

A photograph of three surgeons in an operating room, wearing blue scrubs and masks, focused on a patient. The room is lit with bright surgical lamps. The background shows medical equipment and a sterile environment.

N° 03
/ 2017

LE MAGAZINE DE L'HÔPITAL NEUCHÂTELOIS

* MAg

CARTE BLANCHE

Le regard du photographe
Guillaume Perret

Une page se tourne à Couvet

VÉCU

DES ABEILLES À L'HÔPITAL

Nicolas Barthel a installé cinq colonies
sur le toit du site de Pourtalès

ESPACE FORMATION

Favoriser la relève,
une mission clé de l'HNE

DOSSIER

**Chirurgie ambulatoire,
la révolution est en marche**

De plus en plus d'interventions sont réalisées
sans que le patient doive passer la nuit à l'hôpital.
Cette prise en charge raccourcie suscite un taux
de satisfaction élevé à l'HNE



LE DOSSIER

Chirurgie ambulatoire, la révolution est en marche

- * L'HNE a développé une filière spécifique à La Chaux-de-Fonds. Reportage
- * La Suisse en retard par rapport aux pays de l'OCDE
- * «Il faut des forfaits pour l'ambulatoire»

06

CARTE BLANCHE
GUILLAUME PERRET

Une page se tourne à Couvet



18

L'INTERVIEW

ROMINA CAPOCCIA BRUGGER

La Dresse spécialiste en médecine fœto-maternelle met en garde contre les excès de l'imagerie «de divertissement»



22

- ▶ 03
L'ÉDITORIAL
L'avenir se décline en ambulatoire
- ▶ 04
COMPÉTENCES
Les nouveaux visages de l'HNE
- ▶ 05
LA REVUE DE PRESSE
Les médecins affrontent la critique du Net
- ▶ 14
ESPACE FORMATION
Favoriser la relève, une mission clé de l'HNE
- ▶ 16
LE RENDEZ-VOUS SANTÉ
Centre du sein - Pour améliorer le pronostic vital
- ▶ 25
UN CHIFFRE, UNE RÉALITÉ
85% des collaborateurs de l'HNE sont domiciliés dans le canton de Neuchâtel ou un canton proche
- ▶ 26
VÉCU
«Avec les abeilles, on n'a jamais fini d'apprendre»

L'avenir se décline en ambulatoire

De l'autre côté de l'Atlantique, lorsque l'on parle d'un séjour à l'hôpital, il est souvent fait référence à «l'expérience patient». Cela fait allusion au patient qui se souviendrait de son séjour hospitalier comme d'un épisode agréable, qualitativement irréprochable, et ayant répondu à sa demande en soins. En Europe, et plus particulièrement en Suisse, il y a plus de retenue quant aux termes utilisés. Il n'en reste pas moins que nos hôpitaux aussi cherchent à améliorer le vécu des patients et à répondre à leurs attentes diverses: signifier des délais d'attente raisonnables, aboutir à des résultats médicaux optimaux, proposer une prise en charge qui minimise les risques inhérents au séjour hospitalier ou encore offrir un accompagnement des patients propice à minimiser la bureaucratie.



La chirurgie ambulatoire s'inscrit dans cette démarche. Si d'autres pays, comme les pays du nord de l'Europe et les pays anglo-saxons proposent la chirurgie ambulatoire depuis de nombreuses années - avec un taux d'interventions ambulatoires oscillant entre 75% et 85% selon les pays - la Suisse est aujourd'hui encore mauvais élève, avec un taux moyen de 27%. Cette position est essentiellement motivée par des distorsions tarifaires, une même intervention en secteur stationnaire pouvant être rémunérée de 2 à 4 fois, voire plus, qu'en ambulatoire.

L'Hôpital neuchâtelois a dès 2015 inscrit le développement de la chirurgie ambulatoire dans ses objectifs institutionnels, avec un objectif fixé à 75% d'ici 2022. Ceci fait sens sous l'angle clinique pour toute une série d'interventions, sous réserve bien évidemment de l'état de santé général et de la situation sociale du patient. Quelle que soit l'organisation hospitalière retenue pour l'avenir, il est primordial de continuer ce développement. Progressivement, et pour autant que les filières de prise en charge soient clairement posées, le transfert vers l'ambulatoire permettra d'alléger l'infrastructure hospitalière, et donc de contribuer à la maîtrise des coûts de la santé. Plusieurs études indiquent également une augmentation du taux de satisfaction des patients, une diminution du taux des infections nosocomiales, et une diminution du degré d'anxiété des patients, notamment âgés.

Notre stratégie d'augmentation de la prise en charge ambulatoire commence d'ailleurs à porter ses fruits: si en 2015 le taux des interventions ambulatoires était à 25%, en 2016 il se situe à 29% (avec une hausse de 26% à 48% pour le site de la Chaux-de-Fonds, en lien avec la volonté d'optimiser l'utilisation du bloc opératoire de ce site). Les techniques chirurgicales et plus particulièrement les techniques anesthésiques sont en mesure d'accompagner ce mode de faire de façon qualitative et sécuritaire. Sous l'angle clinique, rien de s'oppose à la poursuite de cette évolution.

Le Conseil fédéral a récemment exprimé sa volonté de dresser, d'ici à fin 2017, une liste des interventions qui, à l'avenir, ne devraient être remboursées que si elles sont réalisées en ambulatoire. Signe que notre stratégie s'inscrit dans une démarche reconnue et qui sera désormais stimulée. L'enjeu réside évidemment dans le modèle de rémunération qui sera proposé: un forfait ajusté de type DRG? Une nomenclature ajustée de type TARMED? L'HNE choisit toutefois d'aller résolument de l'avant, de sorte à préparer un avenir qui sera de plus en plus ambulatoire, et qui contribuera à forger une expérience positive des patients.

IMPRESSUM |

UNE PUBLICATION DE
L'HÔPITAL NEUCHATELOIS

Pierre-Emmanuel Buss
Chargé de communication

Muriel Desaulles
Secrétaire générale

GRAPHISME
additive, Aline Jeanneret
Saint-Blaise

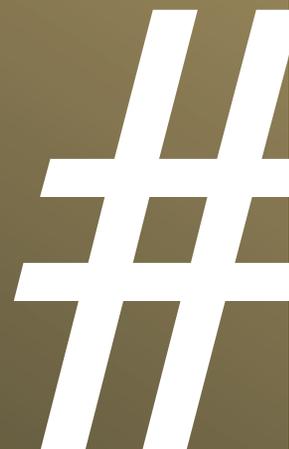
PHOTOGRAPHE
Guillaume Perret
Cormondrèche

TIRAGE 4000 exemplaires

IMPRESSION
Europ'Imprim Swiss
Bevaix

ABONNEMENTS
hne.mag@h-ne.ch

Les nouveaux visages de l'Hôpital neuchâtelois



1

DRESSE DELIA PALAGHIU #1

La Dresse Delia Palaghiu est entrée en fonction comme médecin adjoint dans le département de médecine le 1^{er} décembre. Elle travaille à temps plein sur le site de La Chaux-de-Fonds.

