational cooperation: a transaction cost perspective. *The Service Industries Journal* 33 (13-14), 1223-1241.

Huitième Partie

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien générale**INTRODUCTION**

Objectif ; traitement anonyme des données ; profil de l'interviewé-e

CONCURRENCE

Dans quels domaines, entre qui, à quelle échelle ?

Stratégies ou les moyens d'adaptation de l'hôpital

- HNE (2006) ? Contre-projet du Conseil d'Etat (2017) ?
- Coopération interorganisationnelle comme stratégie ?
- Etablissements privés sont-ils plus réactifs ?

MOBILITÉ

Pourquoi les patient-e-s vont se faire soigner dans d'autres cantons ?

- Par ex. habitants des régions limitrophes comme Le Landeron, Le Val-de-Ruz, etc. qui pourraient aller se faire soigner à Yverdon, St-Imier ou à Bienne. Est-ce parce que c'est plus proche ou bien c'est le critère de la qualité des prestations qui entre en jeu?

Comment faire pour que les patient-e-s évaluent positivement les prestations des établissements hospitaliers neuchâtelois, pour pouvoir les attirer ?

Les prestations hospitalières, surtout les prestations hospitalières de bonne qualité, contribuent-elles à l'attractivité résidentielle du territoire ? (Du point de vue des patient-e-s et des professionnel-le-s de la santé)

Le facteur de la distance (distance-temps) apparaît comme un élément important tant du point de vue de l'autorité de planification que des initié-e-s. Les patient-e-s sont tou-te-s sensibles au facteur distance de la même manière ?

MODÈLES DE PLANIFICATION HOSPITALIÈRE PROPOSÉS

Comment voyez-vous l'avenir des soins hospitaliers ?

Quel est le rôle de la médecine de proximité dans le paysage des soins hospitaliers ? par exemple le Centre médical de la Côte (Corcelles), la Permanence Volta (La Chaux-de-Fonds)?

Quel message l'initiative (2017) vise-t-elle à faire passer ? Quelle est la principale raison pour avoir une offre de soins aigus dans le Haut du canton ?

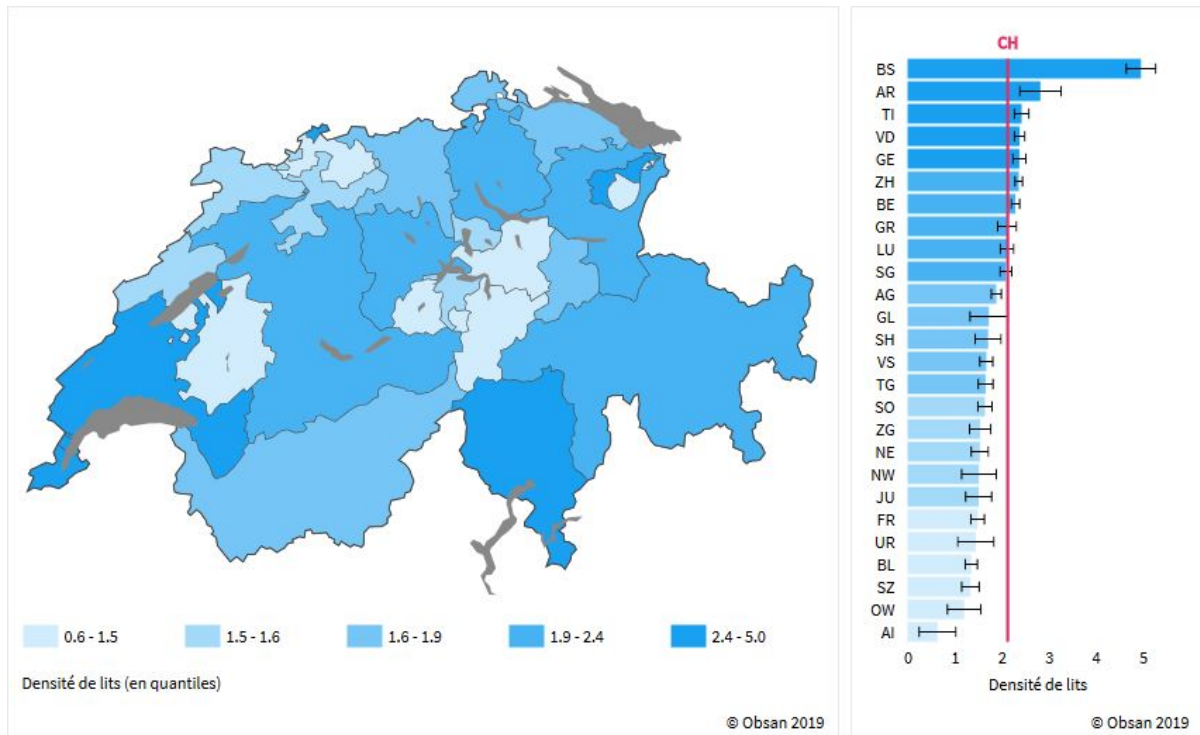
Qu'est-ce que vous pensez du contre-projet du Conseil d'Etat (2017) ? Pourquoi le contre-projet du CE préconisait-il l'offre des soins aigus à Pourtalès et non pas l'inverse ?

