

N°01
/2016

LE MAGAZINE DE L'HÔPITAL NEUCHÂTELOIS

* MAg

CARTE BLANCHE

Le regard du photographe
Guillaume Perret

La morgue de Pourtalès

L'INTERVIEW

LAURENT KURTH

Le Conseiller d'État en charge
de la santé souligne l'importance
de la réorganisation spatiale
pour la pérennité de l'HNE

ESPACE FORMATION

Mindfulness: la bonne méthode
pour gérer son stress?

DOSSIER

La réadaptation, au cœur de l'hôpital de demain

La prise en charge pluridisciplinaire des patients après un épisode aigu constitue un défi de santé publique. Gros plan sur les enjeux d'une discipline en pleine transformation



LE DOSSIER

La réadaptation, au cœur de l'hôpital de demain

- * Vers un nouveau système de financement
- * Un nouvel hôpital dans les Montagnes
- * Dr Joël Rillot: «La réunion des forces permettra d'améliorer la prise en charge»

06

CARTE BLANCHE
GUILLAUME PERRET
La morgue de Pourtalès



18

L'INTERVIEW
LAURENT KURTH

Le Conseiller d'État en charge du Département de la santé défend un hôpital public fort, avec des prestations offertes à tous, sans discrimination de revenu



▶ 03

L'ÉDITORIAL

La réadaptation spécialisée, notre grand défi

▶ 04

COMPÉTENCES

Les nouveaux visages de l'HNE

▶ 05

LA REVUE DE PRESSE

Une pénurie de médecins en Suisse, vraiment?

▶ 14

ESPACE FORMATION

Le mindfulness: la bonne méthode pour gérer son stress?

▶ 16

LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

Quand la médecine permet de réaliser son désir d'enfant

▶ 25

UN CHIFFRE, UNE RÉALITÉ

Le taux de césarienne à l'HNE

▶ 26

VÉCU

«La pose d'un by-pass a transformé ma vie»

La réadaptation spécialisée, notre grand défi



L'HNE Magazine que vous tenez entre les mains inaugure une nouvelle formule, avec une mise en page rafraîchie et un sommaire élargi. Pour ce premier numéro, nous mettons un accent particulier sur la réadaptation. Comme vous le savez, en vertu du nouveau système de financement hospitalier en vigueur depuis 2012, les soins stationnaires aigus disposent d'une structure tarifaire unifiée au plan national sur la base de forfaits par cas. Il en sera de même pour la réadaptation dès 2018. Là aussi, l'objectif poursuivi est de pouvoir comparer les prestations fournies par les hôpitaux, et ce par spécialité.

Dans le passé, la plupart des patients étaient réadaptés au sein des structures de soins aigus. La spécialisation progressive de la médecine a permis l'émergence de gestes plus précis et plus efficaces en matière de prise en charge après la phase aiguë de la maladie ou de l'accident. Ainsi assiste-t-on à l'émergence de filières de réadaptation spécialisées: gériatrique, médecine interne et oncologique, neurologique, et musculo-squelettique pour ce qui est du domaine stationnaire; et réadaptation pulmonaire et cardiovasculaire qui sont aujourd'hui essentiellement proposées en ambulatoire. Chacune d'entre elles sera offerte au sein de l'HNE, à terme au sein d'une structure dédiée et fonctionnant grâce à la présence de spécialistes compétents.

Cette progressive spécialisation par filières, à laquelle nous travaillons, apporte son lot de défis organisationnels et financiers, mais elle constitue surtout un avantage considérable en matière de prise en charge. Tous les patients hospitalisés en soins aigus ne peuvent pas rentrer chez eux directement. Certains d'entre eux nécessitent encore quelques jours de suites de traitements médicaux, infirmiers et thérapeutiques, avant de pouvoir quitter l'hôpital. Offrir ces soins dans les meilleures conditions possibles est de notre responsabilité.

La réadaptation, en tant que prestation spécialisée, va progressivement prendre une place prépondérante dans le paysage hospitalier. Les épisodes de soins aigus deviennent de plus en plus brefs. Les patients ayant subi des interventions ou traitements plus lourds, ou dont la santé est plus fragile, doivent pouvoir compter sur une suite de traitement stationnaire de qualité. L'hôpital de réadaptation et de suites de traitement est le lieu qui regroupera les compétences, de sorte à offrir la meilleure prise en charge possible aux patients pour la fin de leur séjour en milieu hospitalier.

Je remercie toutes celles et ceux qui contribuent aujourd'hui déjà à faire en sorte que le séjour hospitalier de nos patients soit une expérience positive. Et je remercie également les patientes et les patients neuchâtelais qui nous font confiance, et qui par leur présence dans nos murs donnent le sens premier à notre activité: être au service de tous, en tout temps.

IMPRESSUM |

UNE PUBLICATION DE
L'HÔPITAL NEUCHATELOIS
Muriel Desaulles,
Secrétaire générale

Pierre-Emmanuel Buss
Chargé de communication

GRAPHISME
additive, Aline Jeanneret,
Saint-Blaise

PHOTOGRAPHE
Guillaume Perret
Comondrèche

TIRAGE 4000 exemplaires

IMPRESSION
Europ'Imprim Swiss,
Bevaix

ABONNEMENTS
hne.mag@h-ne.ch

Les nouveaux visages de l'Hôpital neuchâtelois

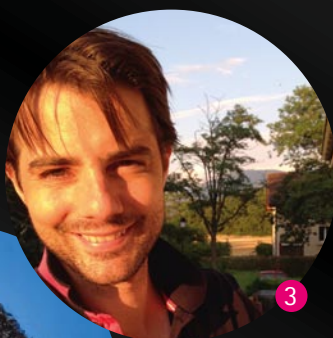


FABRICE SENN
#1

La direction logistique a accueilli début avril M. Fabrice Senn, en tant que chef du service technique exploitation et maintenance.

DRESSE MONICA LEVY
#2

Le 1^{er} avril est entrée en fonction la Dresse Monica Levy, spécialiste en médecine interne, en tant que médecin adjointe dans le service de médecine de La Chaux-de-Fonds.



DR GUILLAUME RACLOZ
#3

Le service d'orthopédie de l'HNE élargit sa palette de prestations avec l'arrivée le 1^{er} juin 2016 du Dr Guillaume Racloz, chirurgien orthopédiste spécialiste du rachis.

DRESSE CHRISTINE KALLAY ZETCHI
#4

La Dresse Christine Kallay Zetchi, spécialiste en pédiatrie et neuropédiatrie, a débuté son activité à l'HNE en janvier 2016.



DR SANDRO CANTONI
#6

Le Dr Sandro Cantoni, pédiatre avec une formation en diabétologie, diplômé de la faculté de médecine de Parme, rejoindra l'HNE le 1^{er} juin 2016. Son engagement permettra le renforcement des compétences médicales dévolues à la polyclinique pédiatrique des Montagnes, qui prendra place en Ville de La Chaux-de-Fonds dès cet été. Cette nouvelle structure fonctionnera en collaboration avec des pédiatres de ville. Elle assure une pérennisation de l'offre pédiatrique dans les Montagnes dans l'attente de la construction du futur Centre de réadaptation des Montagnes et de son centre ambulatoire, dans lequel une polyclinique pédiatrique est prévue.

DRESSE DAPHNÉ DU PASQUIER
#5

La Dresse Daphné Du Pasquier, médecin interniste et pneumologue FMH, a pris ses fonctions de médecin adjoint dans le service de pneumologie le 1^{er} février 2016.



LE TEMPS

Des forfaits pour l'ambulatoire?

La FMH, l'association faîtière des hôpitaux H+, les assureurs accidents et une partie des caisses maladie placent sur une révision de TarMed, le système de tarification du domaine ambulatoire. SantéSuisse et des médecins spécialistes lancent une contre-proposition: passer pour certaines opérations à un système de facturation au forfait. L'enjeu financier est d'envergure: la facture des soins ambulatoires s'élève à presque 11 milliards de francs par année.

«Avec la révision en cours, nous craignons une augmentation des prestations, donc des coûts de la santé et des primes. La facturation liée au temps passé à pratiquer une opération pénalise les médecins efficaces», estime Verena Nold, la directrice de SantéSuisse. Elle propose que certains spécialistes (ophtalmologues, cardiologues, orthopédistes) passent à un système de facturation au forfait, comme dans le domaine stationnaire.

La directrice de SantéSuisse admet que les opérations ne se déroulent pas toutes aussi facilement; pour prendre en compte les imprévus et les difficultés, un tarif différencié selon trois niveaux est envisagé. Elle reconnaît que la facturation au forfait «n'est pas possible dans toutes les spécialités ni tous les cas».

- Le Temps, le 19 avril 2016

Le Monde

Le nombre de maternités divisé par trois

La France a connu une baisse constante du nombre de maternités ces quarante dernières années. En 1972, le décret Dietrich a entraîné la fermeture des maternités tenues par des sages-femmes. Un nombre de quinze lits minimum a ensuite été imposé avant la prise de mesures plus strictes, en 1998, avec une classification selon le degré de technicité qui a imposé des regroupements. Sur les 40 dernières années, le nombre de maternités a presque été divisé par trois, passant de 1400 à 500. Parmi elles, seules 50 réalisent moins de 500 accouchements par an.

Le développement de maternités plus grandes, dotées d'anesthésistes et de matériel plus sophistiqué s'est accompagné d'une hausse des actes médicaux. La péridurale est devenue la norme (moins de 4% de péridurale dans les années 1980 à 76% en 2012). Le nombre de césariennes a doublé en trente ans, tout comme le nombre de déclenchements par injections d'hormones ou des actions mécaniques sur le col de l'utérus.

- Le Monde, le 1^{er} avril 2016

LE COURRIER

Une pénurie de médecins en Suisse, vraiment?

Combien de personnes cherchent un «bon» généraliste et peinent à avoir un rendez-vous tant les médecins installés sont déjà surchargés et refusent de nouveaux patients (au moins hors des grands centres urbains)? Sans parler de ces services hospitaliers qui peinent à compléter tous leurs postes de médecins-assistants.

Le Conseil fédéral, interpellé à plusieurs reprises au Parlement à ce sujet, a répondu en décidant récemment de mettre en oeuvre un programme doté de 100 millions de francs dans le but d'augmenter, ces prochaines années, le nombre de médecins formés à environ 1300 par an, au lieu des 1000 à 1100 actuels. C'est ce nombre qui garantirait une population médicale stable, assurant l'entier des consultations pratiquées chaque année, en tenant compte des évolutions – comme le vieillissement de la population ou la féminisation de la profession.

