

Pourquoi développer une mission cantonale sur le site de La Chaux-de-Fonds, respectivement toute la chirurgie stationnaire ?

Théo Huguenin-Elie

- **Faut-il accepter un certain déséquilibre entre les missions confiées à Pourtalès (PRT) et à La Chaux-de-Fonds (CDF) ?**

Oui, et, jusqu'ici le parti socialiste l'a accepté puisque nous soutenons la centralisation du pôle femme-mère-enfant (FME) sur Pourtalès – centralisation qui a déjà eu lieu.

Prenons quelques chiffres (chiffres officiels d'HNE de 2010) : la chirurgie stationnaire représente environ 3'300 interventions par an (PRT 2'000, CDF 1'300), le pôle FME représente environ 2'300 interventions par an, l'orthopédie-traumatologie représente environ 1'800 interventions par an (PRT 900, CDF 900, ambulatoire compris) et la chirurgie ambulatoire représente 500 interventions par an (PRT 300, CDF 200). En 2008, le pôle FME représentait plus de 2'400 interventions par an (PRT 1'600, CDF 800). Dans notre proposition de créer de vrais pôles (FME + orthopédie-traumatologie + chirurgie ambulatoire sur PRT et chirurgie stationnaire sur CDF), on crée de vrais pôles d'excellence avec concentration réelle des opérateurs. Du point de vue des chiffres on arrive à 4'600 interventions sur PRT (59%) et 3'300 sur CDF (42%) : ce n'est pas un équilibre (en tout cas mathématiquement) ; mais c'est, à nos yeux, un certain déséquilibre relatif acceptable, permettant de conserver deux blocs opératoires, un sur chaque site, 24h/24 donc avec une ligne de garde opératoire sur chaque site (cf. ci-dessous).

Reprenons les mêmes chiffres, en appliquant le plan stratégique proposé (et en supposant que 55% de la chirurgie stationnaire est complexe – cf. ci-dessous), on arrive à une répartition de 5'900 interventions sur PRT (75%) et environ 2'000 sur CDF (25%); on est loin d'un certain déséquilibre relatif acceptable, surtout si on prend en compte les durées de séjour : 500 patients chirurgicaux ambulatoires = 500 jours (par définition) et les 1'500 patients chirurgicaux court-séjour représentent au maximum 4'500 jours (3 jours par patient, ce qui est certainement exagéré), donc un total d'environ 5'000 journées d'hospitalisation pour la chirurgie, au grand maximum, alors qu'il y a actuellement... plus de 15'000 journées d'hospitalisations en chirurgie sur CDF (donc plus de 3 fois plus). Il y aurait des répercussions majeures sur les emplois sur CDF ! En outre, ces chiffres posent la question insoluble de la place disponible dans un hôpital PRT saturé.

- **Pourquoi le plan stratégique est-il inacceptable ?**

- a) Le plan stratégique ne prévoit pas réellement d'installer des pôles sur CDF. Hormis la chirurgie ambulatoire qui est un vrai pôle, mais qui ne concerne, après soustraction de l'ambulatoire concernant le pôle FME et l'ambulatoire concernant le pôle de l'orthopédie-traumatologie que 500 patients par an (300 PRT, 200 CDF), ORL comprise. De fait, hormis l'éventuelle montée de l'ambulatoire chirurgical sur CDF (300 patients du Littoral), rien ne monterait sur CDF et un certain scepticisme est permis concernant le déplacement de ces patients ambulatoires du bas.
- b) Les définitions du plan stratégique sont floues, mais dans la presse, le lendemain de la parution du plan, Laurent Christe a défini ce que lui appelle la chirurgie de court-séjour : moins de 4 jours et sans aucune comorbidité. Renseignements pris auprès de médecins au fait de l'activité hospitalière, il ressort que les patients dits complexes représentent 50-60% des patients de la chirurgie du mou actuellement sur CDF, les patients court-séjour ne représentent donc que la minorité des patients de chirurgie du mou et, à nouveau, un certain scepticisme est permis concernant le transfert de ces patients depuis PRT, ils risquent en effet d'être évalués comme complexes dans la majorité des situations (particulièrement avec le vieillissement attendu de la population).
- c) La proposition du plan stratégique est un leurre malhonnête destiné à tromper les citoyens, les médias et les politiques : garder, comme annoncé, le bloc opératoire 24h/24 uniquement avec la chirurgie ambulatoire et de court-séjour amènera inéluçtablement à fermer le bloc opératoire les nuits et les WE à très court terme ! De plus, sans chirurgie complexe, les soins intensifs vont aussi fermer (selon le principe des dominos) et il est facile de deviner ce qui se passerait pour la médecine interne ensuite (toujours selon le même principe des dominos). Nous nous éloignerions alors très notablement du certain déséquilibre relatif acceptable : il n'y aurait plus du tout de soins aigus sur CDF !