DRESSE ANGELIKI AILIANOU #2

La Dresse Angeliki Ailianou est médecin adjoint dans le service d'imagerie médicale de l'HNE depuis le 1^{er} janvier 2017.



4

DRESSE OLALLA SANTA CRUZ #3

La Dresse Olalla Santa Cruz a rejoint le service de radio-oncologie en tant que médecin adjoint le 1^{er} janvier 2017.

PR PIERRE HOFFMEYER #4

Depuis le début 2017, le professeur Pierre Hoffmeyer, directeur du département de chirurgie des HUG jusqu'en 2015, propose une consultation spécialisée de l'épaule sur le site de Pourtalès.

DR IOAN-PAUL MURESAN #5

Le Dr Ioan-Paul Muresan, médecin adjoint en neurologie, a rejoint l'HNE en avril 2017.



7

CHRISTIAN DECURNEX #6

M. Christian Decurnex a été nommé par le conseil d'administration au poste de directeur logistique. Il est entré en fonction progressivement dès janvier. Christian Decurnex a effectué ses études à Genève (diplôme d'ingénieur ETS), Paris (diplôme d'études approfondies en physique) et à l'EPFL à Lausanne (Doctorat ès sciences techniques). Au bénéfice de plus de 25 ans d'expérience dans différents secteurs d'activité, il a occupé plusieurs postes à responsabilité.

DR MARC-OLIVIER SAUVAIN #7

Le Dr Marc-Olivier Sauvain, médecin adjoint en chirurgie viscérale, a démarré une activité à temps partiel au sein de l'HNE en février 2017. Il conserve un mandat à 80% au CHUV.



6



L'AGEFI

Le Big Data pour adapter les primes au cas par cas

Podomètre au poignet ou tachygraphe dans la voiture: les données personnelles pourraient permettre aux assureurs de proposer à leurs clients des offres individualisées. Mais qu'en est-il du principe de solidarité? Des chercheurs de l'Université de Zurich se penchent sur la question dans le cadre du PNR 75 Big Data. Les jeunes hommes conduisent de manière plus dangereuse que les femmes et les personnes plus âgées et provoquent davantage d'accidents. Du moins en moyenne, car il y a aussi des jeunes conducteurs prudents et des conductrices intrépides.

Adapter les primes d'assurance au risque individuel et non à des stéréotypes semble donc sensé. Avec le Big Data, ou science des données, cela pourrait être possible, et cela n'a pas échappé aux assurances, qui discutent déjà de la possibilité d'utiliser les données personnelles de cette manière. C'est encore de la musique d'avenir, mais cette nouvelle ère se dessine: des caisses maladie offrent déjà dans le cadre des assurances complémentaires des rabais - certes modestes - à ceux qui attestent faire plus de 10 000 pas par jour. Mais cette analyse individuelle du risque ne va pas sans entrer en contradiction avec le principe de solidarité de l'assurance-maladie de base (...)

- L'Agefi, le 13 mars 2017

RTS

Les primes maladie pourraient quasiment doubler d'ici 2040

Selon une étude de Credit Suisse, les primes d'assurance-maladie moyennes vont presque doubler d'ici 2040. Les dépenses de santé sont susceptibles d'augmenter de plus de 3% par an en moyenne. La prime mensuelle moyenne de l'assurance-maladie obligatoire pourrait ainsi passer à 517 francs en 2040 contre 274 francs en 2015, indique Credit Suisse dans son «moniteur suisse» du système de santé. Cela correspond à une hausse de 44% une fois les chiffres corrigés de l'inflation générale, précise l'étude.

Les coûts de la santé ont progressé de plus d'un tiers en dix ans pour s'établir actuellement à près de 70 milliards par année. Selon l'étude, le principal responsable de cette hausse n'est pas le vieillissement de la population, mais des facteurs comme les progrès de la médecine, une augmentation de la consommation individuelle et des «incitations inopportunes liées au système».

Cette évolution devrait se poursuivre ces deux prochaines décennies. La progression des coûts de la santé s'accompagne d'un besoin accru de main d'œuvre. Selon l'étude, 185'000 emplois à plein temps seront créés dans le secteur d'ici 2040.

- RTS, 20 mars 2017

LE TEMPS

Les médecins affrontent la critique du Net

On parle souvent de la pénurie de médecins. De l'asymétrie entre le manque de généralistes d'un côté et la multitude de spécialistes installés de l'autre. Mais comment, parmi les quelque 34 000 praticiens que compte la Suisse, trouver celui à qui confier sa santé? Comment savoir si le docteur sur lequel on a jeté son dévolu est compétent, à l'écoute et bienveillant, autant d'éléments essentiels à une bonne alliance thérapeutique?

La réponse ne va pas de soi. La traditionnelle méthode du bouche-à-oreille? Pourquoi pas, mais encore faut-il avoir des proches dont les avis divergent peu et qui connaissent des médecins dans la discipline recherchée. Aux Etats-Unis, la génération des 18-24 ans semble avoir tranché la question. Selon une enquête menée en 2015 sur 3000 personnes, ils seraient en effet plus de 54% à faire des recherches sur Internet pour trouver des prestataires de soins. Et tout porte à croire que l'on fait face ici à une tendance lourde: l'expertise reste un critère recherché, mais on sollicite de plus en plus l'avis des pairs afin de tirer parti de leurs expériences.

L'avis des pairs, c'est sur cette base que s'est créée en octobre dernier la plateforme Adopte unE Gynéco. L'objectif de ce site porté par l'association Feminista! est de dresser une liste collaborative de gynécologues recommandés par les patientes de Suisse romande pour leur pratique respectueuse. (...)

Plus généralement, les plateformes dédiées à l'évaluation des médecins se sont multipliées ces dernières années, surtout outre-Atlantique. (...) La Suisse n'a pas été épargnée par ce phénomène. En s'inspirant du modèle américain, la société de comparaison de marché Bonus.ch a ainsi créé en 2008 le site OKdoc.ch, premier du genre à l'échelle nationale, suivi quelques années plus tard par la plateforme Medicosearch.ch ou Doktor.ch.

