



**Réseau
Hospitalier
Neuchâtelois**

Prise en charge des urgences opératoires sur les sites du RHNe

**Premières recommandations de
réorganisation suite à l'entrée
en vigueur de la LRHNe**

**Rapport du Conseil d'administration
au Conseil d'Etat**

28 août 2020

TABLE DES MATIERES

PRÉAMBULE	3
1. SITUATION ACTUELLE DE L'ACTIVITÉ OPÉRATOIRE DU RHNe	4
1.1. SITUATION CANTONALE	4
1.2. ACTIVITÉ OPÉRATOIRE DU RHNE	4
1.2.1. Situation actuelle des blocs opératoires du RHNe.....	4
1.2.2. Répartition géographique des patients entre les deux sites	4
1.2.3. Renforcement de la chirurgie élective à CDF	5
1.3. ARTICULATION ENTRE LES DEUX SITES : CONCEPT DES FILIÈRES SPÉCIALISÉES.	5
1.4. PRISE EN CHARGE DES URGENCES OPÉRATOIRES	6
1.4.1. Volume et fréquence des entrées aux urgences avec intervention au bloc opératoire	6
1.4.2. Délais de prise en charge	7
1.4.3. Choix du site de réalisation de l'intervention	7
2. ANALYSE COMPARATIVE DES SCENARIOS URGENCES OPÉRATOIRES CDF	8
2.1. TABLEAU DE SYNTHÈSE DE L'ANALYSE COMPARATIVE DES SCÉNARIOS	8
2.2. ANALYSE « RISQUES - OPPORTUNITÉS »	9
2.2.1 Impact financier	9
2.2.2. Impact sur le fonctionnement des équipes	9
2.2.3. Impact sur la sécurité des patients.....	10
2.3. ANALYSE JURIDIQUE	10
3. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	11

PRÉAMBULE

La LRHNe, entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2019, fixe entre autres, deux objectifs au RHNe :

1. « garantir à la population [...] l'accès pour tous, en toute sécurité, et en tout temps à des prestations de qualité » (art. 3) ;
2. avec « 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).

Pour répondre à cette demande, le RHNe a conduit plusieurs études afin d'identifier les évolutions d'organisation nécessaires, en particulier la prise en charge des urgences sur les deux sites de soins aigus, tout en conservant comme priorité le maintien d'un haut niveau de qualité des soins et de sécurité pour les patients du canton. L'objet de ce rapport est de présenter le résultat de ces études (analyse de la situation existante et comparaison de différents scénarios de réorganisation) et d'émettre des recommandations quant à la stratégie la plus pertinente pour mettre en œuvre la LRHNe. Les résultats présentés ci-après s'appuient sur deux études complémentaires :

1. un mandat externe, réalisé par la société EFFIGEN et portant une analyse neutre des différents scénarios possibles ainsi que sur l'élaboration des possibilités de réorganisation (cf. annexe 1) ;
2. une analyse interne au RHNe, permettant d'intégrer une vision opérationnelle et plus fine dans les modalités pratiques de mise en œuvre, en tenant compte des ressources humaines et matérielles disponibles.

Les analyses présentées ne se limiteront pas au seul périmètre des urgences opératoires car les modalités de leur prise en charge sont fortement liées au fonctionnement de l'hôpital dans son ensemble, en particulier s'agissant de l'organisation du bloc opératoire et des équipes qui y interviennent. Le parti pris est donc celui d'une approche globale de l'activité chirurgicale du RHNe, tant élective qu'urgente, en lien avec la spécialisation croissante des opérateurs. L'un des objectifs étant de permettre de poursuivre la redynamisation de l'activité opératoire sur le site de La Chaux-de-Fonds, redéployée depuis 2018. Les recommandations auront aussi vocation à intégrer les actions déjà menées, afin de prendre en compte les augmentations des volumes enregistrées ces 24 derniers mois.

Toutes les réflexions s'intègrent dans un cadre général qui vise :

1. à garantir la pérennité du RHNe ainsi que la préservation des finances publiques ;
2. à assurer sur le long terme la qualité et la sécurité de la prise en charge, le maintien de la reconnaissance des formations, des certifications et des accréditations, de même que l'attractivité de tout le système hospitalier cantonal ;
3. à permettre de poursuivre les réformes du système, renforçant l'autonomie des sites de La Chaux-de-Fonds (ci-après : CDF) et de Pourtalès (ci-après : PRT), tout en donnant une vision à long terme ;
4. à proposer un modèle et une stratégie qui puissent être soutenus par les acteurs de terrain, porteurs de la responsabilité des prises en charge.

1. SITUATION ACTUELLE DE L'ACTIVITÉ OPÉRATOIRE DU RHNe

1.1. SITUATION CANTONALE

L'offre de prise en charge opératoire sur le canton est large et très concurrentielle. Le territoire neuchâtelois compte 21 salles d'opérations pour 178'000 habitants, soit 1 salle pour 8'475 habitants (1 pour 9'230 habitants dans le bas du canton ; 1 pour 7'250 habitants dans le haut du canton) ce qui représente une forte surcapacité en infrastructure opératoire. À titre de comparaison, il y a 1 salle pour 14'600 habitants dans le canton du Jura et 1 salle pour 11'800 habitants dans le canton de Fribourg (données 2018). L'offre infrastructurelle dépasse donc largement un besoin sanitaire qui restera globalement stable au niveau de la population (pas de projection de croissance substantielle du nombre de cas électifs ou urgents). Il s'agit d'une concurrence entre établissements sur une même patientèle, sachant qu'il n'y a pas de levier pour générer de nouveaux cas et que les urgences opératoires sont actuellement très majoritairement captées par le RHNe. L'enjeu principal réside donc dans l'attractivité, que ce soit vis-à-vis des patients ou des professionnels de santé qualifiés.

Le domaine opératoire étant l'activité principale des cliniques privées, le site de CDF est particulièrement exposé à la concurrence : clinique Volta (2 salles modernes avec un flux dédié à l'ambulatoire), clinique Montbrillant (3 salles récentes), Hôpital du Jura Bernois (2 salles et 2 autres en construction). La menace est moins marquée sur le site de PRT où la concurrence avec la Providence (4 salles) est historique et stabilisée. De manière générale, les efforts du RHNe pour rapatrier des patients portent leurs fruits avec près de 400 hospitalisations stationnaires hors canton pour convenance personnelle en moins en 2019 par rapport à 2018, soit une baisse de 25%.

1.2. ACTIVITÉ OPÉRATOIRE DU RHNE

8'300 interventions ont été réalisées en 2019 sur les deux blocs opératoires de PRT et de CDF ; 2'400 l'ont été en urgence dont près de 30% dans le périmètre « femme-mère-enfant ». La chirurgie générale et l'orthopédie-traumatologie comptent pour plus de la moitié de l'activité. En 2019, le RHNe se trouvait dans un contexte général de croissance avec 300 interventions électives de plus en 2019 par rapport à 2018. Cette croissance a été inégalement répartie sur les sites et a majoritairement bénéficié au bloc de CDF grâce au positionnement de nouvelles activités et au transfert de procédures précédemment réalisées à PRT (+1% PRT, +15% CDF).

1.2.1. Situation actuelle des blocs opératoires du RHNe

Le RHNe dispose de 11 salles opératoires : 3 salles principalement électives sur le site de CDF ; 6 principalement électives sur le site de PRT, 1 salle dédiée aux urgences et une salle généralement fermée sur le site de PRT. Les salles électives de PRT fonctionnent en moyenne 9h/j et celles de CDF 8h/j, avec des taux d'occupation oscillant entre 75% et 90% (objectif 85% selon la littérature). Sur le site de CDF, il existe un potentiel de plus grande utilisation des blocs opératoires, principalement par un prolongement des horaires en fin de journée.

1.2.2. Répartition géographique des patients entre les deux sites

La répartition des patients du RHNe selon leur région d'origine est comparable à la répartition de la population du canton. Aucune région n'est sur- ou sous-représentée dans la patientèle de l'hôpital. Ceci montre que, malgré la forte concurrence, les effets de « fuite de patients » ne sont pas plus marqués sur le haut du canton. Si les neuchâtelois devaient se rendre dans l'hôpital de soins aigus du RHNe avec comme seul critère l'éloignement du domicile, un tiers d'entre eux se tournerait vers CDF et deux tiers vers PRT. En termes de volume d'activité, ceci correspond à la répartition des salles électives.

1.2.3. Renforcement de la chirurgie élective à CDF

Le site de CDF a connu une période de forte baisse de son activité chirurgicale (800 cas/année) entre 2013 et 2017, principalement en orthopédie suite au départ de 5 médecins de CDF dans le privé, en urologie (transfert de cas sur Saint-Imier) et en ophtalmologie. Cependant, des nouvelles activités ont été positionnées sur CDF avec le développement des filières, le transfert de cas depuis PRT et la mise en place de nouvelles spécialités faisant suite, en particulier à des recrutements de chirurgiens actifs sur les deux sites. A partir du second semestre 2018, on dénote une croissance significative : d'une part une augmentation de volume d'activité en orthopédie (chirurgie de la main, du genou, de la hanche et de l'épaule) et en chirurgie générale (pariétologie, proctologie et cholécystectomie) ainsi qu'en urologie, avec un staff permettant une prochaine augmentation de l'offre sur CDF ; d'autre part le développement de nouvelles spécialités, comme la chirurgie plastique, la chirurgie maxillo-faciale et les procédures endoveineuses. Ceci a engendré sur CDF une utilisation des salles en forte progression de plus de 50% avec près de 90% d'utilisation globale du dispositif en journée.

1.3. ARTICULATION ENTRE LES DEUX SITES : CONCEPT DES FILIÈRES SPÉCIALISÉES

Les connaissances en médecine et les modalités de traitement ont fortement évolué ces dernières décennies, permettant une meilleure prise en charge des patients. Cependant, cette tendance nécessite une spécialisation toujours plus pointue dans beaucoup de domaines, notamment interventionnels. Les intervenants sont obligés de se focaliser de plus en plus, même au sein de leur propre spécialité afin de rester à la hauteur de leur domaine. Ceci a amené à la création d'une multitude de titres de spécialistes et de formations approfondies, un phénomène global auquel la Suisse ne fait pas exception. Par exemple, en chirurgie générale on distingue entre chirurgie viscérale, thoracique ou vasculaire ; en orthopédie, la sur-spécialisation se poursuit par région anatomique (hanche / genou / épaule / pied / colonne vertébrale) ; les urgences ne sont plus prises en charge par les chirurgiens ou les internistes, mais par les urgentistes, nouvelle discipline en soi ; l'accréditation des soins intensifs dépend de la présence de spécialistes en soins intensifs certifiés.

L'avantage de cette évolution est une prise en charge globalement plus efficace et pointue des patients. L'envers de la médaille est la perte d'une certaine polyvalence des intervenants et une fragmentation des spécialités traditionnelles. Ce processus global est non réversible et il requiert impérativement un regroupement des pathologies et des traitements par filières. Seules celles-ci permettent de trouver un volume suffisant de cas pour justifier l'engagement de spécialistes dans chaque domaine. Le RHNe s'est donné les moyens nécessaires pour répondre à cette tendance. En effet, la répartition de l'activité élective entre les deux sites suit déjà une logique de filières spécialisées, afin d'optimiser la qualité de prise en charge des patients et l'organisation des blocs. Les patients sont ainsi orientés selon leur pathologie et non leur lieu de résidence :

Activités partagées sur les deux sites

- Chirurgie viscérale
- Orthopédie-Traumatologie
- Urologie
- ORL

Activités spécialisées exclusives de PRT

- Gynéco-obstétrique
- Pédiatrie
- Chirurgies spécialisées (thoracique, vasculaire artérielle et bariatrique)

Activités spécialisées exclusives de CDF

- Sénologie
- Chirurgie plastique
- Chirurgie vasculaire veineuse

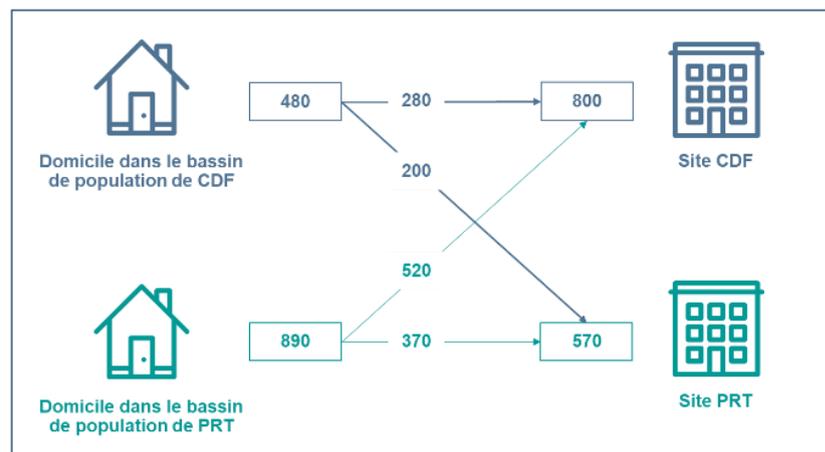
Cette répartition répond à une double logique, celle de spécialité et celle de plateau technique. Certaines activités sont centralisées sur un seul site pour atteindre un volume critique de cas et assurer une prise en charge par des équipes expérimentées. Le fait que l'unité de soins intensifs par exemple soit située sur le site PRT oblige à y orienter des interventions complexes ou à risques.