- **Notre solution de développement de toute la chirurgie stationnaire sur le site de La Chaux-de-Fonds correspond-elle comme ses détracteurs le prétendent à du « tout partout » ?**

Non, au contraire. Telle n'est absolument pas le cas. Les doublons que nous proposons de garder (comme d'ailleurs le plan stratégique !) sont les urgences (indispensables), la médecine

(impossible de faire autrement), la radiologie (indispensable), les soins intensifs (indispensables), les blocs opératoires (indispensables si de la chirurgie stationnaire donc hospitalière est sur CDF).

Mais nous proposons également une rationalisation majeure des coûteuses **lignes de garde**, rationalisation que le plan stratégique ne permet pas ! En effet avec ce que propose le plan stratégique, 2 lignes de gardes de chirurgie (une à PRT l'autre à CDF) sont indispensables. Avec ce que nous proposons (chirurgie stationnaire sur CDF), une seule ligne de garde de chirurgie est nécessaire, sur CDF ; mais évidemment en gardant du personnel de chirurgie aux urgences de PRT, mais sans la ligne de garde complète avec tout le personnel du bloc opératoire pour cette activité. Au passage, une ligne de garde pour le bloc opératoire reste sur PRT compte tenu du pôle FME (voire du pôle orthopédie-traumatologie selon le modus vivendi trouvé avec La Providence). De plus, avec la chirurgie ambulatoire que nous proposons de centraliser sur PRT, il resterait des chirurgiens-cadres à disposition en cas de problème lors d'une intervention du pôle FME, d'une intervention du pôle orthopédie-traumatologie. En conclusion : notre proposition correspond donc à l'économie d'une ligne de garde coûteuse, à l'inverse de ce que propose le plan stratégique. Nous notons au passage que cette proposition d'économie (que certains ont chiffré à **2 mio** par année) est la seule proposition d'économie liée à la répartition des missions qui se trouve aujourd'hui mise en débat.

- **Qu'en est-il de la politique régionale ?**

- a) De multiples promesses ont été faites ces quinze dernières années par les Conseils d'État successifs :

- la rénovation de l'hôpital de CDF après les investissements cantonaux consentis pour fonder le Nouvel hôpital de PRT (le plan global de rénovation existe, il ne demandait qu'à être mis en œuvre).
- Le renforcement du site de CDF et sa rénovation dans le cadre de HNE (il fallait gagner contre le référendum !)
- L'implantation du site FME sur CDF.
- La promesse d'une contrepartie valable à l'implantation provisoire-définitive du FME à PRT.
- Sans parler des multiples annonces de rénovation des blocs et des chambres.

Du point de vue institutionnel, il est pour nous, socialistes, insupportable qu'un État ne tienne pas ses engagements vis-à-vis de ses citoyens, de surcroît de manière répétée.

- b) La loi (LEHM) votée et acceptée massivement aussi par la population des Montagnes spécifie que l'HNE doit conserver « l'importance relative des sites ». Pour nous, socialistes, il serait insupportable que l'État se mette sciemment hors la loi.

- c) Il serait suicidaire pour notre parti qu'une fracture voie le jour parce que la section de Neuchâtel se démarquerait sans nuances de notre initiative.

- d) Reste l'argument selon lequel la proportion de la population doit tout justifier : faire nôtre cet argument reviendrait à nier toute politique régionale dans notre canton. Ce que nous défendons sur le plan fédéral, nous devons être capables de le défendre de manière souple et intelligente sur le plan cantonal : il ne s'agit rien de moins que du respect de l'autre, d'une forme de solidarité qui, pour nous socialistes, est primordiale. Un équilibre relatif cantonal n'est pas une envie d'enfant gâté, mais une nécessité pour tenter de maintenir une certaine cohésion cantonale. Notre canton a la particularité (le malheur ou la chance ?) d'avoir deux pôles citoyens clairs ce qui rend toute comparaison avec d'autres cantons caduque. Ces deux pôles structurent par ailleurs une vision d'avenir qui nous est chère, celle du **Réseau urbain neuchâtelois**.