Quelle solution (HNE, SA, RHNE, C-proj) serait-elle la meilleure pour le canton ?

CLÔTURE

Anonymat ?

Annexe 2 : Densité des lits occupés pour 1'000 habitant-e-s en 2017 (OBSAN 2019)

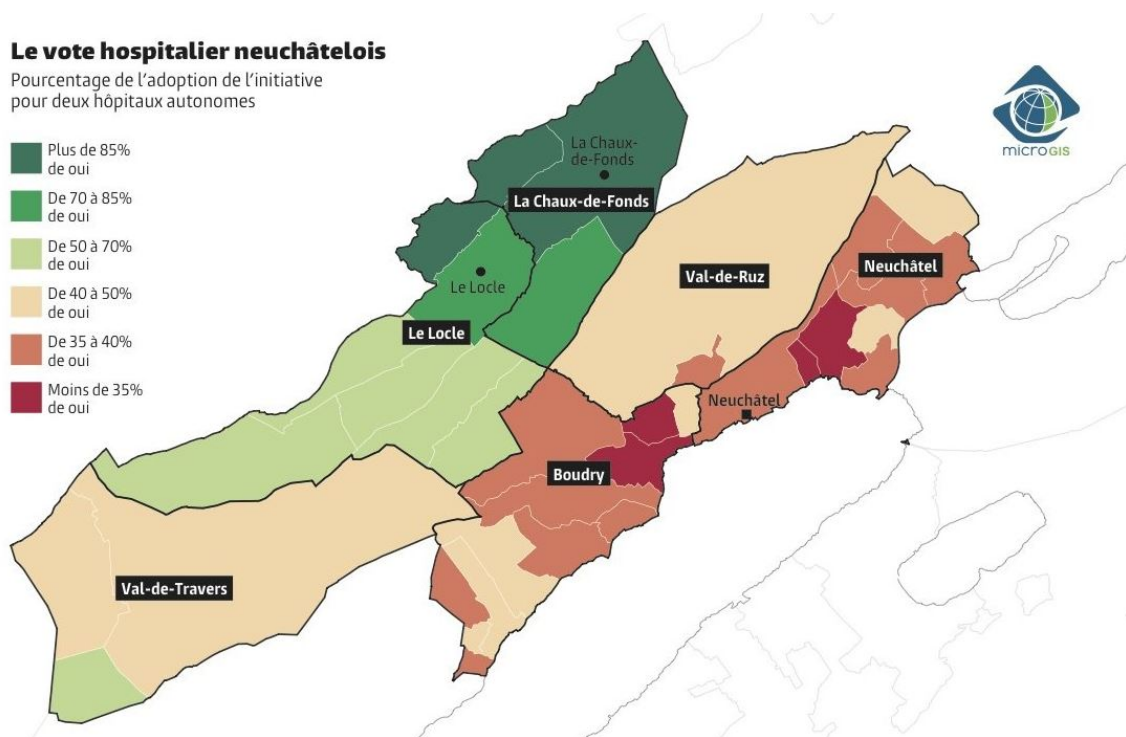


Annexe 3 : Carte en page des résultats de l'initiative GTIH (JUBIN 2017)