Ceci dit, quand on analyse de plus près ces chiffres, on se rend assez vite compte que c'est surtout la Suisse alémanique qui, actuellement, forme trop peu de médecins. La Suisse romande, grâce à une politique volontariste des deux cantons universitaires (Genève et Lausanne), délivre déjà largement son quota de diplômés de médecine (soit le 25% de 1300), avec quelque 370 nouveaux diplômés chaque année. C'est dire que le manque de médecins ressenti par la population est, plus qu'un problème de pénurie, celui d'une mauvaise répartition des médecins formés, à la fois dans les différentes spécialités médicales et d'un point de vue géographique. Toutes les études montrent qu'il faudrait idéalement 6 médecins de premiers recours pour 4 spécialistes, or on est loin du compte en Suisse. Genève compte même 72% de spécialistes pour seulement 28% de généralistes!

La levée du moratoire sur les nouveaux cabinets – et donc l'impossibilité d'exercer un contrôle politique dirigé sur les besoins de la population – ne ferait qu'augmenter le nombre de spécialistes installés en ville. Elle ne répondra pas à la carence de médecins de premiers recours; d'autant plus dans les zones rurales ou semi-urbaines, comme on a pu l'observer entre janvier 2012 et juin 2013, après un abandon du gel de nouveaux cabinets.

Tout nous dit qu'il faut donc former davantage de médecins de premiers recours. Car, dans la jungle des spécialistes – nécessaires pour des interventions ponctuelles –, les patients ont besoin d'un médecin qui puisse à la fois être garant d'un suivi longitudinal, d'une perspective holistique de chaque individu, mais aussi coordonner des soins complexes et être un référent de confiance inséré dans la communauté. (...)

Mais pourrions-nous vraiment prendre ce chemin? Il faut pour cela que les autorités politiques puissent reprendre leur rôle de planification afin de permettre à tous un accès équitable à des soins de qualité. Il faudrait probablement que les médecins acceptent qu'ils n'exercent pas une profession libérale mais qui repose sur un financement socialisé et remplit un rôle d'utilité publique. Par conséquent, au terme des études de médecine, le libre-choix de la spécialité et du lieu de l'installation en pratique privée devraient – tout comme pour les enseignants – être soumis à des clauses liées aux besoins de la population. (...)

C'est dans la concertation entre tous les acteurs que l'on arrivera peut-être à affiner un modèle de soins optimal: hélas, les discussions dans nos parlements sont dominées par des lobbies très forts laissant augurer que, dans les années à venir, le problème de la formation et de l'installation des nouveaux médecins ne va pas s'arranger et que les 100 millions de francs promis par le Conseil fédéral ne permettront pas de résoudre ladite «pénurie» de médecins.

Bernard Borel, pédiatre FMH, président de Médecins du Monde Suisse.

- Le Courrier, le 10 mars 2016

DOSSIER |

La réadaptation, au cœur de l'hôpital de demain

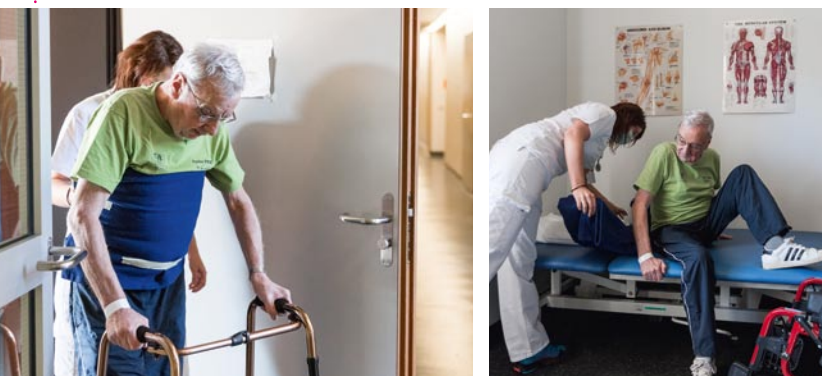
06

/ page /



MÉDECINE

La prise en charge des AVC et des autres pathologies dont la prévalence augmente avec l'âge se déroule en grande partie dans des Centres de traitement et de réadaptation (CTR). L'entrée en vigueur d'un nouveau système de financement, en 2018, imposera une organisation par filières spécialisées. L'HNE se prépare à cette révolution



Depuis quelques jours, Charles Maurer parvient à marcher seul. Avec un déambulateur, mais seul. C'est un progrès important pour le septuagénaire arrivé il y a un mois sur le site de Landeyeux après un accident vasculaire cérébral (AVC) et une prise en charge en urgence sur le site de Pourtalès. «C'est arrivé pendant la nuit, vers 5h du matin, raconte l'ancien administrateur communal de Villiers et du Pâquier. Je me suis réveillé, je n'avais plus de force, plus d'équilibre. J'ai très vite réalisé ce qui m'arrivait. Mon épouse aussi. Elle a téléphoné au 144 et j'ai été pris en charge très rapidement. Un élément déterminant dans ce genre de cas.»

Dans sa chambre illuminée de soleil, Charles Maurer mesure le chemin parcouru. «Au début je n'arrivais même pas à me lever. Ma situation s'est améliorée progressivement. Heureusement, je n'ai pas de déficit de mémoire. En revanche, je dois retrouver de la mobilité sur la partie gauche du corps. Cela va encore prendre du temps, mais les choses avancent. J'ai déjà pu passer deux week-ends chez ma fille qui a un logement de plain-pied. C'est encore trop tôt pour rentrer chez moi – il y a des escaliers sans main courante. Je dois retravailler les gestes de tous les jours afin de retrouver un maximum d'indépendance.»

Dans ce long chemin, le Vaudruzien est suivi par plusieurs professionnels, avec trois séances de réadaptation par jour. Ce matin là, Céline Métrailler, ergothérapeute, passe le chercher sur le coup de 10 heures pour une séance d'une demi-heure. «On adapte la prise en charge au cas par cas, selon les séquelles de l'AVC, explique la soignante. Une fois que le patient sort de son lit de manière indépendante, on passe à des exercices ciblés.»

Pour travailler la mobilité de son bras gauche, Céline Métrailler propose à Charles Maurer de mettre des bâtons de bois dans les trous d'un grand jeu de Solitaire installé sur ses genoux. Un exercice pas évident pour le patient. «On travaille le bras, mais aussi l'équilibre

« On a longtemps fait de la réadaptation générale, avec un seul médecin qui prenait en charge tous les cas »

du tronc, précise l'ergothérapeute. Monsieur Maurer a encore des hésitations dans sa gestuelle, mais il a fait beaucoup de progrès. » Au point de pouvoir rejouer un jour au tennis de table, l'une de ses grandes passions? Le patient hoche de la tête. «Oulà, j'espère. Mais c'est un objectif à très long terme. Je n'y pense pas encore.»

Le cas de Charles Maurer illustre le grand défi des centres de traitement et de réadaptation (CTR): permettre aux patients qui ont vécu un épisode aigu de retrouver une autonomie et une indépendance aussi grande que possible grâce à une rééducation ciblée. La question se pose avec une acuité toute particulière pour les personnes de plus de 70 ans, une population en augmentation constante. Les hôpitaux, mais aussi le secteur ambulatoire et les soins à domicile, doivent repenser leur organisation pour faire face à «ce tsunami gris», selon l'expression de la Dresse Yolanda Espolio Desbaillet, cheffe du département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs (DGRSP) de l'HNE.

Malgré cette évolution, la réadaptation reste mal vue et peu connue du grand public. Une situation qui doit beaucoup à la profonde transformation qu'a connue la médecine ces 15 dernières années, et pas seulement pour les soins aigus. «On a longtemps fait de la réadaptation générale, avec un seul médecin qui



Vers un nouveau système de financement

Le futur système tarifaire entrera en vigueur en 2018.
Comme pour les Swiss-DRG, le remboursement des prestations
se fera sur une base forfaitaire

Dès 2018, si tout se passe comme prévu, les soins de réadaptation stationnaires disposeront d'un nouveau système de financement inspiré des Swiss-DRG pour les soins aigus. Baptisé ST-Reha, le futur système tarifaire demandé par le Conseil fédéral définira des forfaits journaliers échelonnés en fonction du degré de la limitation fonctionnelle du patient et des prestations effectuées.

Le remboursement des prestations par les assurances-maladies impliquera une organisation par filières avec des critè-

res d'admission et des programmes de traitement bien définis. Dans son projet institutionnel repris par le Conseil d'État, l'HNE prévoit de concentrer toute son activité de réadaptation et de suites de traitement sur un seul site à construire dans les Montagnes (lire en page 10). Il accueillera quatre filières stationnaires reconnues par ST-Reha. L'HNE offre également des prestations de réadaptation cardiovasculaire et pneumologique, mais uniquement en ambulatoire.

Réadaptation musculosquelettique

La réadaptation musculosquelettique

est destinée aux patients atteints de maladies des articulations ou de la colonne vertébrale, de troubles rhumatologiques inflammatoires, comme la polyarthrite, d'une perte des fonctions de l'appareil locomoteur suite à un accident, une amputation, une opération orthopédique des hanches ou des genoux, ainsi qu'en cas de syndromes algiques chroniques complexes.

Réadaptation neurologique

La réadaptation neurologique est destinée aux personnes atteintes de troubles neurologiques comme un accident



vasculaire cérébral, une hémorragie cérébrale, un traumatisme crânien de tous degrés de gravité. Cela comprend aussi les patients qui souffrent de sclérose multiple, de la maladie de Parkinson, d'atteinte des nerfs périphériques telles que les polyneuropathies, le syndrome de Guillain Barré, d'hernie discale avec compression de la racine, et bien d'autres encore.

Réadaptation gériatrique

La réadaptation gériatrique est destinée aux patients âgés en général de plus de 75 ans. Leur particularité est d'être atteint de plusieurs pathologies concomitantes, d'être fragiles en raison de leur âge (diminution de l'état physique non imputable directement à une maladie précise, avec affaiblissement des fonctions cognitives, des muscles, une résistance physique moindre, une mobilité ralentie et une fatigabilité accrue). Surtout, ils présentent un ou plusieurs syndromes

gériatriques (troubles de la motricité, risque de chute, démence, dépression, troubles alimentaires, incontinence urinaire, difficultés à voir et à entendre, problèmes de communication et états algiques chroniques).