La mise en place de filières suit la spécialisation et présente de multiples avantages :

1. des chirurgiens spécialisés dans les prises en charge avec des volumes de cas adéquats ;
2. une plus grande expérience des équipes dans un contexte de spécialisation croissante ;
3. une taille critique permettant une gestion efficiente des ressources (humaines et matérielles) ;
4. un volume d'activités permettant de répondre au durcissement des règles de certification/planification. (Selon les nouveaux critères de planification permettant de disposer des missions de chirurgie prothétique hanche ou genou, par exemple, le chirurgien doit réaliser plus de 50 interventions par année pour avoir le droit d'effectuer des reprises opératoires.)

Les médecins cadres se sont fortement impliqués dans la démarche, sachant que ce sont très majoritairement eux qui réalisent les interventions (maintien de la qualité + *teaching* des chefs de clinique).

Désormais, tous les chirurgiens opèrent sur les deux sites. En conséquence, 800 cas sur 1370 de chirurgie générale ont été réalisés à CDF en 2019, soit au moins 300 de plus qu'en l'absence d'une stratégie par filières:



1.4. PRISE EN CHARGE DES URGENCES OPÉRATOIRES

Le RHNe traite annuellement 2'400 cas opératoires en urgence y compris ceux de la pédiatrie et de la maternité, dont les services sont localisés à PRT.

1.4.1. Volume et fréquence des entrées aux urgences avec intervention au bloc opératoire

Le site de CDF accueille en moyenne 331 patients aux urgences par semaine ; 292 (88.2%) retournent à domicile, 27 (8.2%) sont hospitalisés en médecine et seulement 9 (2.7%) sont hospitalisés en chirurgie pour une opération. Le site de PRT, hors urgences maternité et pédiatriques, accueille 563 patients aux urgences par semaine ; 487 (86.5%) retournent à domicile, 51 (9%) sont hospitalisés en médecine et 25 (4.4%) sont hospitalisés pour une opération. Sur les deux sites, chaque jour, une moyenne de 3-4 patients se présentent au service des urgences durant la journée et 1-2 patients durant la nuit pour une intervention au bloc ; au site de CDF, en moyenne 1 patient arrive en journée et 1 patient une nuit sur deux pour une intervention. Ces chiffres tiennent compte des patients réellement hospitalisés à CDF ainsi que des patients arrivant à PRT mais habitant plus près de CDF qui auraient été pris en charge à CDF si le bloc CDF fonctionnait 24/24.

1.4.2. Délais de prise en charge

Contrairement aux idées reçues, les urgences chirurgicales immédiates sont très rares dans un hôpital. Même les urgences de niveau 1 sont prises dans un délai pouvant atteindre 6h. Comme dans la plupart des hôpitaux, la majorité des patients du RHNe entrés par les urgences et ayant besoin d'une intervention au bloc seront opérés de manière différée après leur arrivée. Ils sont, si possible, intégrés dans le programme électif (*urgence différée*) plutôt que d'être opérés le soir ou la nuit, quand les équipes sont plus restreintes. Il faut aussi considérer le délai incompressible (de l'ordre d'une heure) existant entre l'entrée du patient aux urgences et son passage au bloc opératoire. Dans un contexte de fonctionnement multisite, l'existence de tels délais (supérieurs au temps de trajet CDF – PRT) explique pourquoi il est possible de transférer des patients urgents d'un site à l'autre sans péjorer la qualité des soins, d'autant plus que les modalités de transfert sont médicalisées et sécurisées (ambulances).

1.4.3. Choix du site de réalisation de l'intervention

Pour conserver la cohérence des ressources de chaque site, la répartition des spécialités pour la prise en charge des urgences opératoires pourrait en principe suivre la même logique que celle qui prévaut pour l'activité élective. Cependant, un regroupement des urgences chirurgicales non différables, sur le site de PRT a été préféré pour deux raisons :

1. La prise en charge chirurgicale des urgences inclut par définition plus d'imprévisibilités qu'une intervention élective, surtout en ce qui concerne les suites postopératoires. Pour garantir la sécurité des patients, un regroupement de ces interventions sur le site de PRT est souhaitable pour pouvoir bénéficier rapidement des soins intensifs et d'anesthésistes aguerris, en cas de nécessité.
2. Les équipes de chirurgiens qui assument ces gardes sont restreintes. Une prise en charge des urgences chirurgicales simultanément sur deux sites n'est pas envisageable pour un même chirurgien de garde, sans remettre en question la sécurité des patients. Seul un dédoublement des équipes chirurgicales de garde permettrait de maintenir, en parallèle, les interventions urgentes non différables sur deux sites. Cependant, l'activité globale du RHNe est beaucoup trop faible pour justifier un dédoublement des équipes chirurgicales.

Pour ces raisons et tenant compte des exigences de l'activité obstétricale, la nécessité de maintenir une garde opératoire immédiatement opérationnelle 24h/24, 7j/7, telle qu'assurée actuellement, est établie pour le site de PRT. Par conséquent, les analyses suivantes sont focalisées sur le bloc opératoire de CDF.

2. ANALYSE COMPARATIVE DES SCENARIOS URGENCES OPERATOIRES CDF

Le cabinet mandaté a analysé 6 scénarios sous-tendant le développement de la prise en charge des urgences opératoires sur le site de CDF, mais ne tenant pas compte d'une répartition différente des missions actuellement dévolues à chaque site : situation actuelle (1), extension des plages d'ouverture (2-4) et répartition alternative entre les deux sites (5-6) :

1. situation actuelle : urgences chirurgicales arrivées à CDF prises en charge par le chirurgien si vacation libre au bloc en journée, jusqu'au milieu d'après-midi (15h00), 5 jours sur 7 ;
2. bloc disponible en journée, jusqu'au soir (18h00), 5 jours sur 7 ;
3. bloc disponible en journée, jusqu'au soir (18h00), 7 jours sur 7 ;
4. bloc disponible 24h/24, 7 jours sur 7 ;
5. bloc ne réalisant que des interventions d'orthopédie et de traumatologie mais pour les deux sites, 24h/24, 7 jours sur 7, tandis que PRT se spécialise en « mou » (chirurgie, urologie etc.) ;
6. bloc ne réalisant que des interventions ambulatoires.

2.1. TABLEAU DE SYNTHÈSE DE L'ANALYSE COMPARATIVE DES SCÉNARIOS

	Surcoût/an	Patients traités à CDF par semaine	Transferts à PRT par semaine	Risques associés	
				Patients	Professionnels
1. Situation actuelle	-	2	8	Liés aux transferts	Solution acceptable par tous les professionnels
2. Journée + soirée 5j/7	∅ significatif	9	1		Solution acceptable par tous les professionnels
3. Journée + soirée 7j/7	1.2 Mio	10	0.3	Dispersion ressources ; risque patent en cas de double urgence	Perte de ressources chirurgicales et difficultés de recrutement
4. 24/24 7j/7	5 à 8 Mio	10	0.2	Dispersion ressources ; risque patent en cas de double urgence	Perte de ressources chirurgicales et difficultés de recrutement +++
5. CDF spécialisé ortho	1.2 à 2.4 Mio	4	6	Dispersion ressources ; risque patent en cas de double urgence trauma	Perte de ressources chirurgicales et difficultés de recrutement
6. CDF ambulatoire	Scénario inadapté pour répondre à la Loi				

Les scénarios 5-6, fondés sur une répartition alternative, ont rapidement été écartés suite à l'analyse des impacts. Le scénario de spécialisation en orthopédie-traumatologie n'est pas applicable, parce que les cas pédiatriques ne pourront pas être traités, la prise en charge en unité d'hospitalisation de pédiatrie étant localisée à PRT ; de même pour les cas complexes ou polymorbides, nécessitant les soins intensifs situés à PRT. Le scénario de spécialisation en ambulatoire, quant à lui, ne permet de traiter que très peu d'urgences et est inadapté pour répondre à la loi.

La comparaison porte donc sur les scénarios d'extension des plages horaires du bloc opératoire de CDF. Plus les plages à CDF seront étendues, plus le coût financier et les risques sur l'organisation des équipes médicales de l'ensemble du RHNe vont s'accroître, alors que l'augmentation du nombre de patients pouvant être pris en charge sur site restera relativement modeste. Ce constat invite à une approche « coût-bénéfice » pour identifier le scénario rationnel se rapprochant le plus des exigences de la loi.

Actuellement, le bloc est ouvert jusqu'à 18h00, n'autorisant pas à commencer une nouvelle intervention après 15h00. Une extension des heures d'ouverture donnerait le feu vert pour la prise en charge d'une intervention non planifiée jusqu'à 17h00 – 18h00 pour un coût modeste. Cela permettrait d'absorber la majorité des urgences chirurgicales qui se présentent sur le site de CDF, diminuant d'autant les transferts entre les deux sites aigus du RHNe.

2.2. ANALYSE « RISQUES - OPPORTUNITÉS »

2.2.1 Impact financier

Le coût d'une ouverture du bloc opératoire de CDF 24h/24 7j/7 est très conséquent (de l'ordre de 5 à 8 millions de francs). Il est à mettre en regard du faible nombre de cas concernés. En effet, les interventions qu'il est nécessaire de réaliser la nuit et le weekend restent très peu nombreuses, sur la dizaine de cas opératoires qui se présentent chaque semaine aux urgences de CDF, 5 sont entrés la nuit ou le weekend et la plupart peuvent y être opérés, dès le lendemain. En tenant compte du bassin de population ne permettant pas une extension substantielle des cas, cette solution maximale ne sera donc jamais en mesure de s'autofinancer.

D'un point de vue politique, et eu égard à l'esprit de la loi, cet argument n'est toutefois pas relevant. Le cas échéant, cette solution devrait bénéficier d'un financement spécifique de la part de l'Etat de Neuchâtel, probablement sous la forme d'une PIG (prestations d'intérêt général).

Néanmoins, il apparaît que de « simplement » étendre les horaires du bloc de CDF de quelques heures au-delà des plages électives actuelles, le RHNe serait en mesure d'intégrer sur le site de CDF, la plupart des urgences devant bénéficier d'une intervention chirurgicale (scenario 2). Ce scénario, peu coûteux, permet de couvrir presque autant d'interventions qu'une ouverture 24h/24, tout en s'appuyant sur l'organisation déjà en place et sans bouleverser l'équilibre actuel des équipes médicales.

La possibilité d'organiser un service de piquet pour le personnel du bloc (mais pas un service de garde !) pour la nuit et les week-ends/jours fériés, élargirait encore les opportunités sur le site de CDF, permettant aux chirurgiens des interventions qui peuvent nécessiter une reprise quelques heures après. Ce type d'opérations, non réalisables actuellement au bloc de CDF, incite les opérateurs à intervenir dans d'autres hôpitaux. Cette opportunité ouvrirait également le RHNe aux médecins anesthésistes privés, répondant en cela à une demande du Conseil d'Etat sur des coopérations avec d'autres entités.

2.2.2. Impact sur le fonctionnement des équipes

L'interprétation « au pied de la lettre » de l'art. 5 LRHNe, pour une prise en charge « la nuit et le weekend », sur un second site opératoire, poserait de nombreux défis en termes du fonctionnement des équipes. Ainsi, l'ouverture de deux blocs dédiés aux urgences 24h/24 demanderait, non seulement de renforcer les équipes du bloc opératoire (anesthésistes, instrumentistes, infirmiers anesthésistes, aides de salle, stérilisation, etc.),

mais également de doubler les piquets chirurgicaux. En effet, il n'est pas concevable qu'un chirurgien assure un piquet pour deux sites, sachant que des urgences sont susceptibles de se présenter simultanément aux deux endroits. Une telle prise de risque est incompatible avec les règles de l'art médical. Ce scénario implique donc un doublement des équipes chirurgicales, ce qui n'est pas financièrement réaliste. De plus, le bassin de population du RHNe est trop restreint pour permettre alors une activité chirurgicale élective, régulière et suffisante à chaque chirurgien supplémentaire. Enfin, s'il existait un budget institutionnel, un recrutement de tels chirurgiens additionnels dans un marché déjà tendu serait probablement très difficile, pour les raisons précitées. Au regard des spécialisations croissantes en chirurgie, bénéficier du bon professionnel au bon moment est de plus en plus ardu.

Finalement, si l'on met de côté toute difficulté d'organisation, le facteur humain jouera un rôle prépondérant. Dans un contexte de pénurie de ressources médicales et paramédicales, tous les hôpitaux tentent de se démarquer par l'attractivité de leurs postes. Une extension horaire trop importante, une fréquence accrue des astreintes, un manque d'activité ou des déplacements fréquents seront autant d'éléments préjudiciables à l'attractivité du RHNe. Ceci risque de provoquer une fuite inéluctable des praticiens hospitaliers, et probablement d'infirmiers, et augmentera la difficulté à recruter. Aussi, in fine, l'hôpital bi-site sera amputé d'une partie de ses ressources vives et sera contraint de réduire son offre de soins à la population du canton.

2.2.3. Impact sur la sécurité des patients

Une offre de proximité, visant à opérer un maximum de patients sur leur site d'entrée aux urgences ne permet pas d'améliorer les niveaux de sécurité et de qualité. Aujourd'hui, la prise en charge au bloc opératoire suit déjà une logique visant à offrir au patient les meilleures conditions, les meilleures compétences et les ressources les plus adéquates possibles. Les éventuels transferts ont pour objectif d'orienter le patient vers le site le plus pertinent, pour la prise en charge optimale de sa pathologie. Une ouverture la nuit et le weekend ne changera pas la décision de transférer un patient à risque vers PRT, la sécurité restant prioritaire sur la proximité.