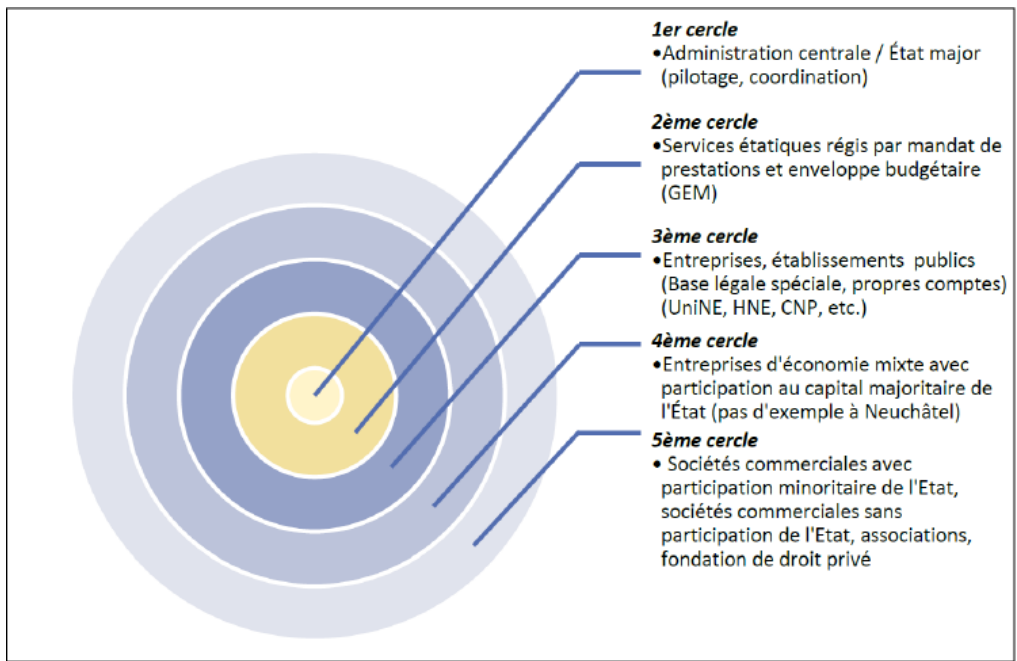
Le vote hospitalier neuchâtelois

Pourcentage de l'adoption de l'initiative pour deux hôpitaux autonomes

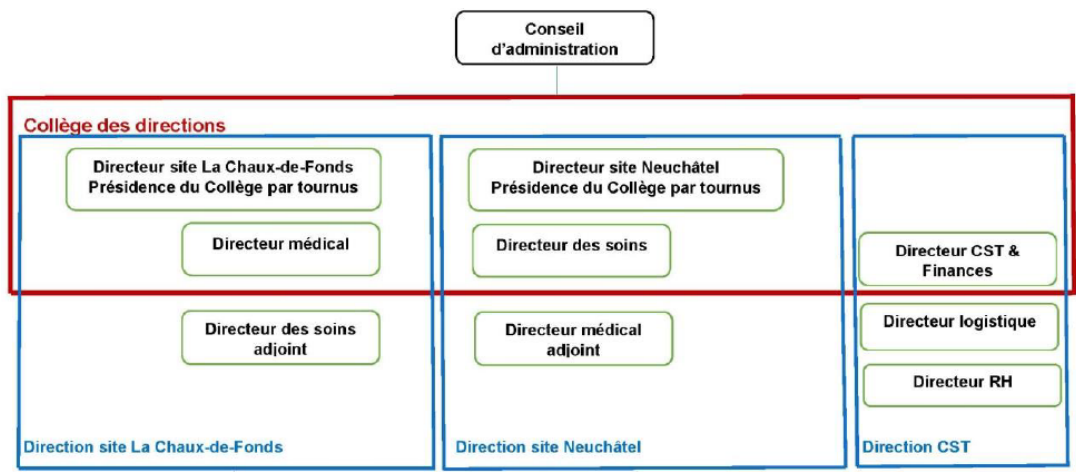
- Plus de 85% de oui
- De 70 à 85% de oui
- De 50 à 70% de oui
- De 40 à 50% de oui
- De 35 à 40% de oui
- Moins de 35% de oui