Filière médecine interne et oncologie

La réadaptation en médecine interne et la réadaptation oncologique sont des méthodes médicales de réadaptation destinées aux patients atteints de troubles fonctionnels et de limitation de leur participation. Ces troubles résultent d'un grand nombre de tableaux cliniques propres à la médecine interne ou oncologique/hématologique, de comorbidités ou de séquelles de traitements, en particulier d'interventions chirurgicales ou de chimiothérapies. Ils nécessitent une approche réadaptative coordonnée et pluridisciplinaire sous direction et surveillance médicale.

prenait en charge tous les cas, précise Yolanda Espolio Desbaillet. Peu à peu, avec le développement des sous-spécialisations, les médecins sont devenus plus pointus dans des domaines précis, avec des connaissances de plus en plus spécifiques.»

« Avec trois sites de réadaptation de 30 lits, on ne peut pas assurer une prise en charge satisfaisante de tous les cas »

Cette tendance lourde a incité le Conseil fédéral à proposer de créer des filières spécifiques et d'introduire un nouveau système de financement sur le modèle des forfaits par cas à l'horizon 2018 (lire l'encadré des pages 8 et 9). La prise en charge d'une personne âgée (réadaptation gériatrique) diffère en effet de la prise en charge d'un patient qui a subi un AVC.

Si le traitement des accidents vasculaires-cérébraux a considérablement évolué ces 20 dernières années,

il n'est pas le seul. La gériatrie a elle aussi connu un processus de spécialisation. «A la fin des années 1990, il y avait des traitements standards pour les personnes âgées, détaille la doctoresse Espolio Desbaillet. Cela a beaucoup changé, notamment avec la création d'une sous-spécialisation «gériatrie» en médecine interne générale. C'est relativement récent: le premier examen de spécialiste en gériatrie remonte à 2004 seulement.»

La spécialisation implique une prise en charge pluridisciplinaire. Elle est facilitée par la concentration des activités, comme le souligne Yolanda Espolio Desbaillet: «Avec trois sites de réadaptation de 30 lits, on ne peut pas assurer une prise en charge satisfaisante de tous les cas. Sur le site de Couvet, par exemple, la moitié des patients répondent aux missions de gériatrie. L'autre moitié est là car ils sont domiciliés au Val-de-Travers. Ce n'est pas idéal pour la prise en charge des patients ni pour le recrutement des médecins.»

La Dresse Espolio Desbaillet donne l'exemple de la prise en charge d'un patient âgé hospitalisé suite à une chute.

Un nouvel hôpital dans les Montagnes

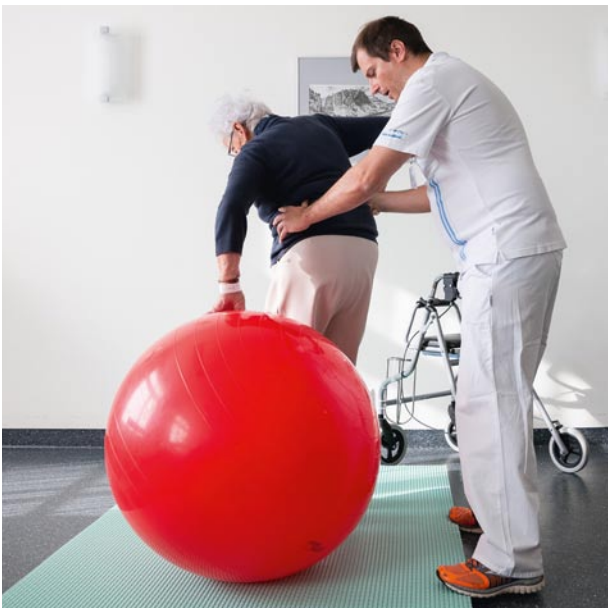
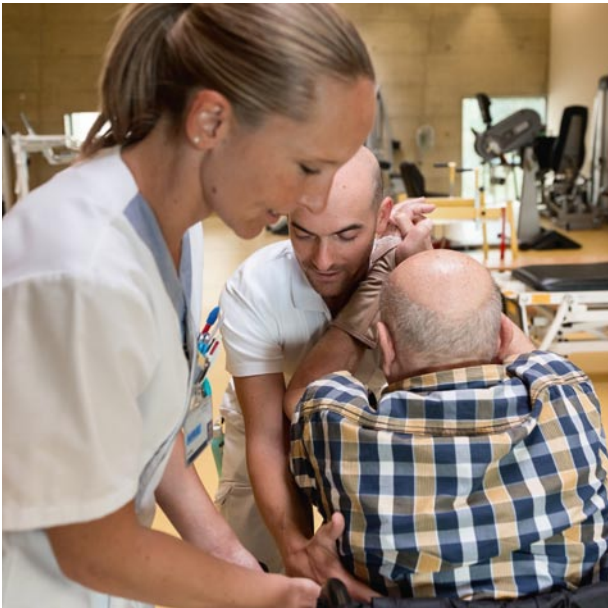
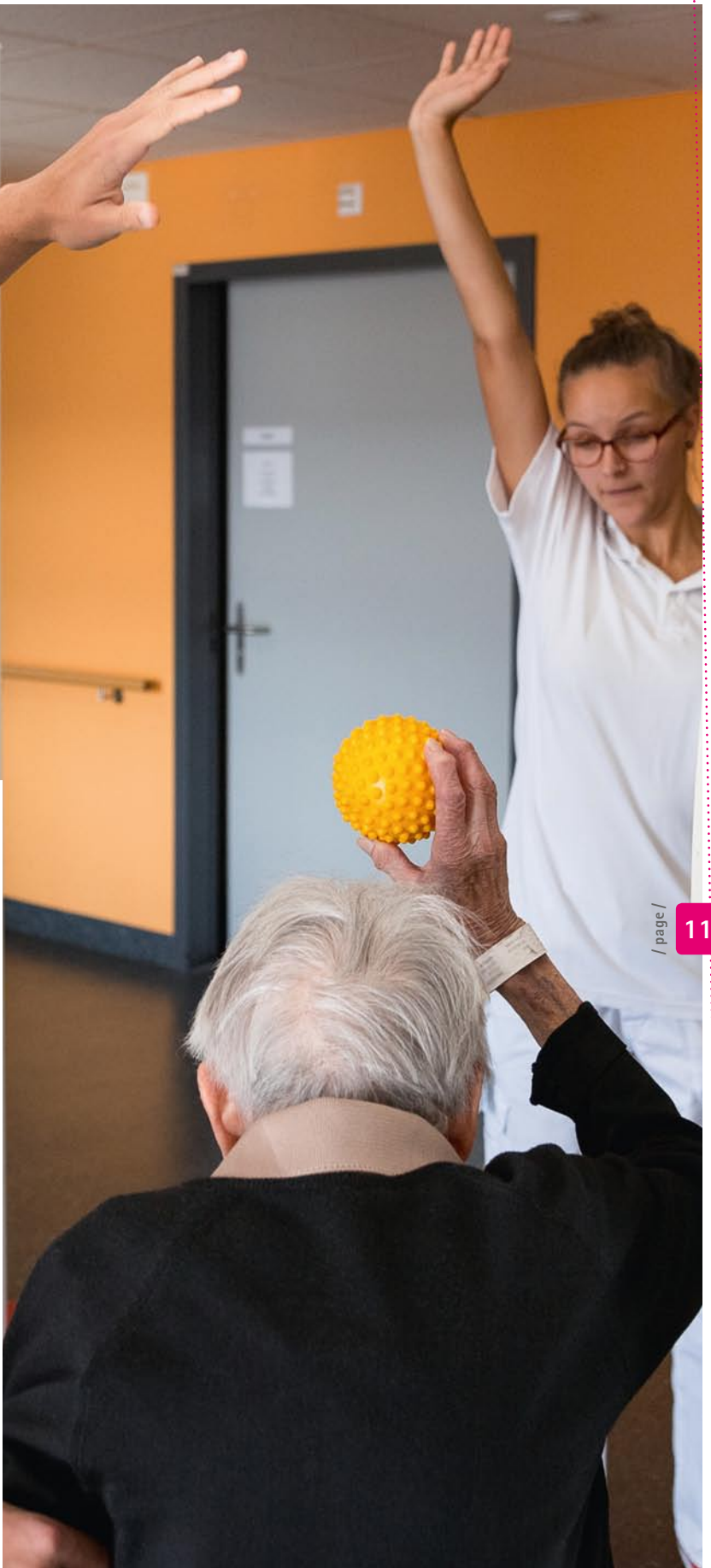
Le Conseil d'État a repris à son compte le projet de CTR unique. Le Grand Conseil puis le peuple doivent encore le valider

Un nouvel hôpital de 214 lits, dont 179 pour l'HNE et 35 pour le Centre neuchâtois de psychiatrie (CNP), à construire sur une parcelle à définir dans les Montagnes neuchâteloises. C'est le projet phare du plan stratégique de l'HNE repris à son compte mi-avril dans l'avant-projet du Conseil d'État. Devisé à 175 millions de francs, y compris 26 millions pour la psychiatrie, il devrait voir le jour à l'horizon 2022 sous réserve de l'approbation du Grand Conseil puis du peuple neuchâtelois.

Pour Pauline de Vos Bolay, présidente du conseil d'administration de l'HNE, le

regroupement de l'activité de réadaptation et de suite de traitement dans un seul CRT constitue une nécessité. «Ce serait une première en Suisse romande. A l'exception du bâtiment de la Suva pour les accidentés à Sion, il n'y a pas d'hôpital unique qui offrirait 200 lits de réadaptation. Ceci alors que la demande devient de plus en plus importante avec le vieillissement démographique en Suisse, et en particulier à Neuchâtel. Dans ce contexte, la prise en charge des maladies chroniques, les suites de traitement et la réadaptation seront l'avenir des hôpitaux.»

Le nouvel hôpital comprendra une aile avec un service d'urgences ouverts 24 heures sur 24 365 jours par année, un centre ambulatoire avec des consultations spécialisées (médecine, chirurgie, orthopédie, ORL, urologie, gynéco-obstétrique) et une polyclinique pédiatrique. Il disposera également d'un plateau technique diagnostique (radiologie, IRM, scanner) et d'une unité de lits d'observation de courte durée permettant d'accueillir les patients qui requièrent une surveillance (par exemple pour des problèmes respiratoires ou en cas d'épidémie de grippe).

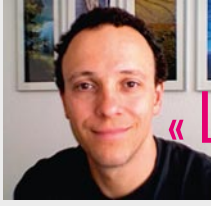


« Il aura bien sûr besoin de physio et d'ergothérapie pour retrouver sa mobilité. Mais il a peut-être aussi une maladie de Parkinson, ce qui nécessite un suivi neurologique. Ou de l'ostéoporose, ce qui implique une prise en charge par un rhumatologue. Ces compétences réunies n'existent pas aujourd'hui sous le même toit. » Comme tous ses collègues du DGRSP, Yolanda Espolio Desbaillet soutient le projet stratégique de l'HNE soumis à l'approbation de l'autorité politique. Il prévoit de regrouper toute la réadaptation sur un seul CTR à construire dans les Montagnes. « Il en va de la pérennité des prestations de réadaptation dans le canton », avertit-elle.