En revanche, il existe, hors du bloc opératoire, des leviers de progression, tant en termes de qualité que de sécurité, dans la prise en charge du patient aux urgences. Pour cela, on doit pouvoir s'appuyer sur une professionnalisation des urgences en garantissant, sur les deux sites, un service mené par des urgentistes spécialisés 24h/24. La présence permanente d'un urgentiste à CDF, actuellement non réalisée, répondrait à l'art. 5 LRHNe : « chacun des sites offrant au minimum une prise en charge médico-chirurgicale 24h/24 », tant pour la prise en charge des urgences médicales que pour la coordination des urgences chirurgicales sur le site.

2.3. ANALYSE JURIDIQUE

Une réflexion juridique approfondie a été poussée pour définir la notion de « prise en charge médico-chirurgicale 24/24 » qui figure à l'article 5 de la loi sur le réseau hospitalier neuchâtelois (LRHNe) et trouver un cadre légal qui puisse s'imposer dans l'organisation de la prise en charge des urgences opératoires du RHNe sur le site de la CDF (cf. annexe 2). Au vu de ces considérations, force est de constater qu'un conflit oppose l'interprétation historique et l'interprétation systématique. Une solution suppose donc de pondérer les buts et les intérêts défendus par l'article 5 LRHNe d'une part et par les dispositions qui cherchent à assurer la qualité des soins d'autre part (interprétation téléologique). La volonté d'ancrer dans la loi, l'ouverture 24/24 d'un bloc opératoire à CDF, visait à trouver un compromis politique à l'initiative H+H.

Elle permettait donc d'éviter la scission complète de l'HNE au profit de deux hôpitaux complètement distincts et autonomes l'un de l'autre, en concurrence absolue. Elle répondait ainsi à l'une des exigences du GTIH. L'intérêt poursuivi était majoritairement politique.

La qualité des soins et la sécurité des patients poursuivent, quant à elles, un intérêt de santé publique, par la couverture du maximum des besoins en soin de la population. Pour les dirigeants du RHNe, la santé publique prévaut sur l'intérêt politique. L'interprétation téléologique plaide donc en faveur d'une organisation qui assure une prise en charge, aux patients du RHNe, qui soit la plus large et la meilleure possible, en termes de qualité, et évaluée dans sa globalité. La volonté politique doit néanmoins être respectée autant que possible, et l'organisation du RHNe ne saurait y déroger pour des motifs étrangers à la qualité et à la sécurité. Ainsi, une interprétation qui repose sur un pluralisme pragmatique dicte de prendre toutes les mesures qui tendent à une prise en charge médico-chirurgicale 24h/24 sur le site de CDF, jusqu'à ce que la sécurité des patients et la qualité des soins soient menacées.

3. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

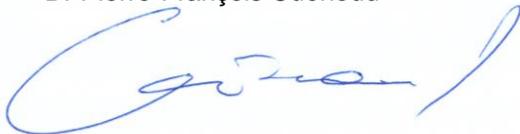
1. Poursuite du développement de l'activité opératoire de pointe du RHNe, structurée en filières et portée sur les deux sites, aux spécialisations complémentaires.
2. Poursuite de l'augmentation de l'activité opératoire à CDF en créant de nouvelles filières d'activités attractives (orthopédie, chirurgie plastique, urologie), et en réévaluant la pertinence de la répartition des missions sur chaque site de soins aigus.
3. Professionnalisation des urgences des deux sites par la création d'un service des urgences multisite et l'engagement d'urgentistes, permettant la prise en charge initiale 24/24 des urgences d'une manière optimale sur les deux sites, avec une orientation rapide et efficace dans les filières concernées. Celle-ci nécessite un budget annuel estimé à CHF **1'500'000.-**. (cf. annexe 3)
4. Prise en charge des urgences opératoires sur les deux sites selon leurs périmètres, à l'exception des spécialités déjà pleinement recentrées sur PRT (gynécologie-obstétrique, pédiatrie, chirurgie thoracique et vasculaire) et de celles qui nécessitent un plateau technique sophistiqué pour des questions de complexité des pathologies, ou comorbidité des patients (soins intensifs).
5. Elargissement des plages opératoires en soirée, sans extension des heures d'ouverture la nuit et le weekend, permettant d'absorber la majorité des urgences opératoires qui rentrent dans le périmètre de prise en charge de CDF.
6. Application d'un concept de « filet de sécurité » (ligne de piquet d'anesthésiologie, instrumentiste et aide de salle 24h/24, 7j/7) pour le site de CDF, qui se justifierait tant pour la sécurité des patients déjà sur place qu'en raison de l'augmentation en cours et prévue de l'activité médico-chirurgicale sur le site. Celui-ci permettrait en effet d'une part, la prise en charge des problèmes potentiels des personnes déjà hospitalisées au-delà des opérations proprement dites, et d'autre part, les éventuelles reprises opératoires et des gestes interventionnels par leurs spécialistes traitants (chirurgien généraliste, chirurgien plastique, orthopédiste, urologue) si les conditions de sécurité sont réunies. Cela éviterait le transfert de ces patients, en urgence sur PRT, durant les nuits et les weekends. Il nécessiterait cependant une réévaluation, une fois la stratégie institutionnelle déployée. Le budget annuel pour ce projet se chiffre entre CHF **500'000.-** et CHF **1'500'000.-** pour un **piquet d'anesthésie** (fourchette selon solution envisagée) et entre CHF **100'000.-** et CHF **400'000.-** pour un **piquet d'instrumentiste/aide de salle** (cf. annexe 3).

7. Afin de respecter l'objectif d'équilibre budgétaire, les mesures qui ne sont pas financièrement autoportées doivent faire l'objet d'un financement par une PIG.
8. En cas d'acceptation de nos propositions par le Conseil d'Etat, le déploiement des mesures proposées se fera par étapes. Leur incidence sur la qualité et la sécurité des soins, sur le fonctionnement des équipes ainsi que sur l'équilibre financier, sera évaluée périodiquement tous les 12 à 24 mois.

Les dispositifs développés ci-dessus respectent l'esprit de la loi, renforcent l'autonomie du site de CDF et diminuent significativement le nombre de transferts vers PRT. Ils rendent politiquement et médicalement acceptable le scénario d'une extension différente de ce qui aurait pu être attendu d'une ouverture 24h/24 et 7j/7 du bloc opératoire de CDF.

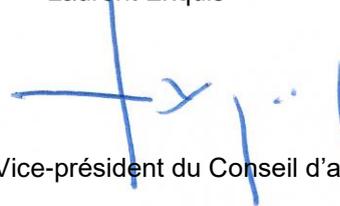
Rapport validé par le Conseil d'administration lors de sa séance du 28 août 2020.

Dr Pierre-François Cuénoud



Président du Conseil d'administration

Laurent Exquis



Vice-président du Conseil d'administration

Annexes :
 1) : rapport de la société EFFIGEN
 2) : mémorandum juridique
 3) : plan financier

Réseau Hospitalier Neuchâtelois

Mission d'étude pour élaborer des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Synthèse / Conseil d'Administration

Auteur : Dominique Dejean

29 mai 2020

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Agenda

<p>Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences</p> <p>La mission confiée au cabinet de conseil Effigen</p>	<p>Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences</p> <p>Les volumes en jeu</p> <p>Analyse des volumes et des fréquences des urgences chirurgicales</p>
<p>Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences</p> <p>Scenarii envisagés</p>	<p>Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences</p> <p>Synthèse et recommandations</p>

La mission confiée au cabinet de conseil Effigen

Brève présentation du cabinet de conseil Effigen Nos métiers

- **Optimisation et dimensionnement des blocs opératoires**
- **Ordonnancement des parcours patients**
 - Optimisation globale du parcours du patient : hospitalisation et plateaux techniques
 - enjeux : augmentation de la production au maximum de la capacité
 - réponse optimisée à la prise en charge des « urgences »
- **Optimisation des plateaux techniques**
 - Imagerie, médecine nucléaire, radiothérapie,
 - Optimisation des hôpitaux de jour (chirurgicaux, médicaux, oncologie)
- **Assistance aux opérations de transformation dans le cadre des fusions**
- **Pilotage de projet informatique à vocation organisationnelle forte**

Plus de 110 blocs
France, Nouvelle Calédonie,
Luxembourg et Suisse

Plus de 40 plateaux techniques
et hôpitaux de jour

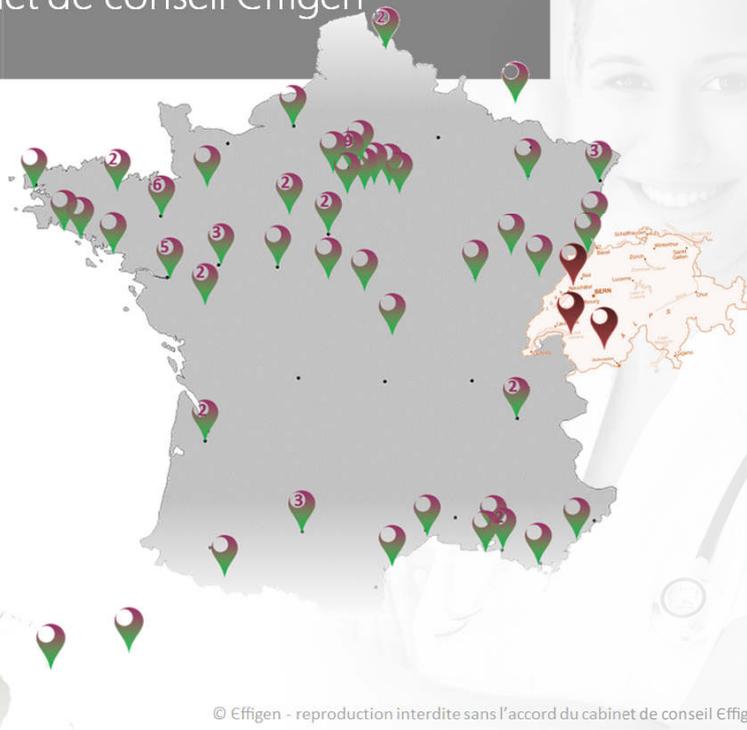
7 fusions d'établissements
et de plateaux techniques

élaborer des scénarios d'organisation des blocs pour les urgences

Brève présentation du cabinet de conseil Effigen Nos interventions

France,
La Réunion,
Luxembourg,
Nouvelle Calédonie,
Polynésie française,

Suisse 3 hôpitaux



Effigen
CRÉONS ENSEMBLE
LE CHANGEMENT

RHNe Réseau Hospitalier Neuchâtelois
29/05/2020 5

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

La mission confiée au cabinet de conseil Effigen

- Prendre connaissance de la loi votée par le canton
 - Rappel des articles de la LRHNe
 - Art. 3 : « Le RHNe a pour but de garantir à la population, en exploitant les infrastructures et les équipements adéquats, l'accès pour tous, **en toute sécurité, et en tout temps à des prestations de qualité** »
 - Art. 5 : « Le RHNe est composé de deux sites de soins [...] 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 »
- Imaginer des scénarii d'organisation compatibles avec cette loi,
- Analyser les conséquences sur le RHNe de chaque scénario,
- Comparer les différents scénarii pour faciliter l'arbitrage.

© Effigen - reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen

Effigen
CRÉONS ENSEMBLE
LE CHANGEMENT

RHNe Réseau Hospitalier Neuchâtelois
29/05/2020 6

La méthodologie utilisée pour imaginer des scénarii

- **Prise de connaissance du contexte**
 - **Observations in situ** au démarrage des blocs de Pourtalès et La Chaux-de-Fonds
- **Analyse de données objectives (issues des systèmes institutionnels)**
 - **Volume de données significatif = 1 an**
 - bloc et passage par le service d'accueil des urgences
- **Identification des scénarii possibles**
 - Grâce aux expériences d'Effigen : **plus de 100 blocs opératoires**
 - Centres hospitaliers universitaires et non universitaires, cliniques privées, Centres de lutte contre le Cancer, Hôpitaux d'Instruction des Armées
 - France, Nouvelle Calédonie, Réunion
 - Luxembourg : 3 blocs
 - Suisse : 4 blocs
- **Interviews de 20 professionnels** (liste page suivante) pour appréhender avec chacun les conséquences de chaque scénario proposé.

Les professionnels rencontrés

Nom	Prénom	Département	Fonction
Bastin	Alain	Direction des Soins	Infirmier chef de département
Benali	Youssef	Direction médicale	Chef de projet
Brünisholz	Yves	Département de Gynécologie	Chef de département
Corpateaux	Jean-Baptiste	Département d'Anesthésie	Anesthésiste
Jeanneret	Sandra	Direction des Soins	Directrice
Moratel	David	Direction des Soins	Cadre infirmier
Moreul	Philippe	Direction des Soins	Cadre infirmier
NGuyen	Daniel	Département de Chirurgie	Chirurgien urologue
Nicodème	Jean-Damien	Département d'Orthopédie	Co-chef de département
Plachta	Olivier	Direction médicale	Directeur
Racloz	Guillaume	Département d'Orthopédie	Co-chef de département
Renggli	Jean-Claude	Département de Chirurgie	Chirurgien viscéral
Robin	Philippe	Département des Urgences	Infirmier chef de département
Sauvain	Marc	Département de Chirurgie	Chirurgien viscéral
Schweizer	Alexandre	Département d'Anesthésie	Chef de département
Sénéchal	Fabien	Direction des Soins	Cadre infirmier
Stähli	Christof	Direction médicale	OP-manager
Suc	Hélène	Direction des Soins	Cadre infirmier
Sulzer	Christopher	Direction médicale	OP-manager
Worreth	Marc	Département de Chirurgie	Chef de département

- **Les fonctions critiques des blocs ont toutes été rencontrées**
 - Chirurgiens, dont des chefs de département,
 - Anesthésistes, dont le chef de département
 - Responsables des blocs
 - Directeur Médical
 - Directrice des Soins
 - Cadres de santé d'anesthésie ou de bloc

Les volumes en jeu

Analyse des volumes et des fréquences des urgences chirurgicales

Carte d'identité de la prise en charge des urgences 7 jours / 7 - 24 h/24 - hors pédiatrie et hors gynéco-obst.