Les réactions ne se sont pas fait attendre: si le succès a été immédiat du côté du grand public, les prestataires de soins, eux, ont nettement moins apprécié. Une plainte a même été déposée, dans la foulée, par l'Association vaudoise des médecins auprès du préposé fédéral à la protection des données. L'instance a finalement jugé problématique le fait que le site OKdoc.ch permette à n'importe qui de procéder à l'introduction d'affirmations invérifiables, de manière anonyme et sur n'importe quel médecin.

«Depuis que nous avons été contraints d'enlever toute connotation négative du site, la plateforme est en stand-by, observe Patrick Ducret, directeur d'OKdoc. Nous sommes ainsi passés de quelques centaines, voire milliers de commentaires compilés chaque mois, à une petite poignée. Il est tout de même étonnant de constater que lorsque l'on parle d'hôtels ou de restaurants, cette démarche comparative ne pose aucun problème, alors qu'il semble y avoir un rejet important de la critique du côté des médecins.»

En cause? Le risque de diffamation, mais surtout le caractère essentiellement subjectif de ces classements. «Il est fondamental que les patients puissent en savoir davantage sur les personnes à qui ils confient leur santé, qu'il y ait davantage de transparence dans ce secteur, explique Jean Gabriel Jeannot, médecin spécialiste en médecine interne à Neuchâtel et auteur du site Medicalinfo.ch. Mais juger l'accueil ou le sourire du médecin, cela ne suffit pas.» (...)

En attendant, que faire pour permettre aux patients un choix plus éclairé? «Il serait sans doute adéquat que les prestataires de soins prennent la peine de se présenter sur Internet, à l'image de ce qui se fait dans certains hôpitaux américains, propose Jean Gabriel Jeannot. Cela offrirait aux patients une première grille de lecture sur la base d'éléments analysables.»

- Le Temps, 16 mars 2017

Chirurgie ambulatoire, la révolution est en marche

MÉDECINE

De plus en plus d'interventions sont réalisées sans que le patient doive passer la nuit à l'hôpital. Cette prise en charge raccourcie suscite un taux de satisfaction élevé à l'HNE

« **M**oins longtemps on reste à l'hôpital, mieux c'est. » Etendu sur son lit de l'unité de chirurgie ambulatoire du site HNE-La Chaux-de-Fonds, Yvan Schwab est ravi par la perspective de pouvoir rentrer chez lui quelques heures après son opération d'une hernie inguinale programmée dans la matinée. « Lors de la consultation préopératoire, le Dr Jean-Claude Renggli m'a proposé de réaliser l'intervention en ambulatoire. Je n'ai pas hésité. L'unique condition est de ne pas être seul à la maison pendant la nuit qui suit l'intervention. Mon amie sera là. C'est une précaution au cas où cela devait saigner, par exemple. »

A son arrivée à l'hôpital sur le coup de 7h, l'informaticien des Ponts-de-Martel a été accueilli par Julie Tremblay, infirmière de l'unité. Après l'avoir emmené dans sa chambre et laissé enfiler sa chemise d'opéré, elle lui a posé les questions rituelles de la check-list préopératoire. « J'explique toujours aux patients l'échelle de la douleur et comment va se passer l'intervention, précise la soignante. Cela permet de réduire le stress, inévitable avant une opération. »



Alors que Julie Tremblay termine de marquer la zone qui sera opérée avec un marker indélébile, le Dr Renggli passe voir Yvan Schwab. Après une brève discussion, il prend la direction du bloc pour sa première intervention du jour planifiée à 8h tapante. « J'ai cinq patients qui s'enchainent, dont quatre en ambulatoire, précise le chirurgien. De manière générale, ce sont des cas plus légers qu'en stationnaire: outre les hernies, nous faisons beaucoup d'ablations de vésicule, de varices et de pose de pacemakers. »

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue une tendance lourde à l'échelle internationale. L'HNE a arrêté une stratégie en la matière fin 2015: la fermeture du bloc chirurgical la nuit et le week-end sur le site de La Chaux-de-Fonds, le 1er juillet 2016, a permis de réaffecter des ressources en journée pour mieux occuper les infrastructures et augmenter de manière substantielle le volume d'activité. Le premier bilan tiré après six mois est positif. Le nombre d'interventions électives réalisées en 2016 s'est élevé à 1856. C'est plus que pendant l'année 2014, soit avant la fermeture des blocs la nuit, avec un total de 1754 interventions.





Le développement de l'activité ambulatoire a nécessité une réorganisation de la prise en charge chirurgicale, avec la redéfinition du parcours des patients et du fonctionnement des salles d'opération. Une unité dédiée a été créée au 5e étage du site de La Chaux-de-Fonds. «Nous avons participé activement à sa mise en place, c'était vraiment une très bonne expérience, témoigne Julie Tremblay. Cela a modifié en profondeur mon travail quotidien. Comme l'unité ferme à 20h, je ne fais plus de nuits. Après 25 ans de travail, c'est agréable de passer à autre chose. Nous avons moins de cas lourds, mais le rythme est plus intense: nous avons beaucoup de choses à faire dans un laps de temps réduit. Cela permet de rester très motivée.»

08

/ page /

« J'explique toujours aux patients l'échelle de la douleur. Cela permet de réduire le stress, inévitable avant une opération »

Pour pouvoir rentrer chez lui, un patient doit remplir plusieurs critères: pouvoir manger, avoir des douleurs contrôlées (1-2 sur une échelle de 10), s'être levé en présence du personnel soignant et être capable d'uriner. Quand ce n'est pas possible, un transfert est organisé dans une unité stationnaire. L'infirmière souligne l'importance de l'expérience pour travailler dans une unité de chirurgie ambulatoire: «Il est important de pouvoir anticiper quand un patient ne va pas bien après une opération. Parfois c'est évident, d'autres fois beaucoup moins.»





«Il faut des forfaits pour l'ambulatoire»

Le Dr Roland Chautems est médecin-chef à l'HNE depuis le 1er juin 2013. Formé en Suisse, aux Etats-Unis et en Belgique, il est spécialisé en chirurgie viscérale. Il a été désigné délégué tarifaire par la Société suisse de chirurgie pour négocier une nouvelle version de la structure tarifaire TarMed, qui définit la rétribution des 4500 actes réalisés en ambulatoire. Entretien

HNEmag: Le TarMed n'a pas été révisé depuis sa mise en place en 2002, sinon par voie d'ordonnance du Conseil fédéral. Comment expliquez-vous ce blocage?