- **Qu'en est-il de la responsabilité du Conseil d'État actuel et respectivement de la ministre du DSAS dans la crise que nous connaissons ?**

- a) Il s'agit d'abord de relever que tant le Cd'A que la Direction générale tiennent le politique dans le plus grand des mépris et ont jusqu'ici refusé de se soumettre aux injonctions du Conseil d'État et du Grand Conseil et de suivre les conseils du Groupe de pilotage. Pour preuves, les différents plans stratégiques ne répondent pas aux attentes, ne résolvent aucun problème et sont politiquement inapplicables.

- b) Il est par ailleurs regrettable que les médecins des deux sites n'aient pas réussi à trouver un accord ; il est tout autant regrettable que le Cd'A et la Direction générale n'aient pas réussi à le susciter. Comme il faut trouver une solution, c'est le Conseil d'État qui, à son corps défendant, devra jouer le rôle de l'arbitre. Or il ne pourra échapper aux termes de la loi (et de la Constitution), voire à ses promesses passées. De surcroît, il est de son devoir de chercher à ramener de la sérénité dans ce dossier en dégageant une solution avec laquelle

la grande majorité des citoyens neuchâtelois pourront vivre. De fait, je ne vois pas comment il pourrait suivre la position outrancière du Conseil communal de Neuchâtel telle qu'elle a été communiquée le 1^{er} décembre 2011.

- c) À noter encore que notre ministre socialiste se trouve dans une position extrêmement inconfortable : quelle que soit la décision finale, elle sera la cible de salves de boulets rouges, d'autant que la presse locale mène à son encontre une campagne de dénigrement odieuse. Ne devons-nous pas nous rassembler, nous socialistes, derrière notre ministre ? Cela ne signifie pas évidemment de perdre tout sens critique.

- **Investir sur l'hôpital de CDF est-il un non-sens économique ?**

C'est ce que les partisans du démantèlement de l'hôpital de CDF cherchent à faire croire. C'est simplement faux.

- a) Aucune étude n'existe à l'heure actuelle démontrant le potentiel d'économie de fonctionnement réalisable en centralisant tous les services des soins aigus sur un seul site. Ceux qui affirment et réaffirment cela véhiculent ce qui n'est rien d'autre que des idées préconçues et des préjugés. Ils le resteront tant qu'ils ne seront pas démontrés de manière solide et crédible. Or il semble impossible de démanteler un site hospitalier en allant contre la loi, contre des promesses faites par le plus haut niveau de l'État, de fracturer durablement le Canton sur la base d'idées préconçues et de préjugées.

Le principe selon lequel en matière hospitalière regrouper permet d'économiser ne va pas de soi :

- ainsi, il se dit (cela nécessiterait confirmation) que le centre FME coûte plus cher aujourd'hui qu'à l'époque !
- ainsi, de nombreuses études tendent aujourd'hui à démontrer que la taille idéale d'un site en termes d'économicité se situe entre 180 et 220 lits.

On peut dès lors se poser la question de savoir pourquoi, la Direction générale, les médecins-chefs de Pourtalès et aujourd'hui les autorités exécutives de la ville de Neuchâtel rêvent d'un grand hôpital de soins aigus à Neuchâtel sur PRT, établissement qui serait alors parmi les plus grands hôpitaux de soins aigus de Suisse romande hormis les hôpitaux universitaires. La réponse se trouve vraisemblablement dans la dernière partie de la question : le pouvoir et l'orgueil. Tant que le bien-fondé d'une telle vision hospitalière ne sera pas démontré, c'est sur cet autel-là que l'hôpital de CDF et, peut-être avec lui tout le projet RUN, sera sacrifié.