Le regroupement de la réadaptation cantonale sur un seul site permettrait aussi d'utiliser le personnel médico-soignant de manière plus rationnelle. La permanence 24h sur 24h sur trois sites impose de maintenir trois piquets nocturnes composés à chaque fois d'un médecin assistant et d'un médecin cadre. « C'est un énorme gâchis en terme de ressources, estime la cheffe du DGRSP. Cela complique l'obligation de respecter la loi sur le travail et le plafond de 50 heures par semaine.

La réorganisation et la spécialisation de la réadaptation constituent une priorité pour l'HNE, mais aussi pour les autres hôpitaux suisses. Avec une population de plus





« La réunion des forces permettra d'améliorer la prise en charge »

Le Dr Joël Rillot est coprésident de Médecin de famille Neuchâtel et coordinateur du cursus neuchâtelois de médecin de famille. Il souligne que le regroupement de la réadaptation sur un seul site constituerait un plus pour la formation

HNE Magazine: La concentration de la réadaptation sur un seul toit permettrait-elle de rendre l'HNE plus attractif pour la relève médico-soignante?

Joël Rillot: Le regroupement sous un seul toit permettrait de limiter la charge de travail des médecins et des soignants et donc d'améliorer l'attractivité. Aujourd'hui, pendant la nuit, il faut des piquets et des gardes médico-soignants pour chacun des trois CTR. Ce n'est pas rationnel. La réunion de toutes les compétences sur un seul site permettrait également d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire des patients, ce qui est indispensable pour la réadaptation. Cela faciliterait aussi le respect de la loi fédérale sur le travail (LTr), ce qui est beaucoup plus difficile avec des structures éclatées.

Quel profil de médecins pourrait-on former dans un hôpital de réadaptation de 179 lits?

Un tel site aurait l'accréditation de la FMH pour former des médecins gériatres et des généralistes, ce qui n'était pas le cas de du site de Couvet, par exemple. Avec 179 lits, on aurait aussi la taille critique pour engager des gens avec des compétences spécifiques. Cela permet d'élargir et de spécialiser la palette de prise en charge au niveau médical. Ce serait aussi vrai pour le personnel soignant, que ce soit les infirmières, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les assistantes sociales, les infirmières de liaison, les psychiatres de liaison, etc. S'il est formé dans un tel centre de référence, un médecin s'installera plus volontiers à proximité. Il aura tout ce réseau qu'il connaît très bien sous la

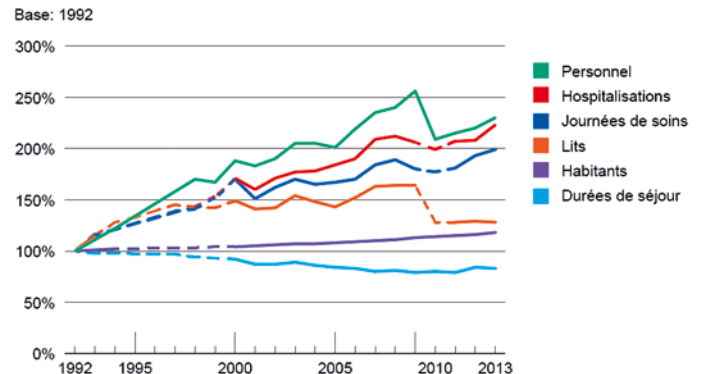
main pour la prise en charge complexe des patients gériatriques. C'est un gros plus. Personnellement, j'ai dû construire mon réseau moi-même. Cela m'a pris du temps.

La création d'un CRT cantonal peut-il faciliter l'installation des médecins généralistes dans les Montagnes?

Ce serait une jolie pompe. Encore faut-il trouver l'eau pour la faire fonctionner. Le problème principal, c'est la pénurie de médecins de premiers recours au niveau national. Comme l'a souligné une récente étude de l'association Médecins de famille et de l'enfance Suisse, plus de 2000 nouveaux praticiens à temps plein seront nécessaires d'ici à 2020 rien que pour compenser les départs à la retraite. Ce chiffre dépassera même 4000 personnes en 2025.

en plus fragile et polymorbide, la discipline va prendre une importance croissante dans le domaine hospitalier, en stationnaire ou en ambulatoire. L'évolution démographique ne laisse planer aucun doute à ce sujet: en 2060, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus atteindra 28%, contre 6,9% en 2010. Cette hausse entraînera une augmentation mécanique du nombre d'hospitalisations: les statistiques montrent que le risque d'AVC est trois fois plus élevé à 75 ans qu'à 65 ans. ■

Les grandes tendances dans la réadaptation en Suisse



Source: OFS

--- Données peu fiables; les indications relatives aux années 1994 à 2000 se fondent sur des estimations | © H+

Mindfulness: la bonne méthode pour gérer son stress?

Le programme de formation continue interne s'enrichit de formations « développement personnel ». Dans un environnement en pleine mutation, le stress au travail est un sujet d'actualité

Le SFOR a à cœur de proposer des stratégies pour favoriser le bien-être au travail. Cette année, nous avons mis l'accent sur la méditation de la Pleine Conscience. Elle fait partie de la panoplie des outils pour mieux gérer son stress au travail. Grâce à la fondation Elser, nous avons pu mettre en œuvre une offre de formation avec un prestataire externe.

Plusieurs échelles existent pour mesurer son stress. Nous vous proposons deux modèles qui ont fait leurs preuves et que vous trouvez sur Internet:

- L'échelle de mesure du stress perçu:
Perceived stress scale (PSS)
- L'échelle de mesure du stress professionnel:
le questionnaire de Karasek

Nous vous encourageons à consulter le programme de formation continue interne et à vous inscrire nombreux.



Pour toute demande:
hne.formation@h-ne.ch
tél. 032 713 30 15



La Fondation Elser

Elle a été fondée en 1965, selon les dernières volontés d'Arthur Elser (1879-1965), qui lui a légué sa fortune. Il a émis le souhait qu'une partie des revenus soit destinée à offrir des séjours de rétablissement aux sœurs infirmières de l'hôpital des Cadolles. Avec le temps, les statuts ont été actualisés. Son but actuel est de mettre à disposition du conseil de fondation, nommé par le conseil communal de Neuchâtel, les revenus des biens de la fondation pour être affectés à des activités de formation d'une institution prodiguant des soins sur le territoire de la commune. Un membre de l'HNE, nommé par la direction générale, siège au conseil de fondation. La fondation Elser nous soutient donc depuis plusieurs années dans des actions de formation.



Le Mindfulness ou la Pleine Conscience, c'est quoi?

Je me suis levé sans la pêche. Il a fallu que je gratte la voiture. J'ai pris du retard. J'arrive juste à l'heure pour la relève du matin. Le téléphone sonne déjà quand j'arrive à mon poste de travail. Tout se bouscule, la somme de boulot qui m'attend, les possibles tensions au travail m'envahissent alors que la journée vient de commencer.

J'ai le choix: je me laisse submerger ou je réagis. Je prends 5 minutes pour une courte méditation avant d'attaquer. Avec l'habitude, je déciderai de me lever un peu plus tôt et ainsi commencer ma journée de manière positive.

La méditation est à l'esprit ce que le sommeil est au corps. Et une bonne nuit de sommeil, ça fait un bien fou, non? Garder la motivation pour méditer régulièrement peut être difficile, mais cela peut aussi devenir une habitude dont chacun peut sentir les bénéfices. Et quelle meilleure récompense après un effort?

Le Mindfulness est une approche concrète qui permet de mettre en place des actions au quotidien. Sa pratique nous invite à faire une pause pour reprendre contact avec nos ressources et avec nous-même. Elle nous invite à rendre plus agréables les moments agréables, et moins désagréables les moments désagréables. Les effets biologiques et psychiques de la Pleine Conscience sont observés dans plusieurs recherches.

On parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre. Les situations stressantes qui s'installent dans la durée ont toujours un coût pour la santé des individus

Pour aller plus loin: le centre de documentation (CDoc)

Le centre de documentation de l'HNE vous propose un dossier documentaire Mindfulness réunissant des articles, documents audio et vidéo ainsi que des références d'ouvrages accessibles en prêt.

Sur Intranet, activez Catalogue CDoc (dans la barre orange) puis sous thème, vous trouverez le dossier Mindfulness. Outre une riche collection de périodiques et bases de données électroniques accessibles en tout temps, le C-Doc vous tient informé des dernières parutions dans votre domaine, vous guide dans vos recherches et offre un service de commande de documents et d'articles.

Nous contacter:
hne.bibliotheque@h-ne.ch
Lucien Guillermin et Anne-Gabrielle Evard

« On parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre »

qui les subissent. Elles ont également des répercussions négatives sur le fonctionnement des entreprises (turnover, journées de travail perdues, perte de qualité de la production, démotivation, etc.). La démarche de prévention collective consiste à réduire les sources de stress dans l'entreprise en agissant directement sur l'organisation, les conditions de travail, les relations sociales. ■

INFERTILITÉ

Un nombre croissant de couples consultent l'Unité d'infertilité de l'HNE

Quand la médecine permet de réaliser son désir d'enfant



16

/ page /

On parle d'infertilité lorsqu'un couple ne parvient pas à concevoir après une année de rapports sexuels réguliers. Les entraves à une grossesse peuvent avoir diverses

« On parle d'infertilité lorsqu'un couple ne parvient pas à concevoir après une année de rapports sexuels réguliers »

causes: 30% sont d'origine masculine, 30% de nature féminine et 40% résultent du cumul d'un problème masculin et féminin. Il n'empêche, bon nombre de troubles provoquant une infécondité peuvent être traités médicalement.