Roland Chautems: Il est difficile d'aboutir quand les intérêts des différents partenaires tarifaires sont aussi différents. C'est le cas à l'interne de la FMH, entre les médecins de premiers recours et les spécialistes. Mais aussi parmi les assureurs: Curafutura et Santéuisse ne sont pas sur la même ligne. Comme il est jusqu'ici impossible de trouver un consensus qui satisfasse tout le monde, le ministre de la Santé Alain Berset est intervenu par voie d'ordonnance en 2014 puis en 2017. La première fois pour mieux rétribuer les médecins de premier recours. La seconde pour réduire la rétribution d'actes qu'il juge trop chers dans certaines discipli-

nes (gastroentérologie, ophtalmologie et radiologie notamment). Je comprends cette volonté de réduire les coûts de la santé. Mais le TarMed représente 15% des coûts totaux de la santé et on se focalise surtout là-dessous. C'est un raccourci un peu abrupt.

- Que faut-il faire pour rendre la chirurgie ambulatoire attractive et permettre à la Suisse de rattraper son retard sur les autres pays de l'OCDE?

- Il faut que tout le monde puisse y trouver son compte! Le patient, bien sûr, mais aussi le médecin et l'hôpital qui l'emploie. Ce n'est pas le cas aujourd'hui: les interventions stationnaires sont beaucoup mieux rétribuées que celles qui sont effectuées en ambulatoire. Le grand défi est de pouvoir faire cohabiter le TarMed avec les tarifs stationnaires (Swiss-DRG). Chacun doit faire un pas

vers l'autre. Sans cela on ne trouvera pas de solution durable.

- Etes-vous favorables à l'introduction de forfaits par cas pour l'ambulatoire, sur le modèle des Swiss-DRG?

- Oui, d'ailleurs beaucoup d'intervenants actifs dans la révision du TarMed seraient d'un bon œil l'introduction d'un tel système. C'est par exemple le cas de l'Union tarifaire, organe politique qui défend les intérêts des spécialités interventionnelles entre autres, des chirurgiens, radiologues et cardiologues. A notre sens, il faut lister les interventions les plus fréquentes réalisées en ambulatoire et définir des tarifs forfaitaires. Cela permettra de réduire le taux de prise en charge stationnaire et donc de faire des économies comme le souhaite le Conseil fédéral.

Le Dr Renggli insiste lui aussi sur l'intérêt de disposer d'une unité spécifique: «C'est plus rationnel de regrouper les choses, que ce soit sur le plan de l'organisation ou de la qualité des soins. Avec le regroupement des cas ambulatoires sur le site de La Chaux-de-Fonds, nous avons mis en place des journées dédiées. Le chirurgien n'a pas à faire des allers et retours entre les deux sites aigus comme par le passé. Cela a entraîné une modification du profil des cas, qui sont de manière générale plus légers à La Chaux-de-Fonds et plus lourds sur le site de Pourtalès.»

« Avec le regroupement des cas ambulatoires à La Chaux-de-Fonds, le chirurgien n'a plus à faire des allers et retours entre les deux sites aigus »

Ce matin-là, Yvan Schwab est programmé en deuxième position pour la cure de hernie inguinale par laparoscopie, une technique chirurgicale peu invasive. Le chirurgien n'incise pas dans le pli de l'aîne, mais opère à partir de trois petites incisions pratiquées sur l'abdomen. A l'aide d'instruments très fins, il appose un filet sur l'orifice herniaire qui sera ensuite complètement incorporé par l'organisme. Une intervention pratiquée sous anesthésie générale. «L'anesthésie a aussi dû être adaptée pour permettre une sortie précoce», souligne le praticien.





Depuis que Jean-Claude Renggli a commencé sa carrière de chirurgien hospitalier, en 1989, le métier a changé en profondeur: «A l'époque, on ne parlait pas de chirurgie ambulatoire. Pour une hernie ou une vésicule, le patient restait 3, 4 ou même 5 jours à l'hôpital. Aujourd'hui, ils viennent le matin et repartent dans l'après-midi. De manière générale, les douleurs post-opératoires sont moindres et la récupération est plus rapide. Pour le patient, le bénéfice est évident.»

Le développement de la chirurgie ambulatoire permettra également de réaliser d'importantes économies, notamment en matière d'infrastructures. Selon une étude menée en 2016 par PricewaterhouseCoopers, le potentiel d'économie global pour le système de santé Suisse s'élève à un milliard de francs par an (à lire en p. 12).

Pour Yvan Schwab, l'essentiel est ailleurs. Son opération s'est très bien déroulée et il a pu quitter l'hôpital en fin d'après-midi, comme cela était prévu.» J'ai passé une bonne nuit, raconte-t-il depuis son domicile. Le lendemain matin, j'ai reçu l'appel d'une infirmière de l'HNE qui venait s'assurer que tout s'était bien passé. Trois jours plus tard, je suis allé refaire le pansement. Une semaine après l'opération, je suis allé enlever les fils. Aujourd'hui, tout va bien. Normalement, je pourrais bénéficier de 30 jours d'arrêt de travail. Mais comme indépendant, je ne peux pas me le permettre. Alors je travaille, mais plus tranquillement que d'ordinaire.»

Yvan Schwab ne regrette pas d'avoir choisi de se faire opérer en ambulatoire. Il fait partie des convaincus, comme une très large partie des patients opérés sur le site de La Chaux-de-Fonds. Selon une enquête de satisfaction réalisée auprès des 461 personnes opérées entre août et décembre 2016, la note moyenne de satisfaction s'est élevée à 9.6 sur 10. Un résultat remarquable que le Dr Renggli, Julie Tremblay et leurs collègues de l'unité de chirurgie ambulatoire ont la ferme intention de consolider. ■

La Suisse mauvaise élève

Le virage ambulatoire est plus marqué dans la plupart des pays de l'OCDE. Distorsions tarifaires en question

En matière de chirurgie ambulatoire, il est difficile de trouver des chiffres récents pour comparer la situation entre les différents pays occidentaux. La dernière compilation de l'OCDE portant sur la totalité des interventions chirurgicales remonte à 2007 (voir le graphe ci-contre). Elle met en évidence l'important retard de la Suisse, qui se trouvait devant la Pologne et le Mexique, mais loin derrière le Canada, les Etats-Unis et la Grande-Bretagne. Le taux a progressé depuis lors, mais le retard des hôpitaux suisses reste important si l'on prend en compte le taux d'interventions ambulatoires pour la cataracte et l'ablation des amygdales (ci-contre).

Cette difficulté à changer de paradigme s'explique en partie par de mauvaises incitations tarifaires. Les coûts – tout comme la rémunération – d'une intervention en mode ambulatoire sont en effet généralement bien moins élevés que ceux d'une même intervention effectuée en milieu hospitalier. Au cœur du problème: les systèmes tarifaires pour les soins stationnaires (SwissDRG) et les soins ambulatoires (TARMED), qui rétribuent différemment les hôpitaux. Pour une même intervention, un hôpital perçoit souvent une indemnité supérieure de plusieurs milliers de francs s'il l'effectue en mode stationnaire et non ambulatoire. Chez les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire, la différence est encore plus marquée.