- Deux sites de prise en charge des « urgences » ouverts 24 heures / 24, 7 jours sur 7

- Patients arrivés au site de **La Chaux-de-Fonds**

Nombre d'entrées par semaine au service des urgences	331	→	 patients hospitalisés en médecine	27	
			 patients opérés au bloc (non nécessairement immédiatement)	nombre	site
				2	CDF
			7	PRT	
		→	retour à domicile	296	

9 patients opérés sur les 331 patients par semaine = 2.7%

- Patients arrivés au site de **Neuchâtel (Hôpital de Pourtalès)**

Nombre d'entrées par semaine au service des urgences	563	→	 patients hospitalisés en médecine	51	
			 patients opérés au bloc (non nécessairement immédiatement)	nombre	site
				0	CDF
			25	PRT	
		→	retour à domicile	487	

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Méthodologie de l'évaluation

■ Pour éviter tout biais d'analyse,

- Sous le vocable « urgences chirurgicales », nous avons privilégié une « **approche patient** » et donc considéré la prise en charge de **TOUS** les patients qui se présentent aux **services des urgences**:
 - de La Chaux-de-Fonds
 - ou de Pourtalès
- avec une **prise en charge chirurgicale** au cours de l'hospitalisation quel que soit le niveau d'urgence qualifié



© Effigen - reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen

Effigen
CRÉONS ENSEMBLE
LE CHANGEMENT



29/05/2020

11

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Méthodologie de l'évaluation

■ Pour éviter tout biais d'analyse,

- nous avons calculé le volume de patients qui seraient pris en charge au bloc, après être entrés par le « service des urgences » :
 - l'affectation d'un patient à un site repose sur le **temps de déplacement** entre sa commune de résidence et l'adresse de l'hôpital (calcul réalisé en utilisant GoogleMap® pour minimiser les biais),
 - En considérant, hors toute considération de notoriété, de répartition des activités, que **le patient choisit l'hôpital qui est le plus proche en temps**.



© Effigen - reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen

Effigen
CRÉONS ENSEMBLE
LE CHANGEMENT



29/05/2020

12

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Analyse de la volumétrie de patients arrivant aux urgences
PRT et **CDF** pour une prise en charge chirurgicale
 7 jours / 7 - 24 h/24 - hors pédiatrie et hors gynéco-obst.

Moyenne des entrées heure par heure
 du 7 janvier 2019 au 20 décembre 2019



3 à 4 patients en moyenne arrivent en journée pour une intervention*

1 à 2 patients en moyenne arrivent la nuit pour une intervention*

Note : * pour une intervention ultérieure non nécessairement immédiate.

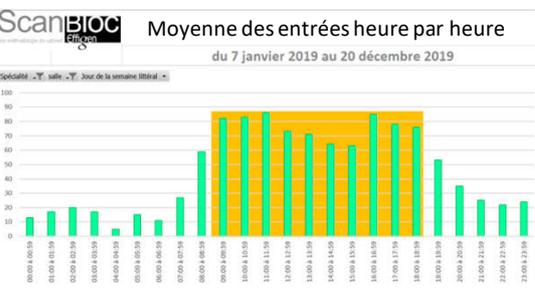
Données sur 35 semaines
 = année, hors périodes de vacances et semaines avec jours fériés

© Effigen - reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen

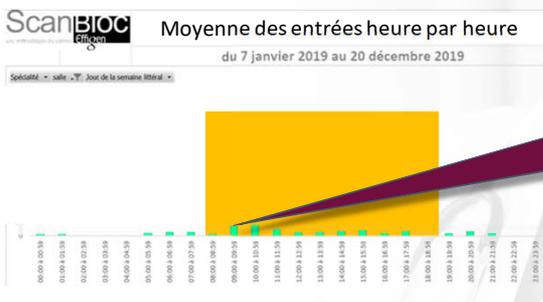
Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Analyse de la volumétrie de patients arrivant aux urgences pour une prise en charge chirurgicale
 7 jours / 7 - 24 h/24 - hors pédiatrie et hors gynéco-obst.

Site de Poralès



Site de la Chaux-de-Fonds



Sur une année 10 patients sont entrés pour une intervention chirurgicale entre 9h et 9h59

Mêmes échelles pour les 2 graphiques

© Effigen - reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Analyse de la volumétrie de patients arrivant aux urgences pour une prise en charge chirurgicale
7 jours / 7 - 24 h/24 - hors pédiatrie et hors gynéco-obst.



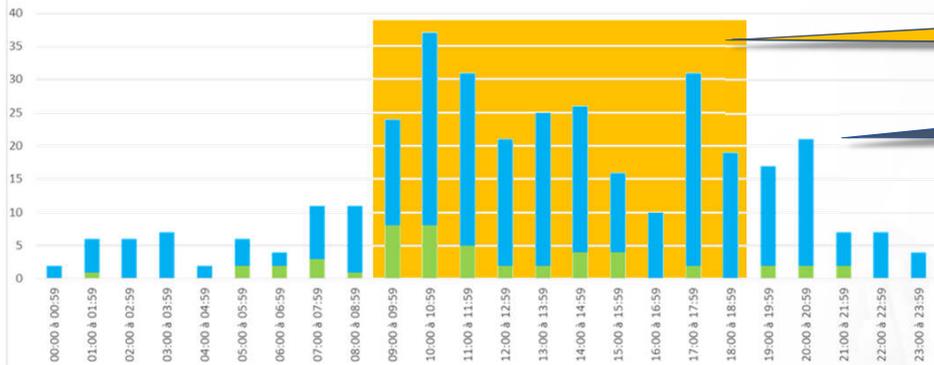
Simulation des entrées heure par heure au service des urgences de La Chaux-de-Fonds pour une intervention au bloc
patients de la CDF + ceux habitants plus près de la CDF que de PRT



Patients arrivés** à la CDF,
Patients arrivés** à PRT mais habitants plus près* de la CDF qui auraient été pris en charge à la CDF si le bloc de la CDF fonctionnait 24/24, 7/7.



Moyenne des entrées heure par heure
du 7 janvier 2019 au 20 décembre 2019



1 patient en moyenne arrive en journée pour une intervention

1 patient en moyenne arrive une nuit sur deux pour une intervention

Notes : * « plus près » = temps de parcours selon le calcul d'itinéraire de GoogleMap® entre la commune de domicile du patient et l'adresse des sites hospitaliers

** par ses propres moyens ou emmenés en ambulance

© Effigen - reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen



29/05/2020

15

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Analyse des fréquences des urgences chirurgicales
Patients entrés en semaine ou en week-end,
24 h/24 - hors pédiatrie et hors gynéco-obst.



CRÉONS ENSEMBLE
LE CHANGEMENT

		Chir. visc., ORL, ophtalmo, uro...	Traumatologie
Pourtalès	SEMAINE	80 jours avec 1 ou 2 interventions	78 jours avec 1 ou 2 interventions
		Maximum : 1 jour avec 8 interventions	Maximum : 2 jours avec 5 interventions
	WEEK-END	22 jours avec 1 ou 2 interventions	25 jours avec 1 intervention
		Maximum : 1 jour avec 5 interventions	Maximum : 1 jour avec 7 interventions

		Chir. visc., ORL, ophtalmo, uro...	Traumatologie
la Chaux-de-Fonds	SEMAINE	57 jours avec 1 intervention	43 jours avec 1 intervention
		Maximum : 1 jour avec 5 interventions	Maximum : 1 jour avec 4 interventions
	WEEK-END	9 jours avec 1 intervention	13 jours avec 1 intervention
		Maximum : 1 jour avec 3 interventions	Maximum : 1 jour avec 4 interventions

© Effigen - reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen



29/05/2020

16

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Synthèse de l'analyse des volumes et des fréquences des urgences chirurgicales

■ Si tous les patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale en urgence et habitant à proximité de l'hôpital de **La Chaux-de-Fonds** se présentent au service des urgences (hors gynéco-obst. et hors péd.):

- Nécessitant une prise en charge par une spécialité donnée (chirurgie viscérale, traumatologie, urologie,...)
- Moyenne haute*: **1 patient entre au service des urgences en journée**
 - Au maximum : 2 à 3 patients par jour : cas qui se produit 1 jour par an
- Moyenne haute*: **1 patient entre au service des urgences une nuit sur deux**
 - Au maximum : 2 à 3 patients par nuit cas qui se produit 1 nuit par an

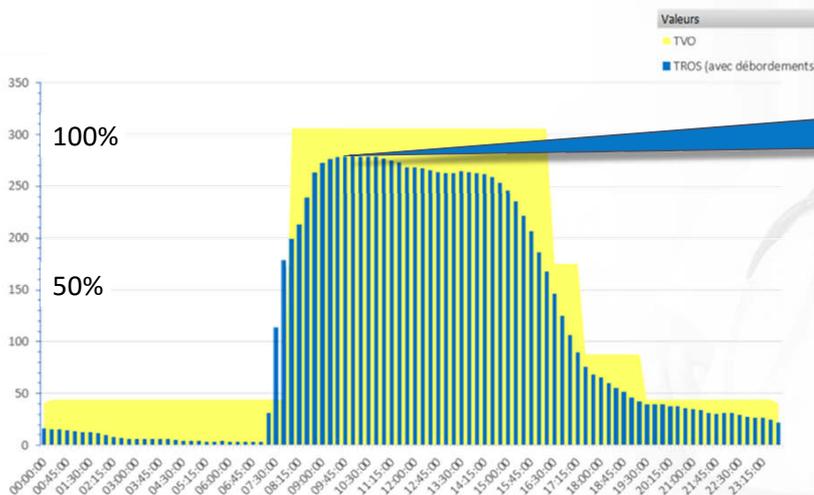
Note : * moyenne haute car aucun tri sur le niveau de gravité n'est pris en compte : dans la réalité, certains patients seront nécessairement transférés à PRT pour bénéficier d'une prise en charge par une unité de soins intensives ou un autre plateau technique.

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Profil d'occupation du bloc opératoire de **Pourtalès** en semaine hors w.e. hors période de vacances y compris pédiatrie et gynéco-obst.

profil d'occupation des salles

du 7 janvier 2019 au 20 décembre 2019



Taux d'occupation des vacations
Maximum = 92% à 10 heures
7 salles ouvertes

3 salles jusque 16h30
2 salles jusque 17h30
1 salle jusque 19h30
1 salle 24/24 (urgences)

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Profil d'occupation du bloc de La Chaux-de-Fonds la semaine – hors période de vacances

Effigen

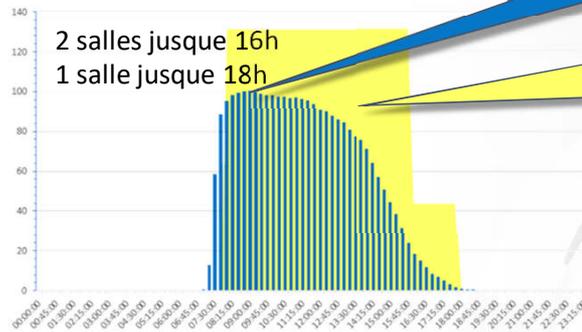
CRÉONS ENSEMBLE
LE CHANGEMENT

ScanBLOC
une méthodologie du cabinet Effigen

profil d'occupation des salles

du 7 janvier 2019 au 20 décembre 2019

Taux d'occupation des vacations
Maximum = 76% à 9 heures
3 salles ouvertes pour l'électif



Il existe des marges de manœuvre pour accueillir plus d'activité, en particulier des urgences immédiates ou différées en particulier entre 8h et 18h.