Une unité d'infertilité a été ouverte par le Dr Patrick Chabloz en 2000 à l'hôpital Pourtalès, à Neuchâtel. La plupart des patients qu'elle reçoit – les consultations ont toujours lieu en couple – sont adressés par le gynécologue traitant. Le premier rendez-vous consiste en une discussion approfondie entre le médecin et les conjoints. Il ne débouche que rarement sur un examen médical. C'est à la seconde étape que sera mené un cycle de contrôles: les examens porteront sur les hormones féminines et l'anatomie gynécologie (utérus, ovaires) investiguée par échographie. Le médecin procédera aussi à une, deux ou trois échographies à divers stades du cycle menstruel. Une hystérogographie peut aussi être

En chiffres: **Près de 4 couples sur 10 consultent** pour un désir de grossesse non assouvi. En Suisse, quelque **6200 couples** ont procédé à une fécondation in vitro durant l'année 2013, a calculé l'Office fédéral de la statistique: pour un gros tiers d'entre eux, les traitements ont abouti à une grossesse, donnant lieu à la naissance de **1891 enfants** vivants.

effectuée dans le service de radiologie pour examiner l'intérieur de la cavité utérine et les trompes. Les investigations comprendront une analyse de sperme en interaction avec la glaire cervicale.

Affiner le diagnostic

Une laparoscopie sous anesthésie générale est nécessaire pour 20 à 30% des femmes examinées afin d'affiner le diagnostic ou confirmer une pathologie suspectée, et dans la mesure du possible, opérer si problème il y a. « Dans le traitement de l'infertilité, la laparoscopie de diagnostic est plus fréquente que dans les autres domaines de la chirurgie », explique le Dr Chabloz. Trois autres gestes opératoires peuvent être effectués, à savoir l'hystéroscopie (examen de l'utérus), la chirurgie de l'endométriose (une maladie qui découle de l'implantation de muqueuse utérine dans le péritoine pelvien ou les ovaires notamment) et, plus rarement, les réparations des trompes.

« En un mois, relève le Dr Chabloz, nous aurons fait tous les examens de base et 90% des pathologies pourront être

mises en évidence». A partir de ces investigations, les médecins établiront des propositions de traitement qu'ils soumettront aux couples.

Les traitements remboursés

L'assurance de base (LAMal) prend en charge les examens de fertilité auprès des femmes jusqu'à l'âge de 40 ans - 42 ans pour certaines caisses maladie. Concrètement, les traitements remboursés comprennent la stimulation ovarienne et 3 cycles d'inséminations intra-utérines. Pratiquées lorsque la semence du conjoint est de qualité moyenne, celles-ci consistent à déposer du sperme lavé et trié dans la cavité utérine à l'aide d'un cathéter, au moment de l'ovulation. Si ces cycles donnent lieu à une fausse couche ou une grossesse extra-utérine, l'assurance remet les compteurs à zéro: elle assumera les coûts d'une nouvelle série de trois inséminations. Mais si ces trois cycles ne devaient pas aboutir à une grossesse, les éventuels traitements ultérieurs - dont la fécondation in vitro (lire encadré) - ne seront pas couverts par la LAMal. «Trois cycles, c'est relativement peu... Idéalement, la prise en charge devrait aller jusqu'à six», estime le Dr Chabloz. En Suisse, la prise en charge de la procréation médicalement assistée par l'assurance de base est plus limitée qu'en France, Allemagne ou Belgique notamment. Raison pour laquelle la composante financière peut avoir un impact sur les traitements que choisiront les couples de notre pays.

C'est une tendance sociétale qu'on observe un peu partout en Occident: les femmes de moins de 30 ans sont toujours moins nombreuses à enfanter. L'âge moyen de la maternité en Suisse (indépendamment du nombre d'enfants par femme) était de 31.7 ans en 2014, selon l'Office fédéral de la statistique. Or, la fertilité de la gent féminine décline nettement après 35 ans, ce qui conduit un nombre croissant de couples de 36 ans et plus à consulter pour infertilité. Dans la majorité de cas, le problème est dû à une diminution normale de la fertilité à l'approche de la quarantaine. D'un point de vue biologique, le premier enfant devrait idéalement être conçu avant que la future mère ait atteint 30 ans. ■



Fécondations in vitro en hausse

Membre de l'organisation FIVNAT-CH, l'Unité d'infertilité de l'HNE est agréée pour poser l'indication d'une fécondation in vitro (FIV) et démarrer le traitement, la stimulation hormonale en particulier. Dès l'étape de la récolte des ovocytes (œufs), elle adresse les couples au Centre de procréation médicalement assistée (CPMA) du CHUV, à Lausanne, avec lequel elle travaille en réseau. Ce service est équipé d'un laboratoire spécialisé en andrologie opérationnel sept jours sur sept.

Une fois les ovocytes de la patiente prélevés, ils sont réunis avec les spermatozoïdes dans une éprouvette. Autrement dit, chaque œuf se retrouve en présence de 50'000 spermatozoïdes. La fécondation se déroule sans autre intervention. Le lendemain 1 à 2 zygotes (ovocytes fécondés) sont mis en culture. Les zygotes surnuméraires sont congelés. Deux jours plus tard, ils sont transférés dans l'utérus de la patiente à l'aide d'un cathéter, un geste indolore. Cette technique mise au point par deux médecins britanniques n'a cessé de se développer depuis la naissance du premier «bébé éprouvette» en 1978.

Pour contourner une sévère infertilité d'origine masculine, une variante a vu le jour il y a une vingtaine d'années: la fécondation in vitro ICSI, qui consiste à injecter un spermatozoïde directement dans l'ovocyte.

Le taux de réussite d'une FIV décroît rapidement chez les femmes de plus de 35 ans. L'objectif, en initiant le traitement, est d'obtenir entre 8 et 10 embryons dont deux seront implantés. Or à l'approche de la quarantaine, une patiente aura moins d'ovocytes à féconder, y compris dans le cadre d'une fécondation in vitro. L'âge a aussi un impact sur la qualité des œufs, qui se dégrade avec le temps. La conséquence, c'est un risque plus élevé de malformation génétique – comme la trisomie 21 – pour le fœtus. Cela dit, les fécondations in vitro motivées par une baisse de la fertilité due à l'âge sont en augmentation depuis une dizaine d'années partout en Suisse.

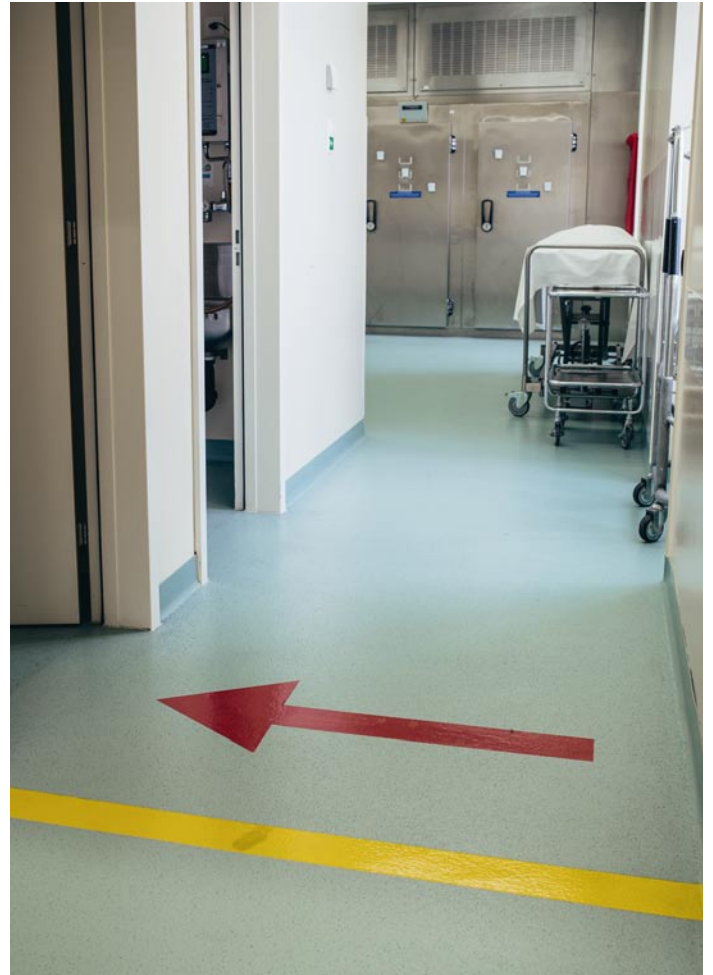
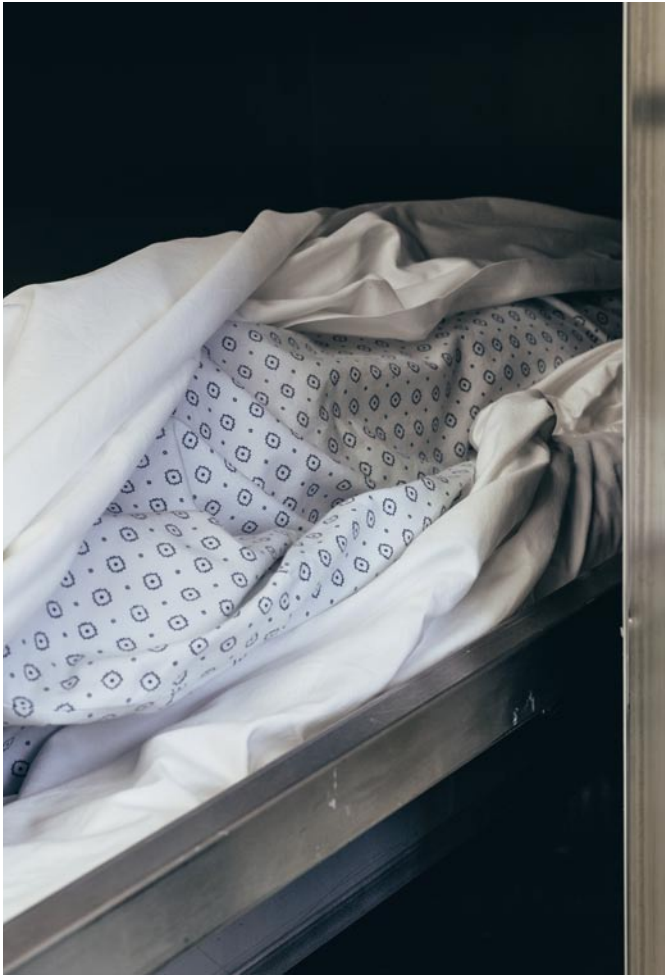
Dans le canton de Neuchâtel, chaque semaine six patientes en moyenne entreprennent une FIV, à leurs frais: en Suisse (contrairement à la France ou l'Allemagne), la fécondation in vitro n'est pas prise en charge par l'assurance de base. Son coût peut atteindre 10'000 CHF.