D'un point de vue purement financier, les hôpitaux ont donc tout intérêt à maintenir les patients en milieu stationnaire. Dans une étude menée en 2016, PricewaterhouseCoopers (PWC) estime qu'un taux d'opérations ambulatoires de 60% à 70% permettrait d'économiser un milliard de francs par an. Début avril, la «NZZ am Sonntag» a révélé que l'Office fédéral de la santé public prévoit d'ailleurs de lister une série d'interventions qui seront prises en charge par les caisses maladies uniquement si elles sont prise en charge en ambulatoire.

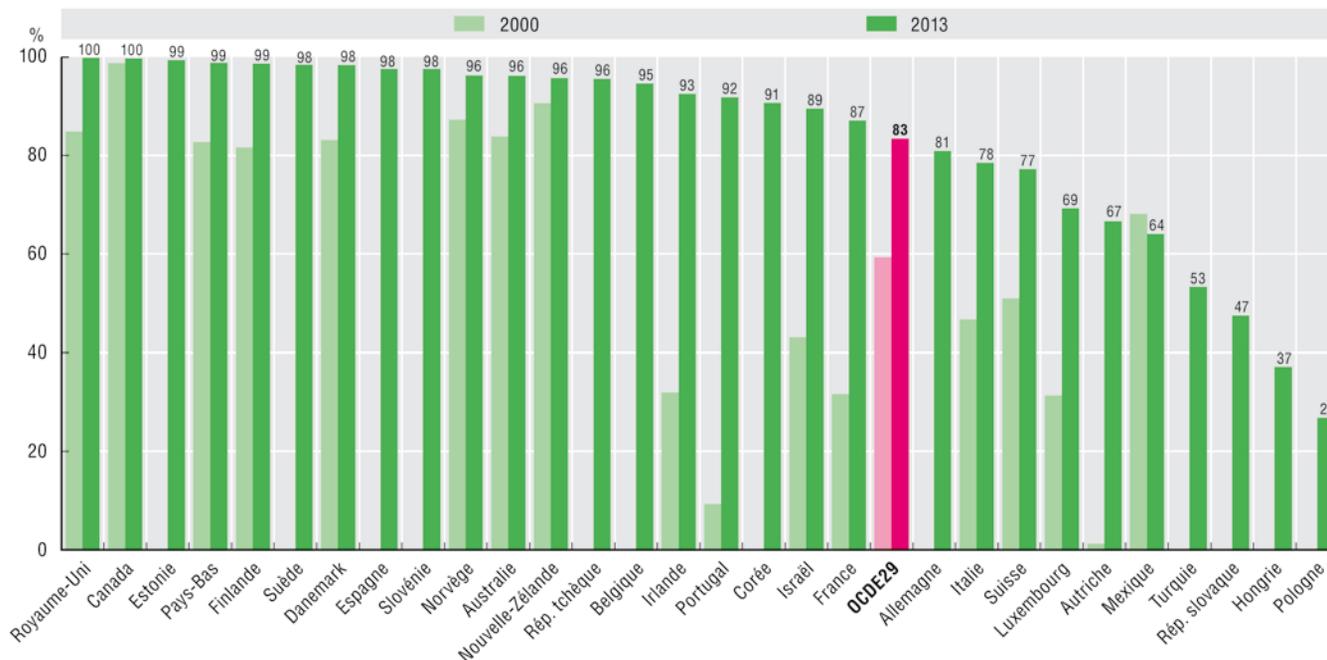
L'exemple des varices

L'opération de varices fait partie des interventions citées par le journal dominical. Elle est emblématique de la distorsion tarifaire actuelle: pour une prise en charge ambulatoire, un hôpital reçoit environ 2500 francs pour l'intervention, facture payée à 100% par l'assureur maladie. En stationnaire, il reçoit environ 6044 francs pour un patient assuré en division commune. L'assurance prend en charge 45%, c'est-à-dire 2720 francs. Le canton supporte les 55% restants. Une opération des varices en mode ambulatoire coûte donc 2,4 fois plus cher qu'une intervention en mode stationnaire. Pour les patients avec une assurance complémentaire (semi-privée, privée), la rémunération pour une prise en charge stationnaire peut même être jusqu'à quatre fois plus élevée.

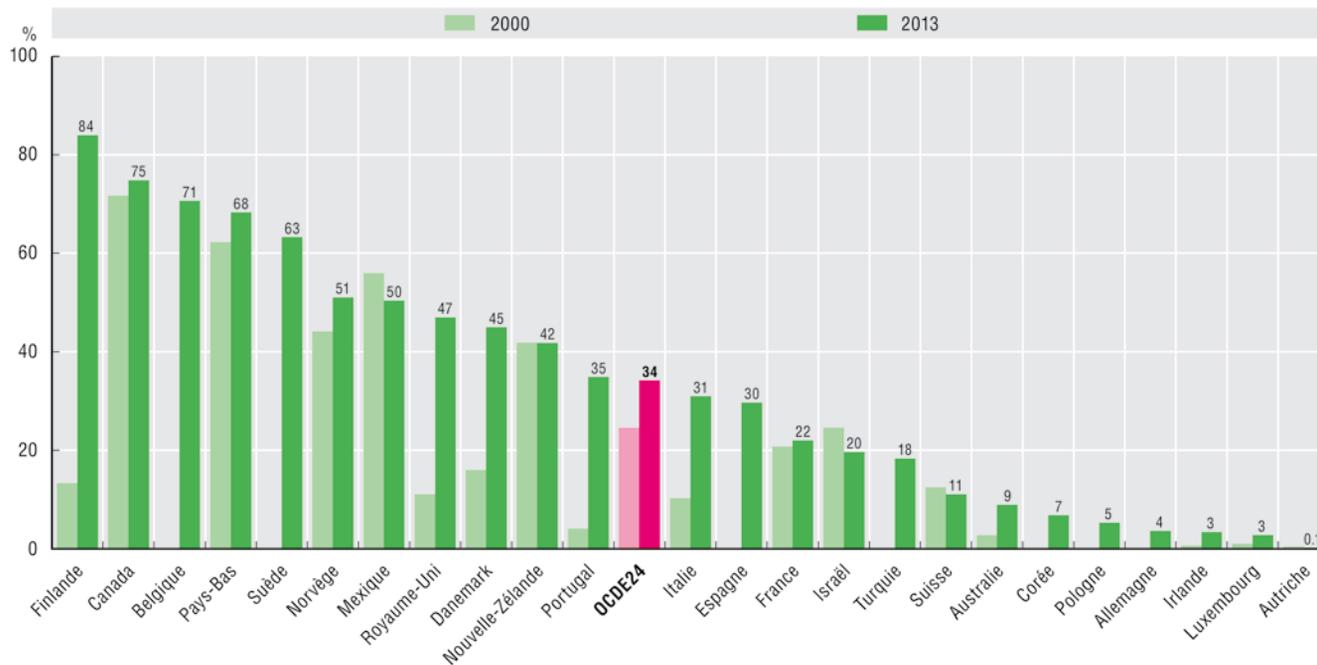
Pourcentage d'interventions hospitalières ambulatoires parmi toutes les interventions chirurgicales en 2007 (source:OCDE)



Opérations de la cataracte réalisées en soins de jour, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Pourcentage des ablations des amygdales pratiquées en chirurgie de jour, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source: OCDE (2015), « Chirurgie ambulatoire », dans Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris.