Note : données 2019. Depuis le second semestre une croissance est constatée grâce à la mise en place des filières avec 15% d'augmentation sur le second semestre par rapport au premier. In fine, les marges de manœuvre sont déjà partiellement mises à profit pour prendre de l'activité élective.

reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen

RHNe
Réseau Hospitalier Neuchâtelois
29/05/2020 19

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Synthèse de l'occupation actuelle des blocs opératoires

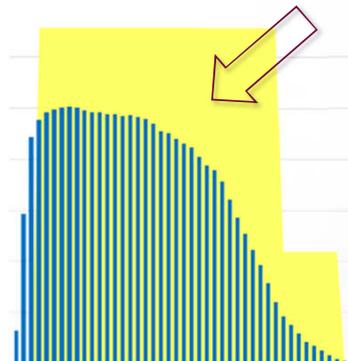
Effigen

CRÉONS ENSEMBLE
LE CHANGEMENT

Le bloc de La Chaux-de-Fonds permet d'absorber aisément plus d'activité en journée sans bouleversement de l'organisation

- Horaires actuels d'ouverture plus réduits qu'à Poralès
 - 2 salles jusque 16h // 16h30 ou 17h30
 - 1 salle jusque 18h // 19h30

Taux d'occupation permettant d'accepter plus d'activité, donc en particulier les urgences dont le volume reste très limité



Données 2019 – Le taux d'occupation a déjà augmenté début 2020

© Effigen - reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen

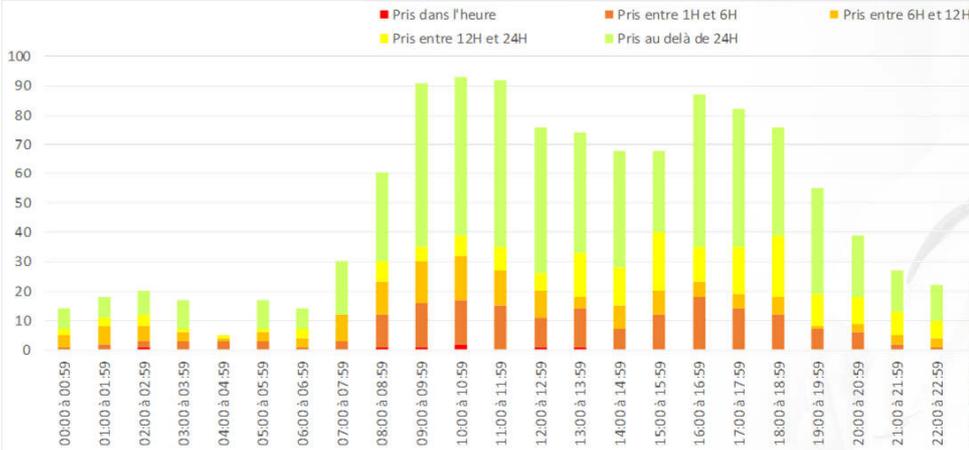
RHNe
Réseau Hospitalier Neuchâtelois
29/05/2020 20

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Analyse des délais de prise en charge au bloc depuis l'arrivée aux « urgences » de **Pourtalès** et de **La Chaux-de-Fonds**
7 jours / 7 - 24 h/24 - hors pédiatrie et hors gynéco-obst.

délat entrée urgences - entrée bloc

du 7 janvier 2019 au 20 décembre 2019



Moins de 10 patients par an passent au bloc dans l'heure après être entrés aux « urgences »

Une situation commune à tous les établissements : le passage au bloc **dans l'heure** demeure un cas **extrêmement rare.**

Un peu moins de 1 patient chaque jour passent au bloc dans les 6 heures après être entrés aux « urgences »

Les patients entrés via les urgences et qui subissent une intervention et également une reprise figurent dans ce graphique : 175 reprises ou interventions multiples sur 1200 opérés)

© Effigen - reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen

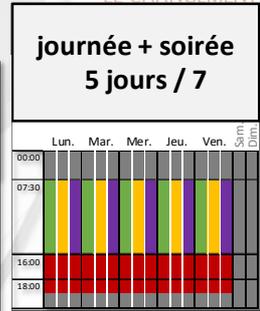
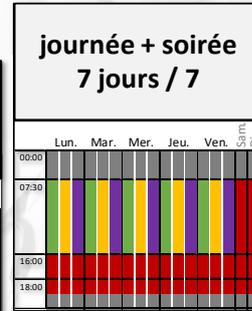
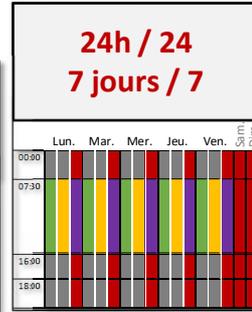
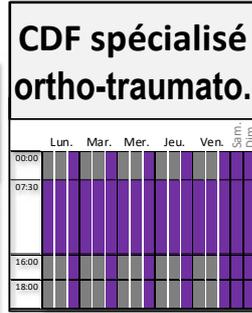
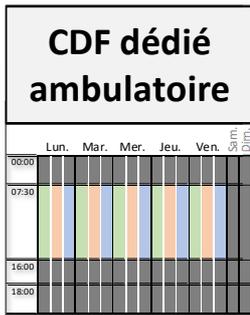
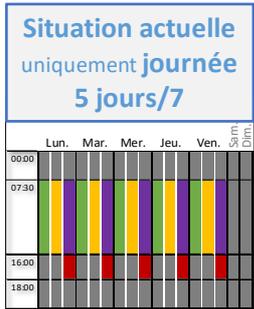
Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Scenarii envisagés

© Effigen - reproduction interdite sans l'accord du cabinet de conseil Effigen

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

6 Scenarii envisagés pour répondre à la LRHNe d'organisation du bloc opératoire de la Chaux-de-Fonds



Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

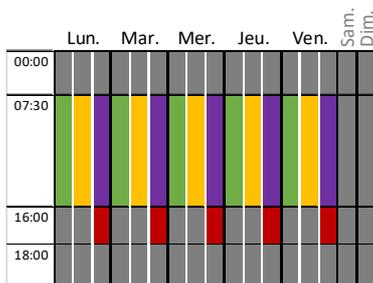
6 Scenarii envisagés pour répondre à la LRHNe Situation actuelle

Description

Activités électives

- 1 salle pour l'orthopédie,
- 1 salle pour la chirurgie,
- 1 salle pour les autres activités

Avec un peu de temps en fin de programme pour accepter régulièrement 1 urgence par jour



FORCES

- permet de développer l'activité élective
- permet d'offrir à la population du bassin de la CDF les actes courants
- permet de prendre en charge régulièrement la semaine
- 1 urgence chir ou traumato**

FAIBLESSES

une organisation qui peut être perçue comme répondant imparfaitement à la loi.

OPPORTUNITES

- facilite la poursuite du développement de l'activité élective
- permet de fidéliser les chirurgiens
- améliorer l'attractivité de RHNe pour tous les professionnels : chirurgiens, anesthésistes, soignants**

MENACES

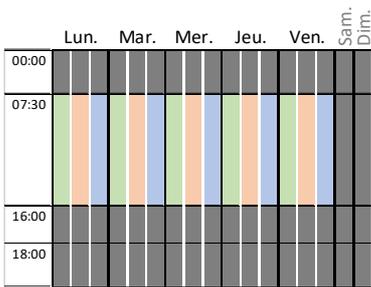
Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

6 Scenarii envisagés pour répondre à la LRHNe CDF dédié à l'ambulatoire



Description

La totalité des activités ambulatoires de toutes les spécialités chirurgicales, hors pédiatrie, pour les patients des bassins de CHF et de PRT est réalisée dans le bloc de CDF.



FORCES

permet de développer l'activité élective
permet d'offrir à la population du bassin de la CDF une partie des actes courants réalisés en ambulatoire

FAIBLESSES

contraire à la LRHNe
Aucune urgence ne peut être prise en charge pratiquement

OPPORTUNITES

permet probablement la poursuite du développement de l'activité élective

MENACES

l'absence de filières ambulatoires et en hospitalisation complète peut complexifier l'organisation des chirurgiens et obérer l'attractivité du RHNe



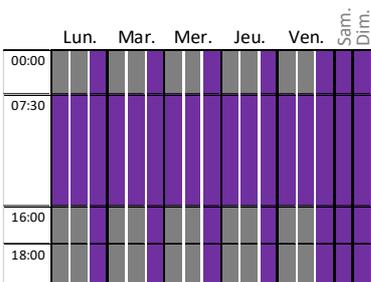
Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

6 Scenarii envisagés pour répondre à la LRHNe CDF spécialisé ortho-traumatologie



Description

La totalité de l'orthopédie et de la traumatologie, hors pédiatrie, pour les patients des bassins de CHF et de PRT est réalisée à CDF.



FORCES

permet d'offrir à la population du bassin de la CDF une la moitié des actes courants
permet de prendre les urgences de traumatologie à CDF

FAIBLESSES

ne correspond pas "à la lettre" à la LRHNe mais permet de prendre la moitié des urgences chirurgicales
La pédiatrie ne pourra pas être traitée sans prise en charge en pédiatrie (i.e. unité de PRT) : par conséquent, l'équipe aura à faire face à des « doubles » urgences : 1 adulte à CDF / 1 enfant à PRT. Il a déjà été difficile de consolider une équipe dans un contexte fortement concurrentiel. En cas de départ de chirurgiens, la probabilité de recruter de nouveaux opérateurs avec une telle organisation relève d'un pari risqué.

OPPORTUNITES

permet probablement la poursuite du développement de l'activité élective
permet de fidéliser les chirurgiens

MENACES

l'absence de filières organisées peut complexifier l'organisation des chirurgiens et obère l'attractivité du RHNe
L'équipe actuelle n'est pas prête à sacrifier ni ses conditions de vie ni ses conditions d'exercice pour transférer la totalité des activités réglées et de traumatologie sur le site de CDF.



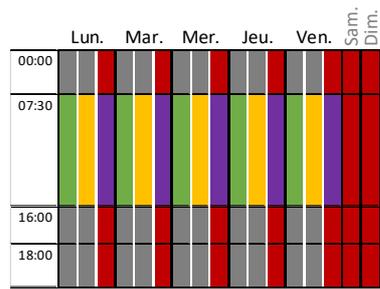
Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

6 Scenarii envisagés pour répondre à la LRHNe Bloc de CDF ouvert 24h/24 - 7 jours / 7



Description

Le bloc de CDF dispose en plus des salles dédiées «électif» chaque jour de la semaine et du week-end d'une salle ouverte 24h sur 24



FORCES	FAIBLESSES
<p>permet de prendre en charge la semaine et le WE 2 urgences chir ou traumatato</p> <p>correspond "une lecture" de la LRHNe d'un bloc ouvert 24h/24 7j/7 sur le papier à condition que le RHNe parvienne à recruter et à péreniser in fine une telle organisation avec un niveau de sécurité suffisant</p>	<p>Nécessité de recruter au moins 4 EPT anesthésistes (voire 6 ou 8 pour obtenir une équipe qui accepte le volume de gardes)</p> <p>un surcoût démesuré non couvert par le budget des interventions réalisées 5 à 8 MCHF</p> <p>la nécessité de prendre en charge des urgences sur 2 sites pour chaque spécialité implique soit un doublement des équipes chirurgicales soit une prise de risque régulière → stress important pour les professionnels / risques augmentés pour les patients</p>
OPPORTUNITES	MENACES
	<p>placer tous les opérateurs, compte tenu de la taille de l'établissement, en piquet => démission probables de certains chirurgiens, anesthésistes et autres soignants pour rechercher de meilleures conditions de travail</p> <p>Des recrutements difficiles : comment recruter des médecins pour réaliser une activité réduite, avec un volume de garde important, dans un centre hospitalier excentré ?</p> <p>in fine, risque de fermeture de salles de bloc certains jours donc impossibilité pratique de prendre en charge les urgences de certaines spécialités tous les jours</p> <p>un surcoût particulièrement difficile à prendre en charge dans un contexte d'une baisse inéluctable des tarifs</p> <p>Risque d'obérer le développement des activités sur le site de CDF voire également de PRT</p>

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

6 Scenarii envisagés pour répondre à la LRHNe Bloc de CDF journée+soirée 7 jours / 7

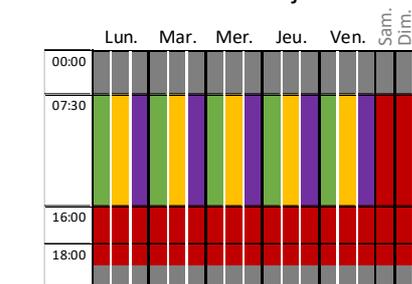


Description

Activités électives

- 1 salle pour l'orthopédie,
- 1 salle pour la chirurgie,
- 1 salle pour les autres activités

Optimisation de l'utilisation des vacances actuelles et augmentation des plages actuelles pour prendre les urgences en semaine et ouverture du bloc le week-end en journée



FORCES	FAIBLESSES
<p>permet de prendre en charge la semaine et le week-end 2 urgences chir ou traumatato</p>	<p>une organisation qui peut être perçue comme répondant imparfaitement à la loi.</p> <p>un surcoût important non couvert par le budget des interventions réalisées ~ 3 MCHF</p> <p>la nécessité de prendre en charge des urgences sur 2 sites pour chaque spécialité implique soit un doublement des équipes chirurgicales soit une prise de risque régulière → stress important pour les professionnels / risques augmentés pour les patients</p>
OPPORTUNITES	MENACES
	<p>placer tous les opérateurs, compte tenu de la taille de l'établissement, en piquet => démission probables de certains chirurgiens, anesthésistes et autres soignants pour rechercher de meilleures conditions de travail</p> <p>Des recrutements difficiles : comment recruter des médecins pour réaliser une activité réduite, avec un volume de garde important, dans un centre hospitalier excentré ?</p> <p>in fine, risque de fermeture de salles de bloc certains jours donc impossibilité pratique de prendre en charge les urgences de certaines spécialités tous les jours</p> <p>Risque d'obérer le développement des activités sur le site de CDF voire également de PRT</p>

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

6 Scénarii envisagés pour répondre à la LRHNe Bloc de CDF journée+soirée 5 jours / 7

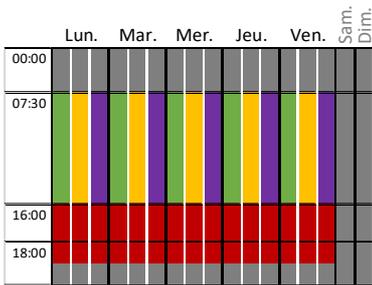


Description

Activités électives

- 1 salle pour l'orthopédie,
- 1 salle pour la chirurgie,
- 1 salle pour les autres activités

Optimisation de l'utilisation des vacances actuelles et augmentation des plages actuelles pour insérer les urgences dans le programme en semaine avec transfert des urgences de priorité 0 nocturnes et du week-end à PRT.