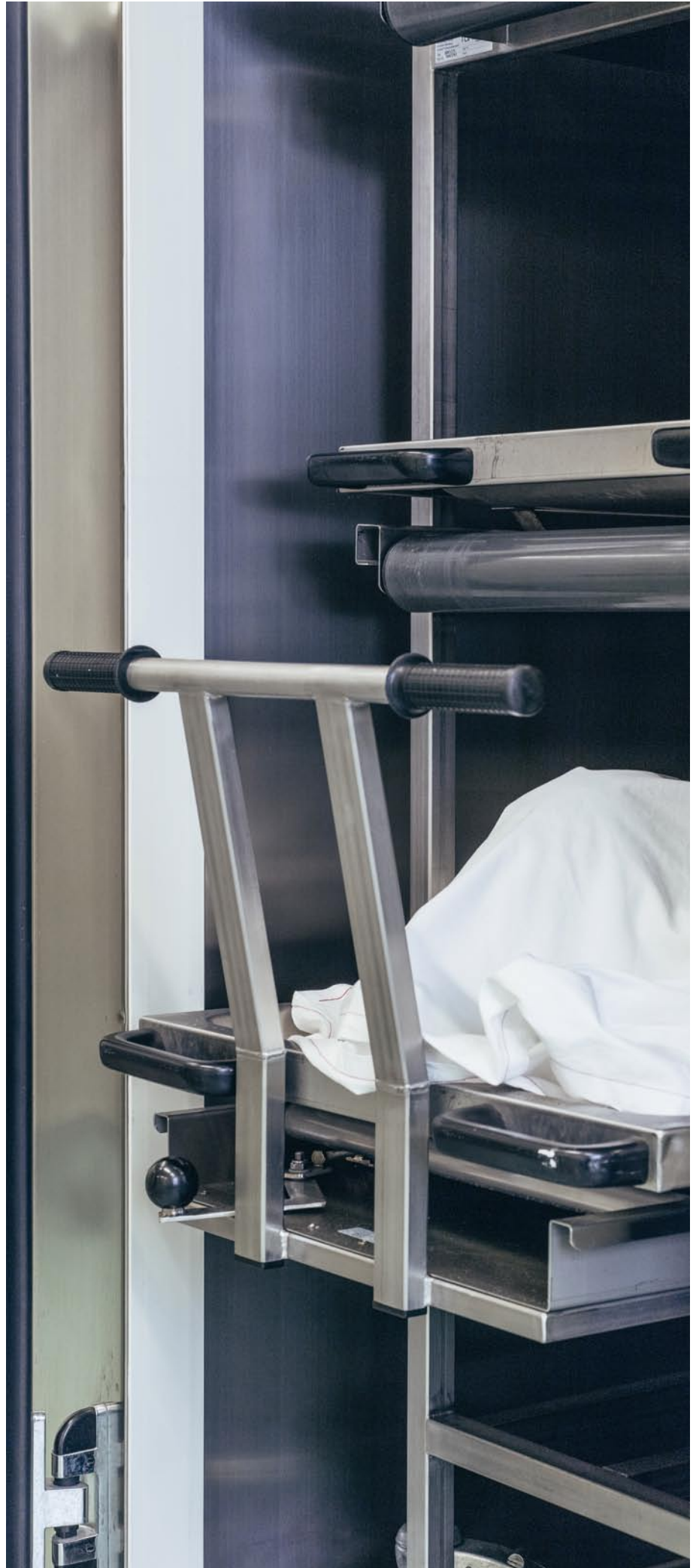
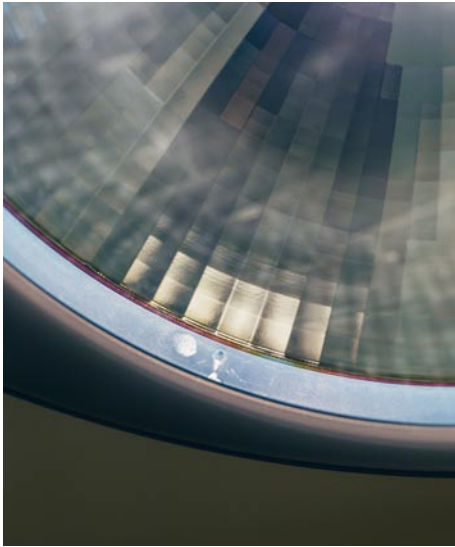
CARTE BLANCHE | par Guillaume Perret, photographe

18

/ page /

La morgue de Pourtalès



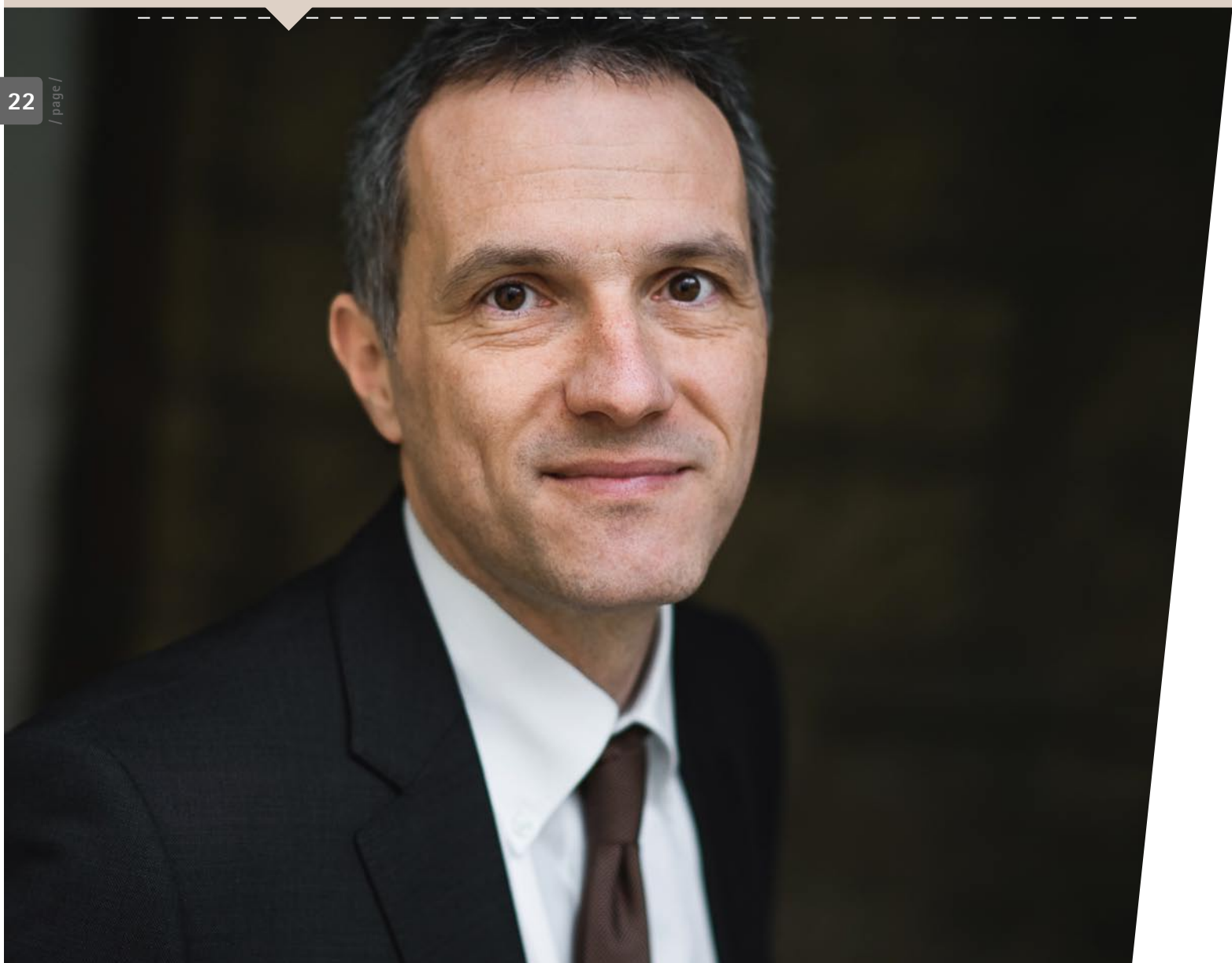




- LAURENT KURTH -

Le chef du Département des finances et de la santé souligne l'importance
du plan de réorganisation spatiale validé par le Conseil d'État

« Il en va de la pérennité de l'Hôpital neuchâtelois »



HNE Magazine: Le plan d'organisation spatiale proposé par le Conseil d'État reprend le plan stratégique de l'HNE. Est-ce une surprise pour vous?

Laurent Kurth: Ce n'est pas ma lecture. Le plan proposé par le Conseil d'État contient des éléments importants qui complètent le projet de l'HNE. Il prévoit en particulier le renforcement des trois policliniques régionales (Neuchâtel, Montagnes et Val-de-Travers) avec du personnel expérimenté et des prestations élargies. Ce ne seront pas des lieux pour faire des pansements, mais des lieux de prise en charge complexe. Le plan du Conseil d'État renforce la collaboration entre l'HNE et le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), avec l'intégration de prestations de psychiatrie sur le site de Pourtalès et sur le site des Montagnes. Nous avons aussi élargi l'analyse: on ne retient plus seulement le regard de l'institution centré sur ses propres besoins, mais aussi sa responsabilité et son impact sur l'organisation territoriale, la mobilité, la démographie et l'économie cantonale et régionale.

Cela donne l'impression aux partisans du maintien de deux sites aigus que tout était joué d'avance...

C'est une remarque attendue. Certains, dans le comité de pilotage, me disaient qu'on allait nous dire «Tout ça pour ça». On peut aussi y lire la confirmation de la compétence des personnes qui dirigent l'HNE. Mais soyons clairs: ce n'est pas du tout la même chose de simplement confirmer le choix d'une institution ou de confronter ce choix à d'autres paramètres, puis arriver à une conclusion proche. Avec le travail que nous avons réalisé depuis 12 mois, le dossier est plus solide. Il devrait convaincre le Grand Conseil, puis le peuple, que la concentration des activités n'est pas un choix, mais une nécessité étayée, mûrement analysée, qui tient compte du contexte national et des évolutions sanitaires.

L'exemple de l'hôpital de Saint-Imier revient sans cesse dans le débat: pourquoi n'est-il pas reproductible à La Chaux-de-Fonds?

Tous d'abord, l'Hôpital du Jura bernois (HJB), dont fait partie St-Imier, n'est pas un hôpital cantonal. Les patients qui ne peuvent pas être traités sur place sont redirigés vers Bienne ou l'Inselspital, tous deux dans le canton de Berne. L'HNE, lui, se trouve au sommet de la pyramide hospitalière cantonale. Comme je l'ai dit, le projet du Conseil d'État prévoit de renforcer les actuelles policliniques. Elles proposeront une grande partie des prestations qui existent à St-Imier et offriront notamment des consultations planifiées ou sans rendez-vous, des urgences (24h sur 24h et avec des lits d'observation dans les villes), un plateau technique diagnostique (IRM, radiologie, scanner, laboratoire) et des traitements ambulatoires.