Favoriser la relève, une mission clé de l'HNE

L'hôpital est une entreprise complexe par la diversité des métiers qui s'y côtoient dans la prise en charge des patients. Pour faire fructifier cette richesse, nous nous devons d'être promoteurs de la formation. Nous avons accueilli en 2016 près de 800 personnes pour différents stages. L'HNE met à disposition des ressources dans le but d'assurer l'encadrement de ces personnes. Nous avons, toutes formations confondues, plus de 70 formateurs en entreprise encadrés par 3 coordinatrices. Nous mettons si besoin des chambres pour les apprentis sans moyen de locomotion personnel. Ils bénéficient tous de l'abonnement onde verte pour leurs déplacements.

Une trentaine de nouveaux apprentis par an

L'hôpital est aussi reconnu comme entreprise formatrice pour plusieurs apprentissages. Dans le domaine des soins bien sûr, mais aussi dans les domaines administratifs et logistiques: entre 25 et 30 jeunes choisissent chaque année de venir dans notre établissement dans ces domaines là pour acquérir des compétences qui leur permettront de s'insérer sur le marché du travail et de trouver leur place dans la société.

Les formateurs en entreprise et leurs coordinatrices sont au front tous les jours pour encadrer nos jeunes apprentis. Ils sont soutenus par les membres de l'équipe et leurs responsables.

Nous collaborons aussi étroitement avec les conseillers et conseillères en formation professionnelles de l'Office des apprentissages (OFAP) pour le suivi de ces jeunes. Ces personnes sont chargées de surveiller la conformité des apprentissages mais sont aussi un soutien pour les apprentis et pour les employeurs lorsque des difficultés se présentent. Leur œil neuf permet souvent de trouver des pistes là où l'on ne trouvait pas d'issue favorable.

Une commission de sélection pour le recrutement

Chaque apprenti est recruté par une commission de sélection. Ils ont la possibilité d'effectuer des stages «contact» pour conforter leur choix professionnel. Nous organisons spécifiquement pour eux un après midi pour les accueillir avec leur famille. Nous invitons aussi les représentants des écoles professionnelles

Un HNEmag entièrement consacré à la formation a été édité en juin 2014. Vous pouvez le visualiser ou le télécharger sur notre site internet à l'adresse: www.h-ne.ch/a-propos/hne-mag



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



et du Service des formations postobligatoires et de l'orientation (SFPO). Les apprentis de 2e et 3e année organisent des stands pour expliquer aux invités leur métier. Les nouveaux arrivants ont donc tout loisir de leur poser des questions.

Au début de leur apprentissage, ils ont un programme d'insertion de trois mois qui va leur permettre de disposer d'un maximum d'atouts pour bien commencer leur formation. Durant 3 ans, ils suivront un parcours pédagogique défini pour arriver, à la fin de leur formation, à posséder un beau bagage professionnel. Nous avons l'ambition de mettre sur le marché du travail des professionnels qui auront la meilleure employabilité possible. Afin de les préparer au mieux, ceux qui le désirent pourront suivre un atelier de préparation à l'embauche que le service de formation organise pour eux.

Coordinatrices des formateurs entreprise: une spécificité HNE

Intégrer l'encadrement dans l'organisation journalière n'est pas chose aisée et ce, quel que soit le secteur d'activité. Cela demande à nos collaborateurs patience et bienveillance. Les 3 postes de coordinatrice en entreprise (1.8 ETP) ont été créés pour «mettre de l'huile» dans les rouages de l'encadrement. Leur activité consiste à soutenir les formateurs en entreprise, et à garantir le respect du parcours pédagogique. Elles soutiennent également les apprentis et sont partenaires dans l'évaluation. ■

Le nombre d'apprentis dans l'HNE en août 2016: 65 personnes

Attestation fédérale de formation professionnelle (AFP)

- 3 aides en soins et accompagnement
- 1 employé en intendance
- 4 employés de cuisine (AFP)

Certificat de capacité fédérale

- 3 assistantes médicales (CFC)
- 9 assistants socio-éducatifs (+ 2 stagiaires en pré-formation) (CFC)
- 14 assistants en soins et santé communautaire (CFC)
- 4 cuisiniers (CFC)
- 2 cuisiniers en diététique (CFC)
- 10 employés de commerce (CFC) + 3 stagiaires maturité commerciale
- 5 gestionnaires en intendance (CFC)
- 4 logisticiens (CFC)

Ecole spécialisée

- 1 technicien de salle d'opération (ES) en cours d'emploi
- 2 éducatrices (ES)

Les coordinatrices de la formation en entreprise

Myriam Bezençon



Laurence Jain



Catherine Lesueur

CENTRE DU SEIN

Une unité pluridisciplinaire d'excellence de prise en charge des pathologies bénignes et malignes du sein

Pour améliorer le pronostic vital

Considéré par l'OMS comme un problème de santé publique, le cancer du sein représente un défi majeur en Suisse: notre pays figure parmi ceux où l'incidence de cette pathologie est la plus élevée au monde. Swiss cancer screening recense 5300 nouveaux cas chaque année, c'est-à-dire un tiers des cancers féminins. Une lueur d'espoir cependant: les registres montrent que la mortalité par cancer du sein a diminué ces dernières années dans notre pays, avec un taux de survie de 82% à cinq ans. Ce qui place la Suisse parmi les nations où le pronostic est le meilleur pour cette forme de cancer.

La littérature médicale démontre qu'une prise en charge pluridisciplinaire dans une unité de pointe améliore le taux de survie des patients. Raison pour laquelle la plupart des cantons ont créé des pôles d'excellence dans le domaine de la sénologie, à l'instar du Centre du sein du département de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Neuchâtelois (HNE) ouvert en novembre 2014 à l'hôpital de La Chaux-de-Fonds. Le centre rassemble une vingtaine de médecins spécialistes de dix domaines (chirurgie du sein, oncologie médicale, radio-oncologie, radiologie, pathologie, médecine nucléaire, chirurgie plastique et reconstructive, génétique médicale, soins palliatifs, unité de fertilité, psychiatrie) ainsi que des infirmières référentes et des physiothérapeutes. Toujours plus pointue, la médecine évolue vers davantage de spécialisations: en gynécologie-obstétrique par exemple, une des formations post-grade de sénologie et de gynéco-oncologie est spécifiquement ciblée sur les maladies des seins et les cancers de l'appareil reproducteur féminin.