FORCES

- permet de développer l'activité élective
- permet d'offrir à la population du bassin de la CDF les actes courants
- permet de prendre en charge la semaine
- 2 urgences chir ou traumato

OPPORTUNITES

- facilite la poursuite du développement de l'activité élective
- permet de fidéliser les chirurgiens
- améliorer l'attractivité de RHNe pour tous les professionnels : chirurgiens, anesthésistes, soignants

FAIBLESSES

- une organisation qui peut être perçue comme répondant imparfaitement à la loi.
- un surcoût **marginal** largement couvert par le budget des interventions réalisées

MENACES

aucune



Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Atouts et limites des différents scénarii ordre surcoût croissant



Surcoût

Nombre de patients supplémentaires pris en charge

Nombre de patients pris en charge à CDF

Transferts* à PRT

Risques associés

Scénarii où le bloc de la Chaux-de-Fonds est globalement polyvalent (hors activité pédiatrique, gynécologique ou impliquant des soins critiques) classés par surcoût croissant

Situation actuelle	Surcoût	Nombre de patients supplémentaires pris en charge	Nombre de patients pris en charge à CDF	Transferts* à PRT	Risques associés
urgences chirurgicales arrivées aux urgences de CDF parfois prises en charge en journée si un chirurgien expérimenté dispose d'une vacation au bloc avec une place libre uniquement journée 5 jours / 7			2 par semaine	8 par semaine	Solution acceptable par tous les professionnels
urgences chirurgicales arrivées aux urgences de CDF prises en charge en journée la semaine journée + soirée 5 jours / 7	non significatif	AUCUN	9 par semaine	1 par semaine	Solution acceptable par tous les professionnels
urgences chirurgicales arrivées aux urgences de CDF prises en charge en journée et organisation de la prise en charge en journée le week-end journée + soirée 7 jours / 7	1,2 MCHF	AUCUN	10 par semaine	1 par mois	La dispersion des ressources entraîne un risque patient en cas de double urgence 1 à CDF et 1 à PRT Perte de ressources chirurgicales + difficultés de recrutement
les deux blocs sont capables d'accueillir toutes les urgences 24h/24 7j/7 (hors gynéco-obst. et pédiatrie restant uniquement à PRT) 24h / 24 7 jours / 7	5 à 8 MCHF	AUCUN	10 par semaine	AUCUN	La dispersion des ressources entraîne un risque patient en cas de double urgence 1 à CDF et 1 à PRT Perte importantes de ressources chirurgicales et d'anesthésie + fortes difficultés de recrutement

Scénarii où le bloc de la Chaux-de-Fonds est dédié exclusivement à une activité (ambulatoire) ou une spécialité (ortho-traumato)

Situation actuelle	Surcoût	Nombre de patients supplémentaires pris en charge	Nombre de patients pris en charge à CDF	Transferts* à PRT	Risques associés
le site de CDF est spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologique et accueille TOUS les patients de PRT et CDF 24h sur 24 7j/7 et le site de PRT est spécialisé en « mou » (chir. dig., uro., ... gynéco-obst. et pédiatrie) CDF spécialisé ortho-traumato.	1,2 à 2,4 MCHF	AUCUN	4 par semaine	6 par semaine	La dispersion des ressources entraîne un risque patient en cas de double urgence traumato 1 à CDF et 1 à PRT Perte de ressources chirurgicales + difficultés de recrutement
le site de CDF est dédié ambulatoire/hôpital de jour et le site de PRT est spécialisé hospitalisation stationnaire, obstétrique et pédiatrie. CDF dédié ambulatoire			<i>scénario inadapté pour répondre à la loi</i>		

Note : * transfert pour BLOC immédiat car bloc non ouvert
Calculs des flux probabilistes : Cf. page suivante

Atouts et limites des différents scénarii

■ Première synthèse

- La création d'un **second bloc d'urgences 24h / 24, 7 jours / 7** pour offrir légitimement au bassin de population de la Chaux-de-Fonds les mêmes prises en charge qu'au bassin de population de Neuchâtel **provoquera l'effet inverse à l'effet recherché** :
- l'augmentation du volume de garde sans activité supplémentaire in fine, l'augmentation des contraintes sans activité, sans recette supplémentaire (donc dans un établissement qui devra sacrifier des investissements)
 - provoquera une **fuite inéluctable des praticiens hospitaliers et probablement d'infirmiers**
 - et **augmentera la difficulté à recruter**.

- Aussi, in fine, l'hôpital bi-site sera amputé d'une partie de ses ressources vives et sera **contraint de réduire son offre de soins à la population du canton**.

Des coûts démesurés

Chirurgiens = 2,4 à 4 MCHF
Anesthésiste 1,2 à 2,4 MCHF
Infirmiers : 1,3 MCHF
Soit une facture d'environ 5 à 8 MCHF sans recette supplémentaire avec une baisse inéluctable des tarifs

PLUS GRAVE : une perte de sens

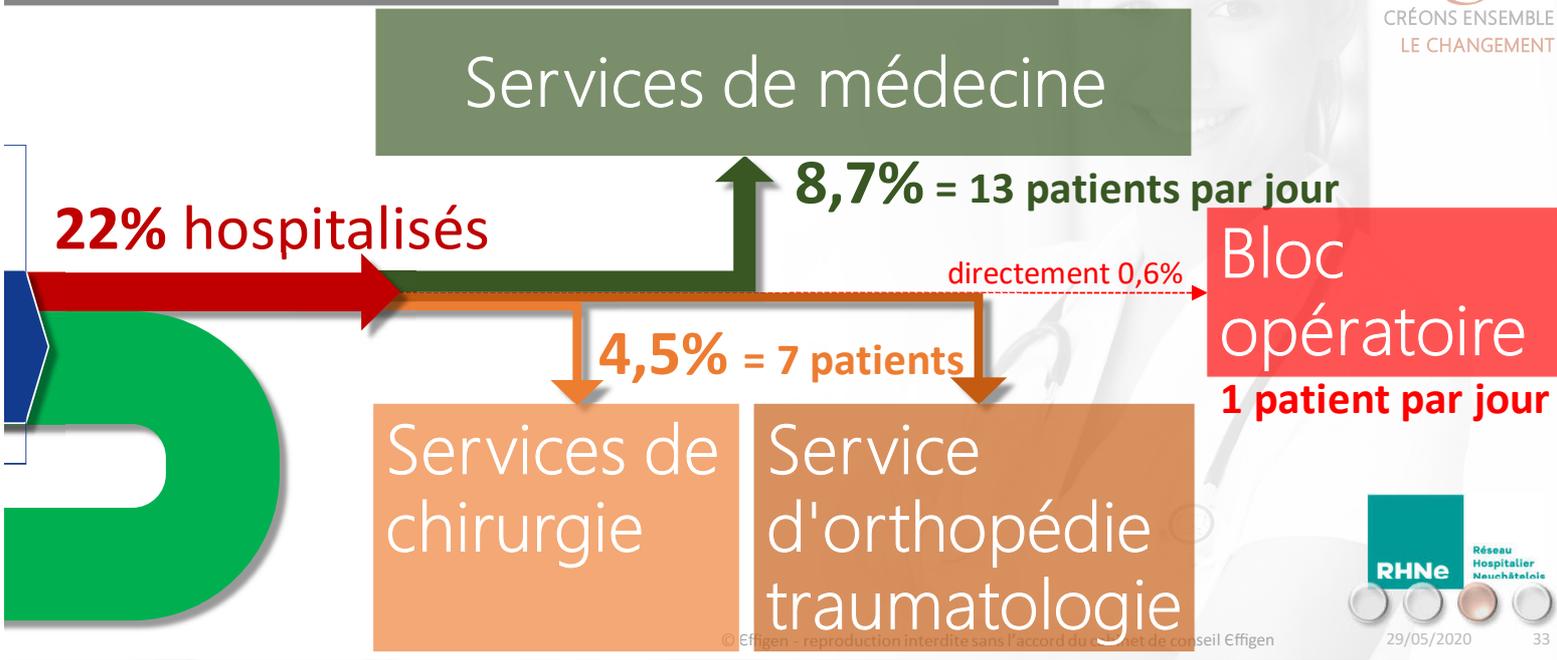
Une majorité de professionnels a exprimé que la perte de sens qui résulterait de l'ouverture d'un 2nd bloc 24h/24, 7j/7 provoquerait probablement des démissions ou des situations de burn out.

Comprendre le parcours de l'opéré en urgence 1^{ère} étape : prise en charge au Service des Urgences



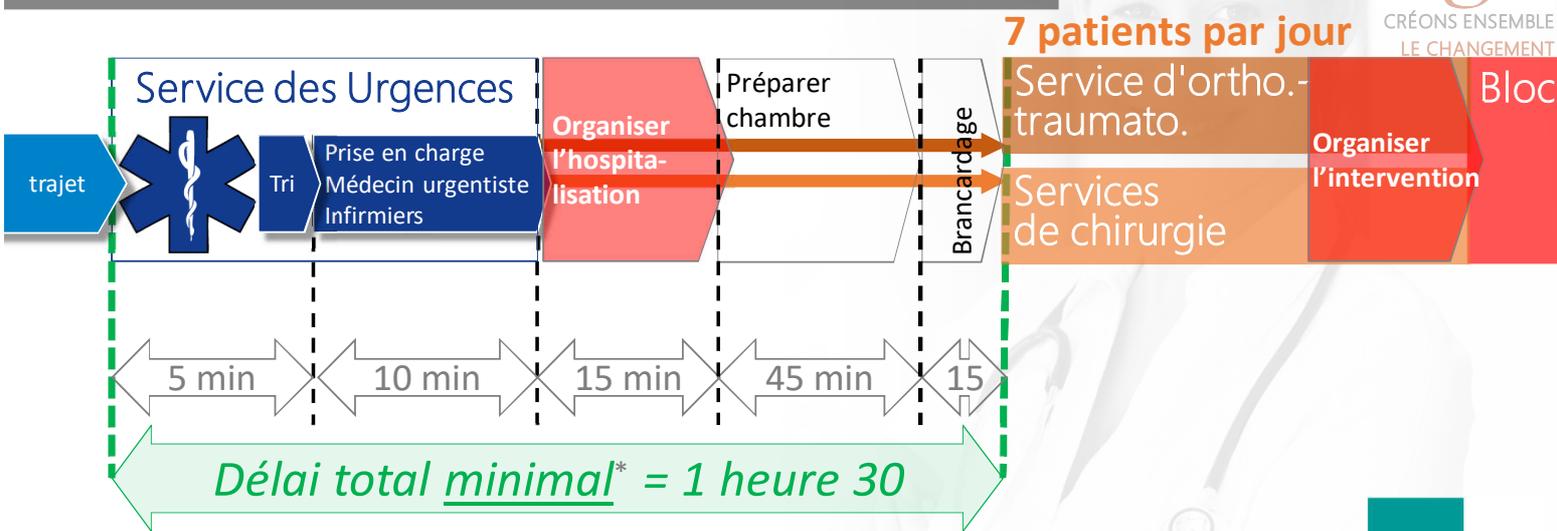
Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Comprendre le parcours de l'opéré en urgence
 2^{ème} étape : hospitalisation



Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

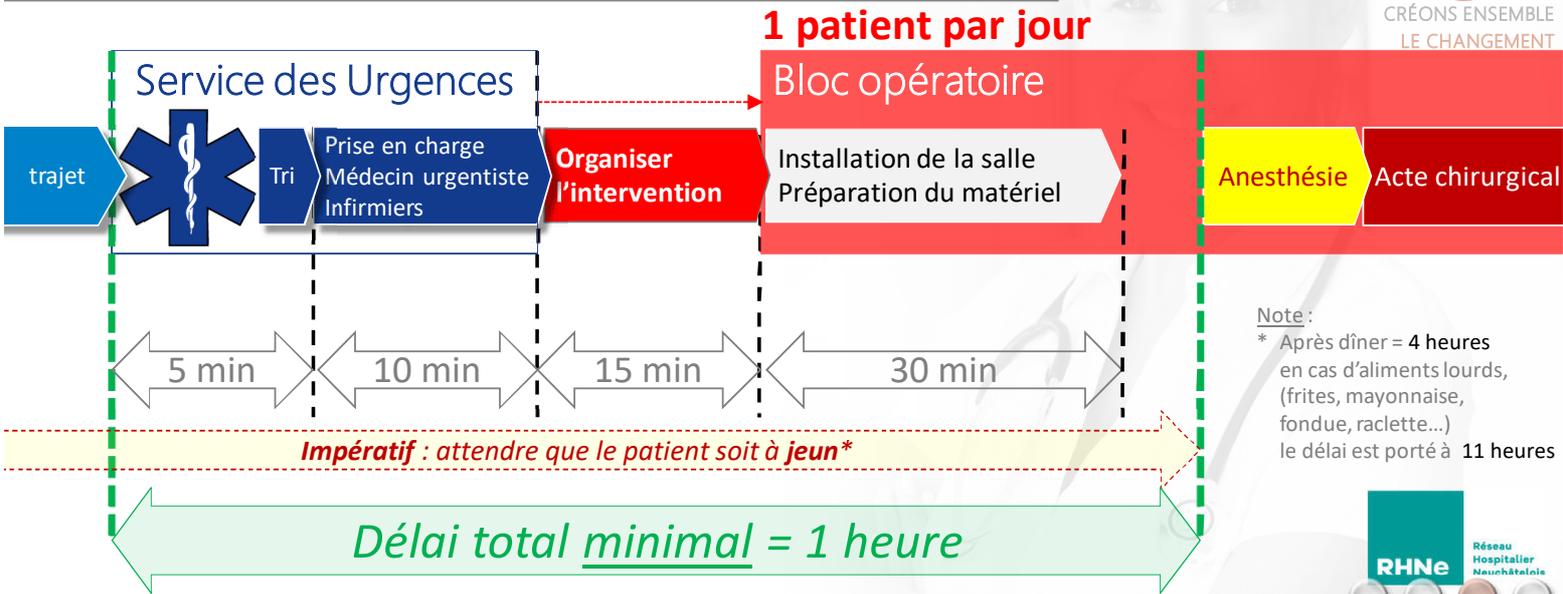
Comprendre les délais de prise en charge du patient hospitalisé pour une intervention « urgente »



Note : * Délais minimum avec une organisation efficace impliquant en particulier une équipe complète disponible comportant a minima : 1 médecin urgentiste senior + 1 infirmier d'orientation + 1 équipe d'infirmiers

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Comprendre les délais de prise en charge du patient pris directement au bloc pour une intervention au plus tôt



Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Synthèse et recommandations

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Remerciements et point de vigilance

▪ Les professionnels rencontrés nous ont tous accueillis avec bienveillance malgré le sujet qui les préoccupe profondément.