Après, c'est une question de choix. Avoir deux hôpitaux du type St-Imier dans le canton impliquerait une baisse importante de l'activité, et donc des emplois, et le maintien des risques à moyen terme. Cela entraînerait un affaiblissement du Haut comme du Bas et une augmentation substantielle des hospitalisations hors

canton. C'est un des paradoxes de ce dossier: ceux qui imaginent maintenir des soins aigus de proximité ne peuvent concevoir de faire 20 kilomètres dans le canton mais envisagent d'en faire plus souvent 100 pour se faire soigner hors canton. 20% à 30% de l'activité de l'HNE, financée par les primes et les impôts des neuchâtelois, disparaîtrait ainsi du canton. Avec un hôpital cantonal, on a une taille critique qui permet de conserver des activités plus pointues et des spécialités.

«Avoir deux hôpitaux du type St-Imier dans le canton impliquerait une baisse importante de l'activité et donc des emplois»

Enfin, et c'est un point déterminant, un tel modèle affaiblirait considérablement le rôle formateur de l'HNE. Car là aussi, la question des masses critiques est déterminante. L'HJB a trois fois moins d'employés que l'HNE mais forme six fois moins de médecins. Et comme les médecins s'installent souvent à proximité de leur lieu de formation, on comprend l'enjeu pour le canton de maintenir un hôpital de référence.

Sans concentration des activités, les experts considèrent qu'il y a un risque de disparition de l'HNE. N'est-ce pas trop alarmiste?

Le risque est de ne plus pouvoir disposer d'un hôpital cantonal de référence. Le Conseil d'État défend le maintien d'un hôpital public fort, avec des prestations offertes à tous sans discrimination.

La concentration de l'activité de réadaptation dans un Centre cantonal ne suscite guère l'enthousiasme dans les Montagnes, où il est souvent perçu comme un lot de consolation...

Avec ce projet, le Conseil d'État ne souhaite pas mettre un petit bout d'hôpital ici et là pour satisfaire chacun. Son premier constat, c'est qu'il est indispensable de concentrer les soins aigus et la réadaptation sur des sites spécialisés. Il en va de la pérennité de l'HNE comme hôpital cantonal, de la qualité des soins, de la préservation de centaines d'emplois et de nos capacités à former la relève.

Ces missions cantonales, on aurait pu les mettre au concours entre les régions. Celles-ci se seraient démenées pour obtenir un site et cela aurait permis d'avoir des réactions plus positives. Par cohérence, nous avons préféré ne pas opposer les régions entre elles et assumer nos responsabilités en proposant une organisation fondée sur une analyse sérieuse et solide.

Il faut aussi arrêter de penser qu'un CTR n'est qu'un lieu de repos et de convalescence et n'est pas un hôpital. La réadaptation est une vraie activité médicale, pluridisciplinaire, avec un suivi pointu du patient dans le rétablissement de sa santé et de son autonomie. C'est aussi un lieu où l'on formera des médecins. J'ai récemment visité la clinique de réadaptation de la SUVA à Sion. Elle compte 130 lits et c'est un outil très intéressant et attractif pour les professionnels de

BIO EXPRESS

Né le 19 septembre 1967
Originaire de Rüschelen (BE)

Département des finances et de la santé
Élu le 14 octobre 2012
Parti socialiste

Mandats politiques

2000-2004: conseiller général à La Chaux-de-Fonds
2004-2012: conseiller communal à La Chaux-de-Fonds

Membre du Parti socialiste neuchâtelois, section de
La Chaux-de-Fonds, depuis 1993

Citation

« Le courage, c'est d'aller à l'idéal et de comprendre
le réel. »

Jean Jaurès



la santé. Avec 180 lits (214 avec les activités liés à la psychiatrie), le site des Montagnes neuchâteloises serait pionnier. C'est d'autant plus important qu'un nouveau système de financement va entrer en vigueur pour la réadaptation en 2018 et qu'il faut se préparer à des conséquences comparables à celles découlant de l'introduction des SwissDRG pour les soins aigus.

De manière plus large, la décision du Conseil d'État d'implanter le CTR cantonal dans les Montagnes s'inscrit dans sa volonté de concentrer les plus importantes infrastructures cantonales dans les deux pôles urbains. Il s'agit d'une organisation du territoire cohérente que l'on retrouve dans d'autres dossiers. C'est aussi une façon d'inciter les Villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds à construire l'avenir ensemble. J'espère qu'elles percevront qu'elles seront les seules à conserver des missions hospitalières cantonales et seront des partenaires du Conseil d'État, même si les options présentées ne correspondent pas à la première idée qu'elles se faisaient de ce dossier.

Le projet du Conseil d'État prévoit aussi de désendetter l'HNE afin de lui permettre d'investir: pourquoi cela n'a pas été fait en 2006?

Je ne veux pas jeter la pierre à mes prédécesseurs. En 2006, l'État pouvait décider des montants qu'il allouait aux hôpitaux. Avec le nouveau régime fédéral entré en vigueur en 2012, ce n'est plus le cas. L'État doit désormais rendre des comptes pour les montants qu'il paie au titre de prestations d'intérêt général (PIG) et n'a plus la possibilité de verser des subventions à fonds perdus. La LAMal impose en outre que les hôpitaux financent eux-mêmes leurs investissements. La reprise par l'État d'une partie de la dette de l'HNE permettra

de donner un nouveau départ à l'institution 10 ans après sa création. Je rappelle que cette dette est un fardeau supporté dès la création de l'HNE et n'est pas liée à des déficits d'exploitation: l'HNE a bouclé la majorité de ses exercices avec des bénéfices ou des comptes équilibrés. Par ailleurs, cette dette est déjà indirectement celle de l'État, qui est propriétaire à 100% de l'HNE.

Vous avez organisé plusieurs conférences publiques pour souligner que le système de santé ne se limite pas à l'hôpital. Comment expliquez-vous la difficulté à faire passer ce message?

Cela fait 15 ans que le débat sanitaire cantonal est centré sur la question hospitalière, que ce soit sur le plan politique ou médiatique. En se focalisant sur les hôpitaux, on n'a pas accordé assez d'énergie à d'autres domaines pourtant au moins aussi importants.

Et en parlant sans cesse de l'hôpital, on a depuis 10 ans littéralement aspiré l'énergie du management de l'HNE sur des questions politiques. Quand on ne fait plus que ça, on n'a pas suffisamment de temps à accorder à la conduite interne de l'institution. Au nom du Conseil d'État, j'ai donc demandé à l'HNE de réorienter ses ressources pour évaluer concrètement les prestations qui sont les plus sensibles (l'accueil et le temps d'attente aux «urgences» par exemple), pour développer la qualité de vie au sein de l'institution, pour mieux prendre en compte les préoccupations et les propositions du personnel et l'associer à l'évaluation des prestations et aux évolutions souhaitées. Mais pour cela, il faut que le monde politique accorde une réelle indépendance de gestion à l'HNE.

J'espère sincèrement qu'on arrivera à apaiser le débat. Et c'est dans ce but que nous investissons autant à expliquer les enjeux sanitaires et hospitaliers à la population. ■

0%

27

• **C'est le taux de naissance par césarienne observé à l'HNE en 2015**

Il est sensiblement inférieur au taux suisse, qui est de 32% de manière stable depuis plusieurs années.

Nos voisins présentent des résultats contrastés avec un taux de l'ordre de 21% en France, 31% en Allemagne et 36% en Italie (taux record en Europe). Les pays du nord, comme la Finlande, la Suède et la Norvège se distinguent par des taux très bas, de l'ordre de 15 à 16%.

Si le taux de césarienne aux États-Unis est superposable au taux en Suisse, la Chine et les pays d'Amérique du sud présentent des taux bien supérieurs, de l'ordre de 45% et plus. Le record semble observé en Turquie, avec plus d'une naissance sur deux par césarienne. La proportion de naissances en clinique privée influence le taux de césarienne vers le haut. ■

Souffrant d'une obésité sévère, Gérald Krattinger a été opéré à l'HNE en janvier 2015. **LA POSE D'UN BY-PASS** lui a permis de se stabiliser à 75 kilos et d'appréhender l'avenir avec confiance

« Ma vie est totalement transformée »

« Si c'était à refaire ? Je me lancerais tout de suite ! » Quand il évoque son parcours thérapeutique au long cours, Gérald Krattinger est plein de reconnaissance. Depuis son opération et la pose d'un by-pass, en janvier 2015, la vie de ce vendeur d'équipements de carrosserie a été « totalement transformée ». Pourtant rien n'a été simple. « Trois semaines après l'opération, j'ai ressenti de vives douleurs. J'avais un calcul dans le canal cholédoque. J'ai dû être opéré au CHUV. Puis j'ai eu une septicémie. Je suis resté hospitalisé plusieurs mois, d'abord à Lausanne puis à Pourtalès avec encore une infection pulmonaire. Au total, j'ai perdu 55 kilos. »

Pour Gérald Krattinger, obèse depuis une trentaine d'année, l'opération était devenue la dernière chance de retrouver une vie à peu près normale. « En plus du surpoids, j'avais un gros problème de diabète. J'étais suivi par un rhumatologue pour de l'arthrite. C'est lui qui m'a dit d'aller consulter le Dr Worreth à l'hôpital de La Chaux-de-Fonds. Selon lui, le by-pass était le seul moyen de faire diminuer mon diabète. Je me piquais trois à quatre fois par jour. Je me gavais de médicaments. Ça ne pouvait plus durer comme ça. »

Après un premier rendez-vous avec le chirurgien, en 2013, le Jurassien du Boéchet décide de faire le pas. Mais là non plus, rien ne se passe comme prévu : il fait un infarctus et est opéré du cœur

à Berne. « On m'a posé quatre stents », précise-t-il avec le calme des miraculés. Ce n'est que fin 2014 qu'il relance le processus pour le by-pass. « Avant l'opération, j'ai été suivi de manière pluridisciplinaire. Le dialogue avec le psychiatre, le Dr Saillant, m'a été très utile. C'était des moments de bien-être. J'ai compris beaucoup de choses. »