«Le travail pluridisciplinaire permet d'organiser une prise en charge rapide, médicalement coordonnée et efficace, résume la Dresse Marie-José Chevènement, gynécologue, obstétricienne, sénologue et responsable médicale du Centre du sein. Les examens de diagnostic peuvent être concentrés sur une seule journée! Lorsque nous décelons une forme de tumeur agressive chez une personne jeune, nous sommes en mesure de mettre sur pied un traitement ciblé dans les dix jours».

« Lorsque nous décelons une forme de tumeur agressive chez une personne jeune, nous sommes en mesure de mettre sur pied un traitement ciblé dans les dix jours »

Le Centre du sein est astreint aux critères de certification de la Société suisse de sénologie et la Ligue suisse contre le cancer avec des conditions à respecter énumérées sur une trentaine de pages. Celles-ci portent notamment sur les compétences des spécialistes, les traitements médicaux, le respect des délais de prise en charge et le nombre minimal de cas, soit 125 par an. Un seuil que le centre de La Chaux-de-Fonds parvient à respecter, avec 184 nouveaux patients pris en charge l'an dernier. La certification suisse est en cours de préparation cette année. «S'il fallait le partager le centre en deux, nous tomberions sous ce seuil et c'en serait fini de la certification», s'inquiète la doctoresse (lire ci-contre).

Dès l'annonce du diagnostic, les patients sont référés par leur gynécologue ou leur médecin traitant au Centre du sein. Après examens plus approfondis, un plan

de traitement personnalisé est établi. Il est soumis au tumorboard (un comité d'experts qui rassemble des sénologues, des radiologues, des nucléaristes, des oncologues et radiooncologues, des pathologues, un plasticien) qui l'évaluent ensemble avant de le valider.

«En réunissant toutes ces compétences, nous sommes plus forts, explique la Dresse Chevènement. Depuis une quinzaine d'années, la prise en charge a radicalement changé: elle est de plus en plus individualisée et pluridisciplinaire. Les traitements sont aujourd'hui ciblés sur le profil génétique de la tumeur, ce qui constitue une avancée énorme. Il existe différentes formes de cancer, certaines plus agressives que d'autres. Nous nous concentrons sur leur biologie, car des progrès importants ont été accomplis en matière de classification génétique. Nous devons pouvoir confronter des paramètres émanant de plusieurs



domaines (radiologie, pathologie, médecine nucléaire, etc.) pour définir la thérapie la plus efficace.»

Le traitement comprend généralement une opération pratiquée par un sénologue astreint à un nombre minimal d'actes chirurgicaux par an, garant d'une meilleure expertise. Une reconstruction (prise en charge par la LAMAL) peut être effectuée en même temps ou ultérieurement. Si le sein est conservé, des rayons sont habituellement prescrits. Selon le type de tumeur, une chimiothérapie et une hormonothérapie peuvent s'avérer nécessaires.

«Aujourd'hui nous pouvons mieux cibler l'indication d'une chimiothérapie grâce à de nouveaux outils. Par exemple un nouveau test sur la tumeur est pris en charge par l'assurance de base depuis janvier 2015. Son but est de déterminer si le risque de récurrence est faible, moyen ou élevé», détaille la doctoresse.

Le protocole de chimiothérapie sera établi en fonction de l'agressivité de la tumeur, Plusieurs nouveaux médicaments introduits ces dernières années ont permis d'améliorer le taux de guérison. Parmi eux, des molécules utilisées depuis 2006 pour cibler les cancers du sein HER2 positifs (25% des cas), de mauvais pronostic au départ mais pour lesquels on atteint le taux de guérison comparable à ceux de bon pronostic avec ces traitements.

Les hommes aussi

En tant que pôle de sénologie, le centre traite toutes les maladies du sein, y compris les infections, les tumeurs bénignes ou les lésions frontalières (qui peuvent devenir malignes). «Les pathologies bénignes sont souvent méconnues. Certaines femmes trainent pendant des années des affections qu'on peut guérir en une opération.»

La patientèle n'est d'ailleurs pas exclusivement féminine, car les hommes peuvent aussi souffrir de maladies mammaires. Le centre a pris en charge plusieurs messieurs l'an dernier, dont quatre atteints d'un cancer du sein. ■



Quel avenir pour le centre ?

Avec des règles d'accréditation exhaustives, la Société suisse de sénologie impose aux unités spécialisées un volume minimal dans le but d'obtenir une qualité de traitement plus élevée. «Atteindre ce seuil au Centre du sein à La Chaux-de-Fonds n'était pas gagné d'avance, souligne le Dr Yves Brännisholz, chef du département de gynécologie-obstétrique de l'HNE. Il a fallu convaincre les gynécologues installés et les généralistes de l'intérêt d'y adresser les patientes dont le dépistage s'est avéré positif. A l'interne, des sacrifices ont été consentis: nous avons dû persuader des gynécologues du département - dont certains opéraient des seins depuis 15 ans - de renoncer à cette chirurgie. Pour le bien des patientes, les opérations ont été restreintes à 4 gynécologues-sénologues. La littérature montre que plus un chirurgien pratique le même acte meilleure sera la qualité.»

Le département de gynécologie-obstétrique est chargé de former des médecins pour assurer la relève dans le canton. Il est contrôlé par l'Institut suisse pour la formation médicale post graduée. Les médecins-assistants du département de gynécologie-obstétrique doivent impérativement passer par le Centre du sein.

Seuil minimum de 125 cas par an

Quid de l'avenir du centre après l'acceptation de l'initiative pour le maintien de deux hôpitaux autonomes, le 12 février? Dans la mesure où le texte prévoit la mise en place de deux entités autonomes et indépendantes, il est incertain. Si l'unité est coupée en deux, elle n'atteindrait plus le seuil de 125 nouvelles prises en charge par an impératif pour obtenir l'accréditation nationale. Autre problème: le personnel du Centre du sein travaille en partie au département de gynécologie à Pourtalès, dont il dépend directement. «Pour les patientes, la disparition de l'unité signifierait qu'elles devraient recommencer à se faire opérer par des médecins non-spécialistes du sein, qui n'atteignent pas forcément un seuil minimum dans ce domaine, souligne le Dr Brännisholz. Ce serait une régression en matière de qualité.»