▪ Un sentiment de malaise général, voire de résignation

- Tous ont été clairs : ils respecteront la loi.
- Nous avons rencontré des professionnels qui semblent être angoissés à l'idée de **devoir dégrader le service rendu** à la population pour répondre à la nouvelle loi car tous ont la certitude que le surcoût qui serait engendré par le scénario qu'ils imaginent (l'ouverture 24 heures/24 7 jours/7 du bloc sur les deux sites) ne sera pas financé et que les ressources nécessaires ne pourront être recrutées avec pour conséquence in fine une réduction des moyens pour la prise en charge des patients en électifs et une dégradation du service rendu à la population.
- Pour certains, les conséquences sont telles sur le plan professionnel, avec l'incapacité à offrir une prise en charge qualitative à leurs patients, avec parfois des conséquences délétères sur le plan personnel, qu'ils envisagent plutôt la démission.



Avis Effigen : ce sentiment de malaise général doit nécessairement rendre prudent toute évolution de l'organisation hospitalière notamment dans une période désormais délicate pour recruter des personnels médicaux et paramédicaux.

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Une confusion fréquente

▪ **Ne pas confondre**

- Assurer une prise en charge médico-chirurgicale de qualité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à l'hôpital de La Chaux-de-Fonds

▪ **et**

- Disposer d'un le bloc opératoire à l'hôpital de La Chaux-de-Fonds ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

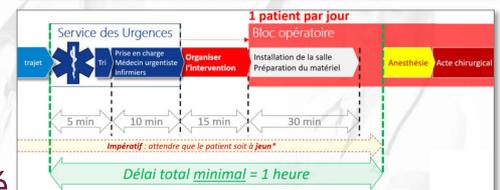
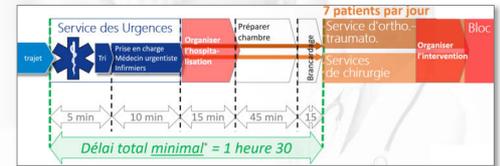
→ **Les attentes du patient**

- Disposer d'une prise en charge médico-chirurgicale de qualité dès son arrivée au service des urgences situé à proximité de son domicile.

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

La définition d'une prise en charge médicale

- La prise en charge chirurgicale ou médicale implique avant tout
 - Une organisation 24 h / 24, 7 jours / 7 pour assurer un parcours patient « optimale ». Dans tous les cas, l'hospitalisation est guidée par une recherche de la qualité et de la sécurité :
 - Le temps d'organisation de la prise en charge chirurgicale est quel que soit le site d'une durée supérieure à la durée de transfert des urgences de CDF au bloc de PRT
 - ainsi, aucune perte de chance n'est à déplorer pour le patient...
 - ... à condition d'une prise en charge médicale seniorisée 24 h sur 24 7 j/7 au sein du service des urgences = c'est la bien la véritable définition d'une prise en charge chirurgicale et médicale équivalente
- Le temps de transfert de CDF à PRT d'un patient restera toujours inférieur au temps d'organisation du parcours (préparation de l'unité ou préparation de la salle et mobilisation d'une équipe complète).
 - L'essentiel demeure donc un diagnostic fiable et rapide (donc seniorisé) du patient au service des urgences.



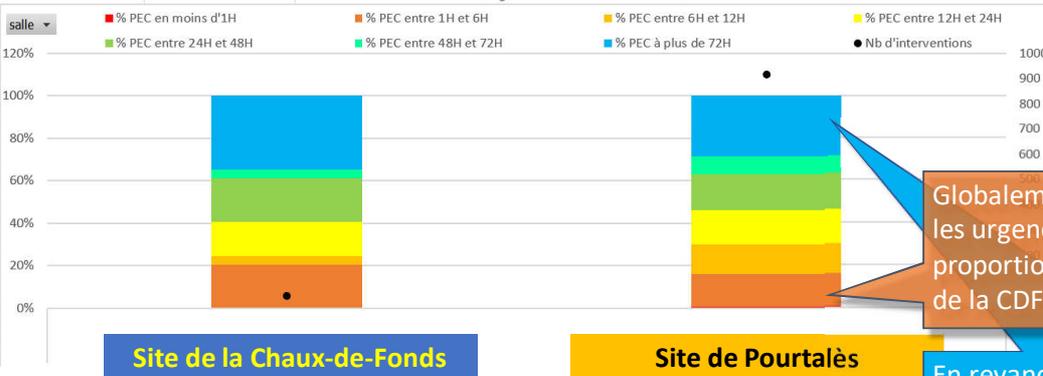
Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Durée moyenne entre l'entrée au service des urgences et le début de l'intervention au bloc, quel que soit le bloc opératoire



Temps de prise en charge des urgences

du 7 janvier 2019 au 20 décembre 2019



Globalement malgré la nécessité de transférer les urgences sur le site de Pourtalès, in fine, une proportion un peu plus importante de patients de la CDF sont pris en charge très rapidement.

En revanche, l'existence de deux sites ralentit ensuite la prise en charge au bloc pour les urgences différés.

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Nos recommandations

- A notre sens, répondre à *l'esprit de la loi*, c'est offrir à la population
 - une véritable prise en charge qualitative sur le plan médical,
 - dès l'entrée dans le service des Urgences de la Chaux-de-Fonds
 - = par un **médecin senior** 24 h sur 24 et 7 jours sur 7
 - afin d'assurer le « **bon diagnostic** » au plus tôt et le transfert à PRT si nécessaire sur la base de parcours organisés
- avec une garantie d'organisation des urgences chirurgicales
- = cellule d'organisation 24 h / 24, 7 j / 7 garantie
 - l'organisation des ressources (chirurgien de la « bonne » sous-spécialité, anesthésiste, infirmier de bloc, infirmier d'anesthésie, unité de soins, matériel...)
 - ou le transfert vers un établissement de recours si nécessaire

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Atouts et limites des différents scénarios Zoom sur 3 scénarii

Une **offre significativement meilleure** pour la population pour un **surcoût non** significatif avec une **organisation acceptable** pour les professionnels

Un **gain marginal** par rapport au scénario précédent pour un **surcoût significatif** avec un risque important de **perdre des chirurgiens** et des **difficultés pour en recruter d'autres**

		Surcoût		Nombre de patients supplémentaires pris en charge	Nombre de patients pris en charge à CDF	Transferts à PRT	Risques associés
Situation actuelle uniquement journée 5 jours / 7	urgences chirurgicales arrivées aux urgences de CDF parfois prises en charge en journée si un chirurgien expérimenté dispose d'une vacation au bloc avec une place libre			2 par semaine	8 par semaine		<i>Solution acceptable par tous les professionnels</i>
journée + soirée 5 jours / 7	urgences chirurgicales arrivées aux urgences de CDF prises en charge en journée la semaine	non significatif	AUCUN	+7	+8	1 par semaine	<i>Solution acceptable par tous les professionnels</i>
journée + soirée 7 jours / 7	urgences chirurgicales arrivées aux urgences de CDF prises en charge en journée et organisation de la prise en charge en journée le week-end	1,2 MCHF	AUCUN		10 par semaine	1 par mois	La dispersion des ressources entraîne un risque patient en cas de double urgence 1 à CDF et 1 à PRT <i>Perte de ressources chirurgicales + difficultés de recrutement</i>

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Nos recommandations quid d'une dépense supplémentaire de 1,2 MCHF ?

	Surcoût	Nombre de patients concernés	Risques associés
journée + soirée 5 jours / 7	non significatif	9 par semaine	
1 médecin urgentiste senior 24heures/24, 7jours/7 à CDF	1,2 MCHF	185 par semaine (soirée et nuit et week-end)	
<i>ou bien</i>			
journée + soirée 7 jours / 7	1,2 MCHF	1 par semaine de plus opéré à CDF	La dispersion des ressources entraîne un risque patient en cas de double urgence 1 à CDF et 1 à PRT Perte de ressources chirurgicales + difficultés de recrutement

Avec la même dépense il est possible d'améliorer la prise en charge de **185** patients par semaine

Etude des scénarios d'organisation des blocs pour la prise en charge des urgences

Nos recommandations En synthèse

- Garantir la meilleure réponse à la population possible implique pour le RHNe :
 - de disposer de la meilleure équipe possible
 - Et donc de garantir l'attractivité tant pour les chirurgiens, que les anesthésistes et soignants
- Poursuivre l'organisation en filière pour faciliter l'organisation programmée à la Chaux-de-Fonds pour
 - offrir la prise en charge des pathologies courantes sur les 2 sites (et éviter ainsi les déplacements de la population)
 - Tout en centralisant les activités fortement onéreuses et aléatoires (= les urgences) pour bénéficier des meilleures ressources possibles.

Des principes

La masse critique, c'est la garantie de la qualité pour des activités imposant une prise en charge par des « spécialistes » pour répondre aux attentes actuelles de la population.

Pérenniser le dispositif d'organisation des flux 24h/24 7j/7

- Le délai de transfert d'un patient de la CDF à PRT (environ 30 min) est largement inférieur au délai d'organisation d'une intervention en urgences si le patient : in fine le délai de prise en charge d'un patient impliquant un passage au bloc sera le même pour PRT ou CDF.

Contact

dominique.dejean@effigen.com +33 685 574 278

www.effigen.com



Mémoire

Pour Conseil d'administration RHNe
De Me Rachel Christinat
Date 26 juillet 2020
Concerne Interprétation de la LRHNe

1. Introduction

Le libellé de l'article 5 LRHNe, qui se réfère à « une prise en charge médico-chirurgicale 24/24 », ne permet pas de définir si les deux sites doivent avoir une salle d'opération ouverte 24/24, ou s'il suffit qu'un patient puisse arriver aux urgences en tout temps sur l'un des deux sites, y être pris en charge de manière optimale et être opéré au besoin dans le réseau. Par conséquent, le présent mémoire définit le sens juridique à donner à l'article 5 LRHNe.

Après le rappel des principes d'interprétation d'une loi (§ 2), le présent mémoire présentera les interprétations historique (§ 3), systématique (§ 4) et téléologique (§ 5) de la disposition légale en cause, et proposera une brève conclusion (§ 6).

2. Rappel des principes d'interprétation d'une loi

La loi s'interprète en premier selon sa lettre (interprétation littérale). Lorsque le texte n'est pas absolument clair ou si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, il convient de rechercher la véritable portée de la norme au regard notamment de la volonté du législateur, telle qu'elle ressort des travaux préparatoires (interprétation historique), du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose, en particulier de l'intérêt protégé (interprétation téléologique) ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales (interprétation systématique). Aucune méthode ne doit être privilégiée, le Tribunal fédéral estime effectivement qu'il s'agit d'appliquer un pluralisme pragmatique (ATF 139 IV 270 c. 2.2).

En l'occurrence, le sens de l'article 5 LRHNe n'est pas clair, comme il l'a déjà été évoqué en introduction. L'interprétation littérale du texte étant insuffisante pour extraire la signification de la loi, les principes susmentionnés doivent être appliqués.

3. Interprétation historique

Le Conseil d'Etat et le Groupe de travail interpartis concernant l'Hôpital neuchâtelois (GTIH) avaient rédigé le projet de loi sur les hôpitaux publics (LHOPU) à la suite de la votation populaire du 12 février 2017, lors de laquelle le peuple avait plébiscité l'initiative H+H qui visait la scission de l'HNE au profit de deux hôpitaux de soins aigus, sûrs, autonomes et complémentaires. La LHOPU instaurait donc deux hôpitaux distincts, organisés en sociétés anonymes. La commission « Santé » du Grand Conseil a toutefois jugé ce projet impraticable et a proposé l'avant-projet de loi sur le réseau hospitalier neuchâtelois (LRHNe) qui a été bien accueilli. Le GTIH a admis cette proposition alternative, à condition qu'elle respecte la garantie d'un site de soins aigus tant à Neuchâtel qu'à La Chaux-de-Fonds et que chaque site offre au moins une prise en charge médico-chirurgicale 24/24, notamment (Rapport de la commission « Santé » du Grand Conseil concernant l'examen du rapport du Conseil d'Etat 18.009 et à l'appui [...], du 16 janvier 2019, p. 3 ; ci-après : rapport de la commission « Santé »). C'est bien cette formulation qui figure déjà dans le rapport intermédiaire (Propositions intermédiaires de la commission « Santé » du Grand Conseil concernant l'examen du projet de la loi sur les hôpitaux publics (LHOPU) (rapport du Conseil d'Etat 18.009) et la mise en consultation d'un avant-projet de loi sur le réseau hospitalier neuchâtelois (LRHNe), pp. 3 et 4 ; ci-après : rapport intermédiaire). En outre, l'article 5 al. 1 de l'avant-projet LRHNe n'a subi aucune modification rédactionnelle durant les travaux législatifs. Il a donc toujours été libellé comme suit : « [...] chacun des sites offrant au minimum une prise en charge médico-chirurgicale 24/24, [...] ».