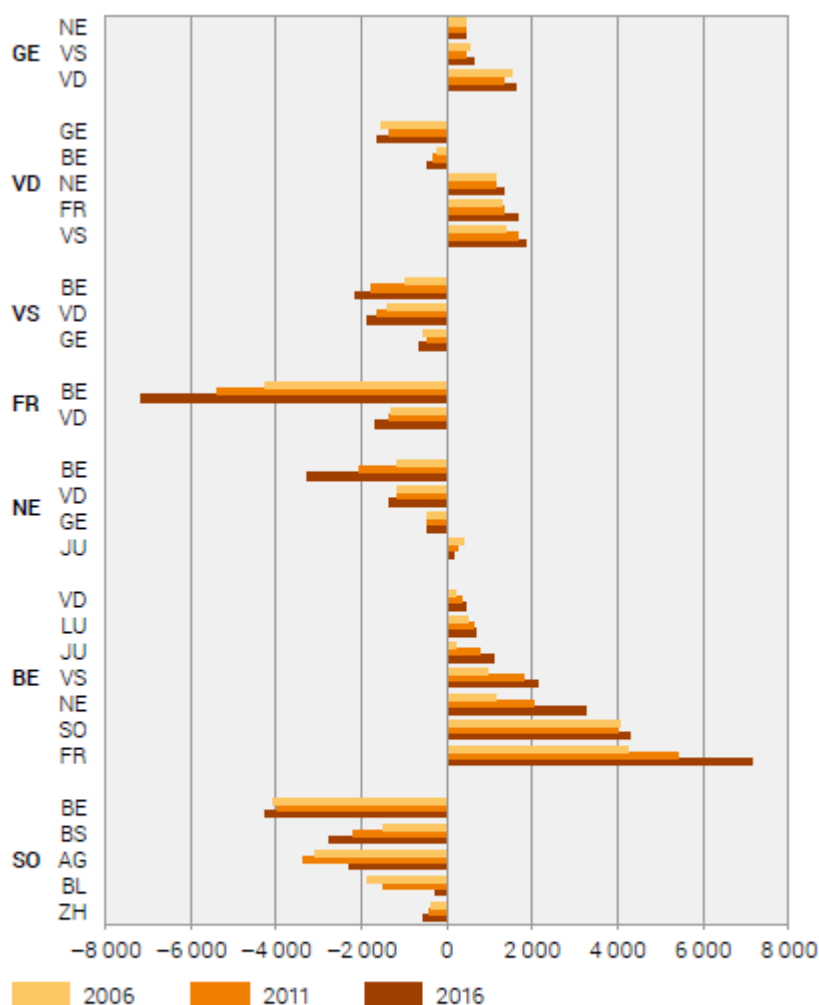


Annexe 4 : Modèles de gestion des tâches étatiques (GT H+H 2017)



Annexe 5 : Modèle organisationnel du RHNe (GRAND CONSEIL 2019)



Annexe 6 : Balance des flux dans la région lémanique et Mittelland (OFS 2018B)

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© OFS 2018

Annexe 7 : L'interlocuteur a précisé par courriel les propos tenus lors de l'entretien. Par manque de place, nous n'avons reproduit qu'un extrait du discours dans l'analyse. La citation intégrale se trouve est la suivante.

« Le canton de Neuchâtel se trouve actuellement dans une impasse politique et morale. Pris au dépourvu par des personnes souhaitant en tirer profit, ou tout simplement des personnes victimes de mauvaises informations, les décisions politiques récente sont un point d'interrogation pour le futur du canton au court et moyen terme. Ceci s'est traduit entre autres par l'échec du TransRun mais également de l'hôtel de Police, pour ne citer que deux autres exemples en plus du désastreux résultat sur le futur de l'hôpital.

Il est tout à fait compréhensible que la population dite "du haut" mais qui est avant tout neuchâteloise comme vous et moi se sente mal à l'aise face à ce qu'est devenu l'hôpital de Chaux-de-Fonds, qui rappelons-le, est un hôpital payé par la ville et ses résidents. Ceux-ci ont vu cet édifice diminuer en prestance avec des messages mixtes

voir malhonnête (que l'hôpital maintiendrait une capacité à soigner l'aigue 24/7, par exemple). Physiquement voir le tout migrer sur Pourtales a dû également être difficile.

Néanmoins, la solution n'est pas de tout centrer sur Pourtalès, un hôpital qui est déjà saturé chroniquement. Une solution qui est acceptée par la grande majorité du monde politique et médical serait de créer a neuf un hôpital unique pour le canton, au milieu du canton. Beaucoup de spécialistes citent le site entre Boudevilliers et le SCAN, au-dessus de l'autoroute (voie d'accès routières perméables) comme idéal. Il permettrait de travailler ensemble pour centraliser les soins hospitaliers dans un site localisé entre le "Haut" et le "Bas", sans pour autant délaisser les populations des Vallons. Maintenant des polycliniques d'Urgences dans chacune des villes (avec également des consultations ambulatoires pour chaque spécialité) est également nécessaire. De plus, chaque pôle urbain maintiendrait un SMUR opérant depuis ces polycliniques, ce qui permettra, en cas de nécessité, d'assurer des soins supplémentaires lors du trajet vers le centre hospitalier unique. Ce nouvel hôpital pourrait également être intégré avec le nouveau système de rail qui reliera Neuchâtel à la Chaux-de-Fonds. Les anciens hôpitaux pourraient être utilisés comme centres de convalescences, une durée actuellement rare, que la plupart des cantons voisins pourrait alors solliciter pour des placements de leur patient, ce qui s'avèrerait bénéfique pour notre canton.

Addendum pour la médecine d'Urgence : la localisation de ce site au centre du canton hors zone urbaine sera un atout : ceci diminuera très sûrement la sur-utilisation du centre d'urgence pour des cas simples qui pourraient être vu en consultation chez les médecins traitants (la distance étant un facteur clé, cf. exemple de l'Inselspital cite ci-dessus,). Ils (les patients) auront néanmoins la possibilité de consulter les polycliniques qui référeront aux centres d'urgence en cas de nécessité, après un premier examen (concept de triage médical). Notons qu'il sera dans tous les cas importants de maintenir le Val-de-Ruz comme espace Agricole afin d'éviter qu'il devienne un 3e pôle urbain pour le canton, chose que le conseil d'Etat neuchâtelois souhaiterait également.

» (Anonyme, médecin, 9 mai 2019)

Annexe 8 : Part des hospitalisations intra- et extra-cantoniales, 2012-2016 (SOCIETE NEUCHÂTELOIS DE MEDECINE 2018)