Gérald Krattinger se rend compte que son lien pathologique avec la nourriture est directement lié à son histoire personnelle. « J'ai une fille qui est malade. Je me suis beaucoup plus occupé d'elle que de moi », précise-t-il pudiquement. A 30 ans, il fait 100 kilos, puis 110, 120 et même 130. « J'ai fait plusieurs régimes. Chaque fois que j'ai perdu 10 kilos, j'en ai repris 15. » Son surpoids le handicape au quotidien. « Cela devenait difficile de faire du ski alpin. Je n'arrivais pas à remonter 10 mètres dans la pente. Aujourd'hui, je remonte 100 mètres sans problème. »

Depuis juillet 2015, Gérald Krattinger s'est stabilisé à 75 kilos. Il n'a plus de diabète et a repris du muscle en faisant du vélo et de la marche. Il s'habitue peu à peu à la discipline que lui impose le by-pass. « Je ne peux plus manger comme avant. Je prends un peu de tout, mais en petites quantités. Si j'exagère, j'ai mal au ventre. Au premier renvoi, il faut impérativement arrêter de manger, sinon vous vomissez. Cela ne m'est arrivé qu'une fois. J'ai compris... »

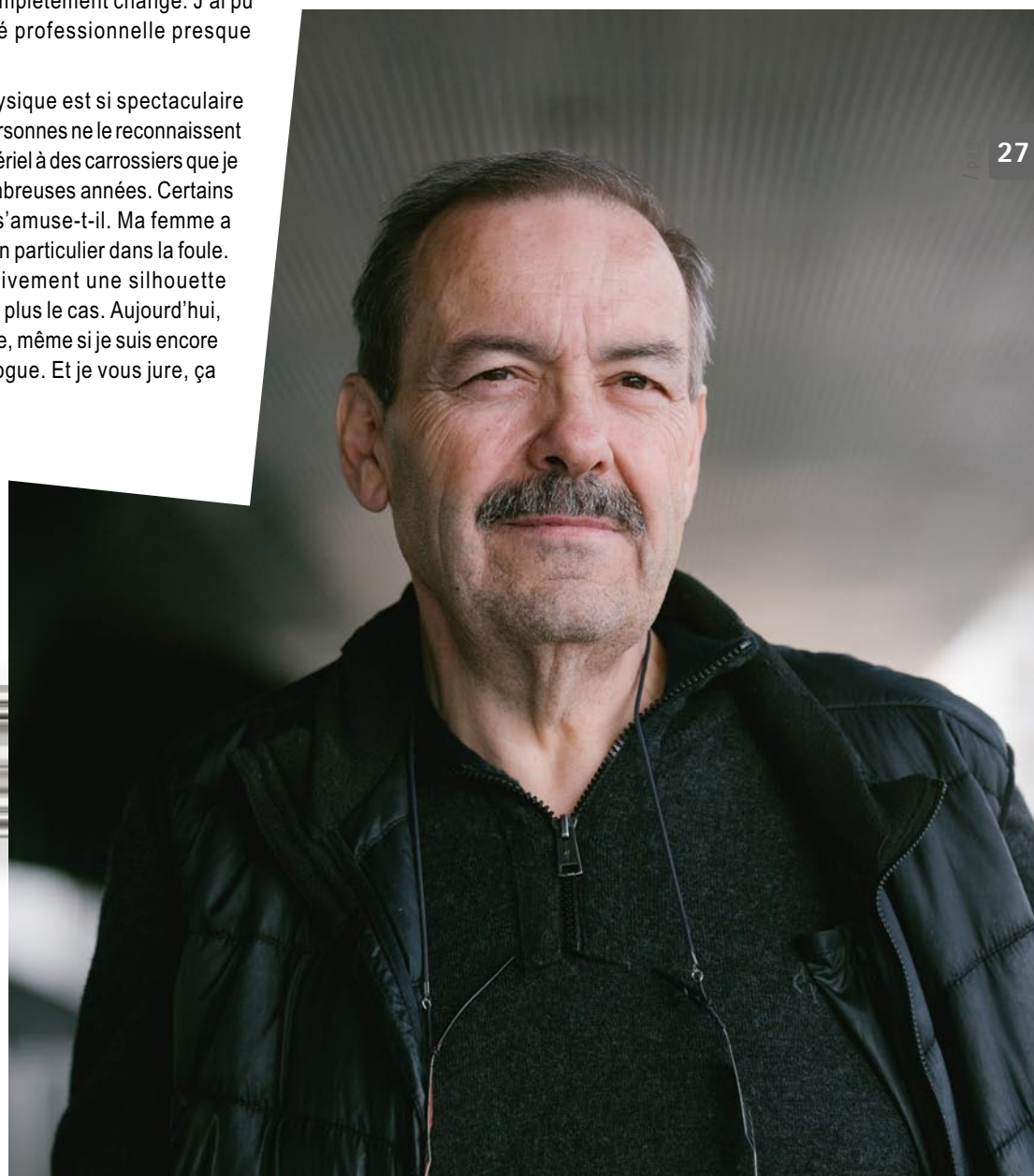
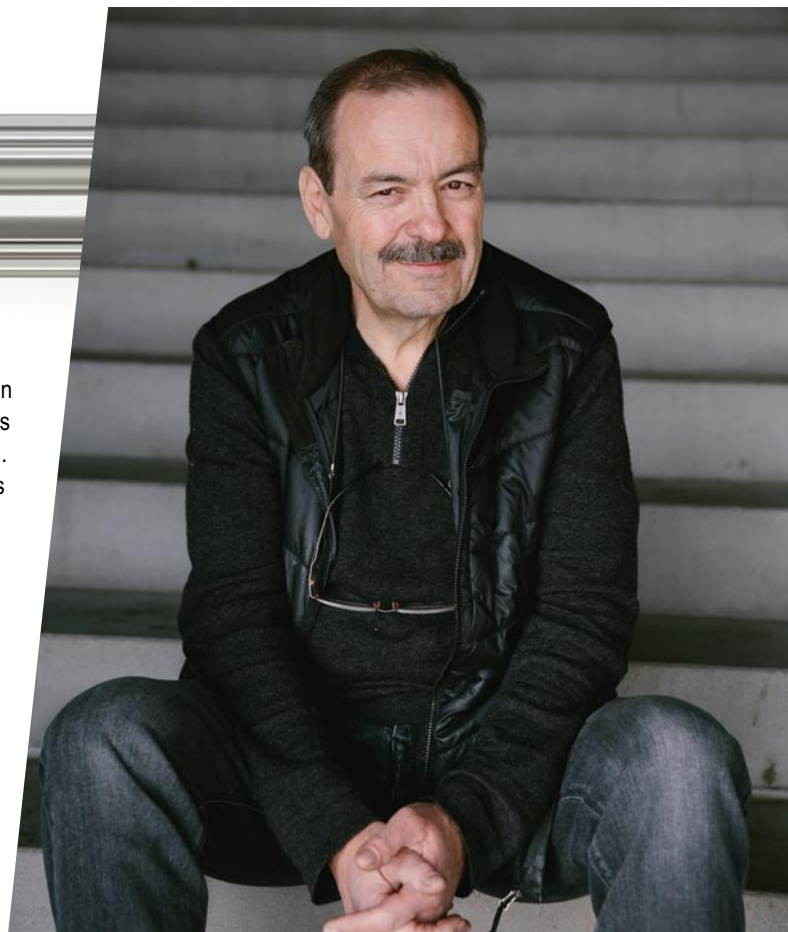


Le quinquagénaire souligne que son quotidien d'ancien obèse n'est pas toujours facile à gérer. «Les envies sont toujours là, notamment en regardant la télévision. J'avais l'habitude de grignoter des chips et d'autres cochonneries.»

« Aujourd'hui, je peux profiter de la vie, même si je suis encore suivi par un rhumatologue. Et je vous jure, ça change tout »

L'enthousiasme de Gérald Krattinger est nourri par des éléments tangibles. «J'ai à nouveau des sensations dans mes jambes et aux pieds, ça revient gentiment. C'est motivant. Avant je fumais trois paquets de cigarettes par jour. J'ai totalement arrêté. Mon mode de vie a complètement changé. J'ai pu retrouver une activité professionnelle presque normale, mais à 50%.»

Sa transformation physique est si spectaculaire que de nombreuses personnes ne le reconnaissent plus. «Je vends du matériel à des carrossiers que je connais depuis de nombreuses années. Certains tombaient des nues, s'amuse-t-il. Ma femme a aussi parfois du mal, en particulier dans la foule. Elle cherche instinctivement une silhouette imposante. Et ce n'est plus le cas. Aujourd'hui, je peux profiter de la vie, même si je suis encore suivi par un rhumatologue. Et je vous jure, ça change tout.» ■



Notre vision pour le canton dès 2022

soumise à l'accord des autorités politiques

Des prestations **de proximité**



3 Centres ambulatoires - polycliniques

Des prestations **stationnaires**



2 Hôpitaux

Un centre ambulatoire et un hôpital de réadaptation et suites de traitement dans les Montagnes : à construire, 175 millions de francs



Centre ambulatoire – polyclinique	Hôpital de réadaptation
<ul style="list-style-type: none"> • Urgences 24h/24, y compris psychiatriques • SMUR • Polycliniques médico-chirurgicale, gynécologique et pédiatrique • Consultations spécialisées et médico-techniques 	<p>179 lits filières de réadaptation, soins palliatifs, unité d'observation de courte durée</p> <p>35 lits psychiatrie de l'âge avancé (CNP)</p>
<p>Plateau technique diagnostique (radiologie, IRM, scanner, laboratoire)</p>	

Un centre ambulatoire (à construire) et un hôpital de soins aigus (à adapter) à Pourtalès : 65 millions de francs



Centre ambulatoire - polyclinique	Hôpital de soins aigus
<ul style="list-style-type: none"> • Urgences et urgences vitales adultes et pédiatriques 24h/24, y compris psychiatriques • SMUR • Polycliniques médico-chirurgicale, gynécologique et pédiatrique • Consultations spécialisées et médico-techniques 	<p>250 lits y compris soins intensifs</p> <p>20 lits de psychiatrie aigue (CNP)</p>
<p>Plateau médico-technique (imagerie médicale, radiothérapie, médecine nucléaire, bloc obstétrical, bloc opératoire, laboratoire)</p>	

Une maison de santé au Val-de-Travers à aménager avec les partenaires et les autorités communales



Centre ambulatoire - polyclinique	Partenaires santé
<ul style="list-style-type: none"> • Polyclinique 8h00-22h00 • SMUR • Consultations spécialisées et médico-techniques • Oncologie ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Les Perce-Neige • NOMAD, CNP • Laboratoire • Cabinets médicaux de groupe
<p>Plateau technique diagnostique (radiologie conventionnelle, laboratoire)</p>	