- b) La rénovation de l'hôpital de CDF pour qu'il soit à même d'accueillir une mission cantonale d'envergure coûterait (selon le projet global) 50 millions.
- c) La rénovation seulement des chambres et de l'accueil dans la perspective de développer un centre de traitement et réadaptation (CTR) à CDF (donc sans soins aigus) coûterait 17 millions (chiffre vraisemblablement trop faible articulé par la direction d'HNE lorsqu'il s'agit de rénover CDF dans la perspective du CTR). À noter :
 - 1) cet investissement devra être consenti dans tous les cas (PRT ne pourrait, même avec travaux, accueillir tous les patients en réadaptation)
 - 2) un centre de réadaptation à CDF impliquerait que les patients du Littoral traités à PRT devraient monter dès qu'ils seraient stabilisés (expliqué ainsi le site de soins aigus unique à PRT avec un CTR à CDF devient nettement moins sexy pour les citoyens du Littoral). On peut en outre se poser légitimement la question de savoir ce que coûteraient les transferts des patients stabilisés sur le CTR de CDF.
- d) *Le Temps* dans son article du 30 novembre 2011 relève que construire une extension à PRT coûterait 25 millions. Le calcul est (sciemment ?) biaisé. Il s'agit du coût d'un bâtiment ne comportant que des chambres ! Quid du scanner et de la radiologie indispensables (et très coûteux) et à l'heure actuelle à CDF ? Quid de la scintigraphie et de la médecine nucléaire indispensables (et très coûteuses) et à l'heure actuelle à CDF ? Quid des cuisines, cafétéria... nécessaires à l'hôtellerie de ce nouveau bâtiment ? En réalité, construire sur PRT coûterait vraisemblablement très cher, il faudrait de surcroît ajouter à ce montant les 17 millions (au bas mot) nécessaires au CTR de CDF.
- d) Il faut encore noter concernant le développement d'un hôpital de soins aigus unique à PRT et d'un CTR à CDF :
 - 1) PRT ne serait pas un hôpital moderne cohérent. La construction d'un ou plusieurs bâtiments sur le parking, ou à la place du garage Senn induirait un processus de

« cadollisation » néfaste à une activité rationnelle et efficace (en termes de gestion, de qualité des soins, de développements des services, de sécurité sanitaire et d'économicité).

2) HNE courrait le risque de perdre une patientèle importante (les Franches Montagnes, et peut-être une partie des Montagnes neuchâtelaises), favorisant ainsi le développement déjà entamé de l'hôpital de Saint-Imier (ce dernier a déjà gagné 100 naissances par année depuis la fermeture de la maternité à CDF). À tous points de vue HNE et le Canton de Neuchâtel devraient éviter cet exode :

- les patients qui s'orientent ou s'orienteront vers Saint-Imier sont souvent de bons cas.
- le développement d'un centre hospitalier dans un village de 5'000 habitants est un non-sens écologique et économique.
- il serait nuisible en terme de politique régionale que les Montagnes neuchâtelaises arrivent à la conclusion que ce que fait le Canton de Berne pour les 15'000 habitants du vallon de Saint-Imier qui de surcroît sont à proximité de Bienne, le Canton de Neuchâtel est incapable de le faire pour les 55'000 habitants des Montagnes (sans compter les bassins de proximité que sont les Franches-Montagnes, le Vallon de Saint-Imier, le Val-de-Ruz et peut-être un jour la Franche-Comté).

En conclusion et en fonction de ce qui précède, la sagesse veut que nous fassions le pari d'un hôpital neuchâtelais fonctionnant en harmonie sur deux sites. Il paraît possible de se passer d'un site unique en trouvant les mêmes avantages sans les inconvénients dans une répartition des missions sur deux sites. Il paraît possible de développer les mêmes standards de qualité et la même efficacité sanitaire sur deux sites que sur un ; il paraît possible de maîtriser les coûts de la même manière. Cela présenterait les avantages de maintenir une certaine proximité et surtout de respecter la loi et les engagements de l'État vis-à-vis des citoyens, tout en économisant un investissement très important. Comme une transition est de toute façon nécessaire pour étudier la pertinence d'un site unique (puis le cas échéant sa construction), il semble cohérent d'explorer ce possible. Pour lui donner des chances de réussir, il s'agira cependant de créer à l'interne un véritable esprit HNE : l'hôpital neuchâtelais, même sur deux sites, doit être considéré comme une seule entité.

Si la démonstration est faite que les deux sites existants ne peuvent jouer le rôle que l'on attend d'HNE, il sera alors temps de soutenir le projet d'un site unique cohérent en zone urbaine et facile d'accès pour tous. Si des montants très importants sont un jour engagés, ils devront l'être à bon escient et dans la construction d'une structure qui résistera à l'usage et au temps à moyen voire long terme. Nous savons déjà que Pourtalès ne pourra pas être le lieu de ce site (il faut éviter la « cadollisation », cf. ci-dessus) – à noter que sur ce point très précis, dans sa présentation au Groupe de pilotage issu des états généraux de la santé, Antares ne disait pas autre chose. En d'autres termes, si site unique il doit y avoir, 2022 sera sans doute l'année où les travaux commenceront.

Décembre 2011, Théo Huguenin-Elie