Il ressort du rapport intermédiaire que la prise en charge médico-chirurgicale 24/24 consiste en « [l'] ouverture de blocs opératoires ouverts 24h/24 sur deux sites » (p. 3). A cet égard, il y est en outre précisé que « le projet prévoit de renforcer le partenariat tant interne qu'externe, tant avec des acteurs publics que privés (ainsi par exemple l'exploitation d'un bloc opératoire 24/24 pourrait se faire exclusivement avec des ressources internes à un site ou aux deux ou en partenariat avec d'autres acteurs publics ou privés) » (p. 4).

Dans son rapport, la commission « Santé » expose la procédure de consultation. On constate que l'HNE a été consulté durant cette procédure (p. 6) et que le Conseil d'administration *in corpore* de l'HNE, la directrice générale *a.i.* et le directeur médical ont ensuite été auditionnés personnellement en novembre 2018 pour affiner l'analyse (pp. 7 et 8). Ainsi, la commission « Santé » avait conscience de l'importance de garantir la transversalité des soins et de la nécessité que l'organisation permette de répondre aux exigences légales en matière d'accréditation et de formation.

Le procès-verbal de la séance du Grand Conseil du 19 février 2019 enseigne que les débats parlementaires n'ont pas porté sur l'interprétation de la notion de « prise en charge médico-chirurgicale 24/24 ». Les élus visaient sans équivoque l'exploitation d'un bloc opératoire ouvert 24/24 à La Chaux-de-Fonds (pp. 20, 21, 26, 30 et 33). Il a même été dit : « la commission est bien consciente d'un surcoût possible causé par l'exploitation inévitable d'une salle d'opération 24h/24 sur le site du Haut, comme l'exige l'initiative de façon non négociable » (p. 21). Les coûts liés au doublon ont donc été relevés (p. 27). Les inquiétudes de faisabilité de ce projet, soulevée par les cadres de l'HNE dans une lettre ouverte, ont aussi été brièvement évoquées (p. 28), de même que la taille critique nécessaire (p. 25).

En conclusion, les parlementaires ont toujours interprété la notion de « prise en charge médico-chirurgicale 24/24 » comme l'ouverture permanente d'un bloc opératoire. Les instances dirigeantes de l'HNE ont pu manifester leurs réserves dans la procédure de consultation, lors d'auditions subséquentes et dans une lettre ouverte. Les parlementaires ont en outre évoqué les surcoûts de cette organisation et les risques liés à la qualité des prestations. Ainsi, la LRHNe a été adoptée en toute connaissance de cause. La loi était soumise au référendum facultatif, mais il n'y en a pas eu. Le peuple y a donc adhéré tacitement. La seule interprétation historique de la loi est donc claire.

4. Interprétation systématique

Cependant, l'article 5 ne peut pas être interprété de manière isolée, mais doit être intégré dans l'ordre juridique (interprétation systématique). L'article 3 LRHNe, qui définit le but et les missions de l'établissement, prévoit que « le RHNe a pour but de garantir à la population [...] l'accès pour tous, en toute sécurité, et en tout temps à des prestations de qualité ». Outre la LRHNe, le règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI) ne tolère l'exploitation d'un hôpital que si l'organisation de ce dernier est adéquate et permet de respecter les droits des patients (art. 5 al. 1 let. b). Les normes de qualité reconnues doivent ainsi être observées (art. 6 al. 1 RASI). L'autorisation d'exploitation est d'ailleurs limitée si la qualité des soins n'est plus garantie ou si la sécurité des patients n'est pas respectée (art. 16 RASI) ; elle est même retirée si des manquements graves dans la qualité des prestations qu'offre l'établissement sont identifiés (art. 82 al. 1 loi de santé et art. 16 RASI). Enfin, les salles d'opérations doivent répondre aux exigences professionnelles et aux normes de qualité reconnues en matière de modalités d'utilisation (art. 53 let. d RASI).

Au niveau fédéral, la qualité des prestations est exigée par la législation régissant l'assurance-maladie (par exemple : art. 22a, 39, 49 et 58 de la loi sur l'assurance-maladie et 77 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie). Enfin, les médecins doivent observer la diligence dans leur pratique, ce qui leur impose de se conformer aux règles de l'art médical (art. 40 let. a LPMéd pour les médecins qui travaillent sous leur propre responsabilité professionnelle et art. 52 LS pour ceux qui exercent sous la surveillance professionnelle d'un supérieur).

Il a été établi que l'ouverture d'un bloc opératoire en continu sur le site de la Chaux-de-Fonds ferait courir des risques importants aux patients, au point où les soignants qui accepteraient d'intervenir dans ces conditions pourraient enfreindre les règles de l'art médical. Une telle situation heurterait les exigences élémentaires de qualité et de sécurité qui incombent au RHNe.

5. Interprétation téléologique

Au vu de ces considérations, un conflit oppose l'interprétation historique et l'interprétation systématique. La solution suppose donc de pondérer les buts et les intérêts défendus par l'article 5 LRHNe d'une part, et par les dispositions qui cherchent à assurer la qualité des soins d'autre part (interprétation téléologique).

La volonté d'ancrer dans la loi l'ouverture 24/24 d'un bloc opératoire à la Chaux-de-Fonds visait à trouver un compromis politique à l'initiative H+H afin d'éviter la scission complète de l'HNE au profit de deux hôpitaux complètement distincts et autonomes l'un de l'autre, en concurrence absolue. Elle répondait à l'une des exigences du GTIH. Ainsi, l'intérêt poursuivi était politique. La qualité des soins et la sécurité des patients poursuivent quant à elles un intérêt de santé publique et de couverture du maximum des besoins en soins de la population.

Pour les dirigeants du RHNe, la santé publique prévaut sur l'intérêt politique. L'interprétation téléologique plaide donc en faveur d'une organisation qui assure la prise en charge aux patients du RHNe qui soit la plus large et la meilleure possibles, en termes de qualité et de sécurité évaluée dans la globalité du réseau.

6. Conclusion

Par conséquent, l'ouverture et l'organisation des blocs opératoires du RHNe doivent d'abord respecter les exigences de sécurité et de qualité des soins. Il ne peut pas être dérogé aux conditions posées dans ce cadre. La volonté politique doit néanmoins être respectée autant que possible, et l'organisation du RHNe ne saurait s'y soustraire pour des motifs étrangers à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Ainsi, une interprétation qui repose sur un pluralisme pragmatique dicte de prendre toutes les mesures qui tendent à une prise en charge médico-chirurgicale 24/24 sur le site de la Chaux-de-Fonds, jusqu'à ce que la sécurité des patients et la qualité des soins soient menacées. Celles-ci sont donc les seuls remparts qui peuvent s'ériger contre le strict respect de la volonté politique.

Neuchâtel, le 26 juillet 2020/RC

Annexe 3 - Plan financier

Le présent document a pour but de présenter les impacts financiers liés aux premières recommandations du Conseil d'administration sur la prise en charge des urgences opératoires du RHNe.

Nos réflexions se sont focalisées sur les éléments financiers directement en lien avec les mesures envisagées et en application d'un certain principe de prudence. Une fois mis en application, il est probable que des produits et des charges soient influencés de manière indirecte mais nous ne sommes pas en mesure de les estimer à ce stade.

Description des hypothèses de travail et de leur évaluation	Notes	Séniorisation des urgences sur les 2 sites pour permettre une orientation rapide et efficace dans les filières concernées		Extension des plages opératoires pour la prise en charge des urgences		Concept de "filet de sécurité" pour le bloc opératoire de CDF 24h/24h 7/7 pour la prise en charge des patients déjà hospitalisés et la reprise de cas opérés par des spécialistes traitants		Total	
		Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute
Recettes supplémentaires RHNe directement liées aux mesures envisagées		Non quantifiable	Non quantifiable	Non quantifiable	Non quantifiable	Non quantifiable	Non quantifiable	Non quantifiable	Non quantifiable
PRODUITS DIRECTS D'EXPLOITATION	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Charges de personnel supplémentaires par l'engagement de 7-8 EPT certifiés en soins intensifs (Cadres, Médecins hospitaliers ou CDC avec titre de spécialiste), y compris charges sociales	2	1'800'000	2'200'000					1'800'000	2'200'000
- Economie par diminution de poste, autres services (1 cadre MI et 1 à 2 CDC chirurgie)	2	-450'000	-600'000					-450'000	-600'000
Solution de piquet d'anesthésie	3					500'000	1'500'000	500'000	1'500'000
Solution de piquet du personnel soignant	4					100'000	400'000	100'000	400'000
Coûts du dispositif de jour pour accueillir les urgences dans le bloc CDF	5			325'000	600'000			325'000	600'000
Autres charges de personnel (place de travail, formation, recrutement, etc.) = 5%		67'500	80'000	16'250	30'000	30'000	95'000	113'750	205'000
- Economie sur les frais de transferts entre les sites (coûts forfaitaire de CHF 735.-)	6			-22'050	-36'750			-22'050	-36'750
TOTAL DES CHARGES DIRECTES		1'417'500	1'680'000	319'200	593'250	630'000	1'995'000	2'366'700	4'268'250

Commentaires

1. A ce stade et sur la base des données statistiques en notre possession, il serait aléatoire de considérer des recettes supplémentaires directement en lien avec l'extension de la prise en charge sur le site de la Chaux-de-Fonds. De ce fait, nous considérons que ces recettes supplémentaires sont non quantifiables. En terme de financement et vu son caractère d'intérêt général dans le cadre de l'application de la LRHNe, les coûts supplémentaires estimés ne peuvent être couverts que par une PIG et cette charge va venir s'ajouter à l'évaluation des PIG actuelle.

Par ailleurs, la LAMal exige des prestations efficaces, adéquates et économiques. Lors des négociations tarifaires avec les assureurs, le manque relatif d'efficacité de ce dispositif à l'échelon du RHNe pourrait nous pénaliser, a fortiori si le préposé fédéral à la surveillance des prix est amené à émettre une recommandation en cas de litige. Une baisse imposée de 100-- du taux de base des DRG (= -1%) représenterait une perte annuelle de 1,6 Mio dans le domaine stationnaire et une correction de -1ct de la valeur du point Tarmed (= - 1,1%) engendrerait un défaut de recettes de 0,8 Mio par an. Le cas échéant, cette diminution des produits directs d'exploitation, survenant après un temps de latence plus ou moins long, devrait être compensée par une PIG.

2. Estimation des coûts sur la base du nombre de poste de médecins supplémentaires à engager et qui pourront ouvrir sur les 2 sites et en considérant les diminutions de postes dans les autres services. Nous vous renvoyons à l'annexe 2 pour plus de détails.

3. L'équipe d'anesthésistes actuelle (10 cadres) effectue déjà des astreintes liées au 24/24 et aux temps de récupération que cela entraîne. Une rémunération spécifique de cette activité permettrait de ne pas devoir augmenter les EPT et de travailler avec le privé si souhaité. Il faut rappeler que les anesthésistes du privé (env. 10 également) effectuent déjà des piquets pour leur institution, mais avec des blocs fermés la nuit et donc une activité très restreinte. Leur capacité à effectuer des piquets « complémentaires » aurait certainement un intérêt financier pour eux. De ce fait, l'évaluation des coûts va dépendre du choix d'organisation, soit :

- **Estimation basse** : Système de rémunération incitative sur une base volontaire payé aux piquets : permet d'augmenter le nombre d'astreinte par EPT sans effet de seuil => **CHF 450'000-550'000.-**

- **Estimation haute** : Astreintes de piquet via le département d'anesthésie : 3 - 4,5 EPT supplémentaires à cause de l'effet levier sur le nombre d'astreintes déjà effectuées par les cadres dans le cadre de la garde 24/24 => **CHF 1,5 millions.**

4. L'estimation des coûts repose sur les différentes qualifications requises en lien avec l'exploitation d'un bloc opératoire à savoir, infirmiers-anesthésistes, instrumentistes, aides de salles et personnel de réveil et sur la planification des présences sur sites ou des heures de piquet en fonction de l'activité déployée, tout cela dans le respect de la convention CCT21.

A ce jour, les chiffres indiqués sont la meilleure estimation possible. Un chiffre plus précis demanderait une simulation pour chaque équipe pour calculer la nouvelle charge de piquet par personne.

5. Pour assurer une bonne prise en charge des urgences dans le bloc opératoire, le dispositif de jour devrait aussi être renforcé par l'engagement de 0,5 à 1 EPT de médecin anesthésiste et de 1,5 à 3 EPT de personnel soignant (instrumentiste, aide de salle, infirmier anesthésiste).

6. L'extension des plages opératoires va générer une économie sur les transports entre les deux sites. En considérant l'hypothèse de 30 à 50 transports par année en moins, nous avons valorisé cet effet positif avec le coût d'un transport par ambulance à CHF 735.-.

En conclusion et bien que présentées séparément, il s'agit de voir ces trois mesures comme étroitement liées sur le plan d'une prise en charge efficace et sûre des cas d'urgences sur le site de La Chaux-de-Fonds. A ce stade, l'évaluation des coûts est encore grossière et la simulation des plannings opérationnels permettrait d'affiner ces calculs. Ainsi, nous pouvons conclure que les coûts supplémentaires générés par nos recommandations seront de l'ordre de CHF 3 - 3,5 millions et que, vu leur caractère d'intérêt général dans le cadre de l'application de la LRHNe, leur financement doit exclusivement venir par le biais de PIG.

Commission Finance et Infrastructure