Sans Centre du sein, il faudrait travailler en partenariat avec un hôpital universitaire. Cela entraînerait une perte de substance sur le territoire cantonal, avec le recours à des praticiens actifs ailleurs. «Cela ne coûterait pas forcément moins cher, juge le médecin-chef. Les interventions hors cantons coûtent le même prix au canton (réd: 55% de la facture). En revanche, cela ferait baisser l'attractivité des hôpitaux neuchâtelois auprès des gynécologues en formation, contribuant à aggraver notre difficulté à attirer la relève.»

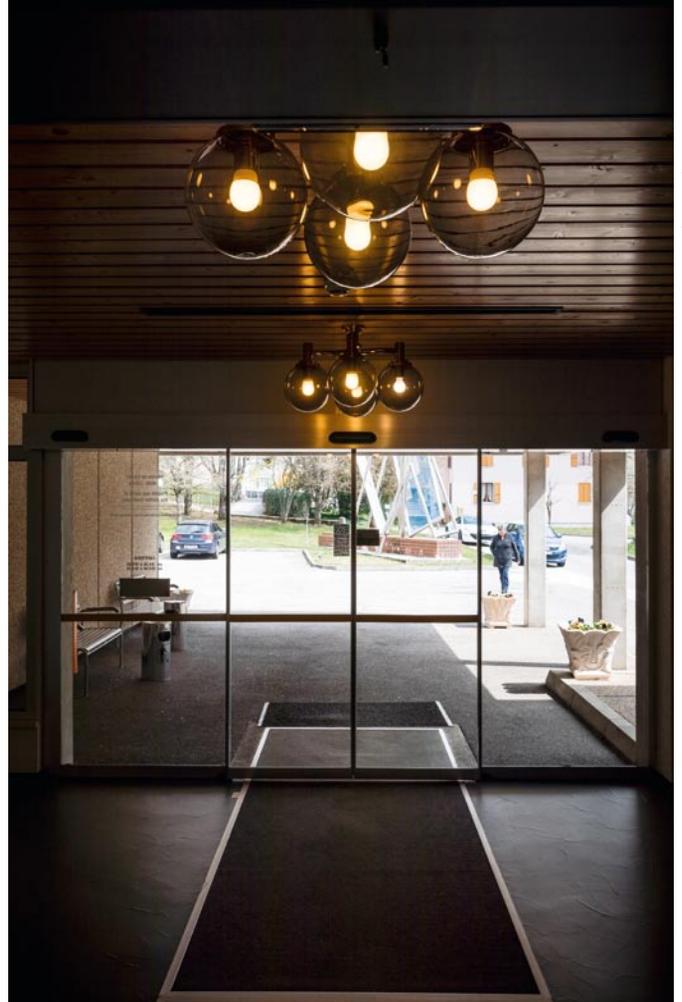
CARTE BLANCHE | par Guillaume Perret, photographe

18

/ page /

Le site du Val-de-Travers a changé de mission
le 1er mai avec sa reprise par la Fondation Les Perce-Neige.
L'occasion de rendre hommage à son personnel, qui s'apprête à vivre
un nouveau défi professionnel

Une page se tourne à Couvet







— ROMINA CAPOCCIA BRUGGER —

La Dresse Romina Capoccia Brugger est sous-spécialisée en médecine fœto-maternelle, dont fait partie l'imagerie prénatale. Elle souligne l'importance d'encadrer les parents lors de la découverte par échographie de malformations graves et met en garde contre les excès de l'imagerie «de divertissement»

« Le développement du fœtus, c'est un vrai miracle »

Depuis les années 1980, le métier d'obstétricien a changé en profondeur. Longtemps réduits à palper le ventre des futures mères, les médecins spécialisés ont maintenant accès à différents outils comme l'échographie prénatale pour suivre le déroulement de la grossesse, avec des images de plus en plus précises. La technologie permet non seulement de repérer des malformations longtemps invisibles et préparer les parents à des situations difficiles, mais aussi d'intervenir chirurgicalement sur le fœtus ou le placenta durant la grossesse. Sous-spécialisée en médecine fœto-maternelle après une formation en gynécologie-obstétrique, la Dresse Romina Capoccia Brugger détaille cette évolution. Entretien:

HNEmag: Pourquoi avez-vous choisi de vous spécialiser en médecine fœto-maternelle, dont fait partie l'imagerie prénatale?

Romina Capoccia Brugger: Je me suis d'abord spécialisée en gynéco-obstétrique. C'est une branche extrêmement variée qui permet de suivre les femmes tout au long de leur vie. Elle comprend des gestes opératoires, les suivis de grossesse, de l'imagerie et de

l'endocrinologie. Cette spécialité est très enrichissante au niveau médical, technique, mais aussi sur le plan humain. J'ai ensuite été séduite par la médecine fœto-maternelle, dont fait partie l'imagerie prénatale. C'est une sous-spécialité très technique qui demande de se mettre constamment à jour. Malgré les années qui passent, je trouve mon métier toujours aussi varié et passionnant. Le développement du fœtus, c'est un vrai miracle. Cela m'émerveille toujours autant. Bien sûr, il y a parfois des accidents. Mais il faut le souligner: la grande majorité des grossesses se passent sans problème majeur.

Quelle est l'importance de l'expérience dans votre activité quotidienne?

Dans toute les disciplines médicales techniques, le constat est le même: plus on a d'expérience, plus on est compétent. En matière d'échographie, la courbe d'apprentissage est longue. Il faut bien sûr apprendre à observer les choses pour poser des diagnostics, mais surtout apprendre ce que l'on doit chercher dans quelle situation et pourquoi, ainsi que les prises en charge pré- et postnatales. Cela évolue constamment, c'est pourquoi la formation ne s'arrête jamais.

L'imagerie en 3D s'est démocratisée. Est-ce un vrai plus sur le plan médical ?

Elle est utile pour le diagnostic de certaines malformations, par exemple du rachis ou de la face. Mais la 3D n'apporte rien pour les échographies de dépistage, où on en reste à la 2D. Les images sont aujourd'hui excellentes. Il y a eu un important saut qualitatif il y a une quinzaine d'années. Cela facilite grandement notre travail.

« Il n'y a malheureusement pas de bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle. Pour les parents, c'est toujours un cataclysme »

Le développement de l'échographie «de divertissement» constitue-t-elle un risque pour le fœtus ?

L'échographie n'entraîne pas de lésion chez le fœtus. Mais comme toute imagerie, il faut l'utiliser le moins possible. Le risque est de banaliser cette technologie, comme on le voit avec l'échographie «cinéma» et ses séquences animées. L'objectif n'est pas de dépister d'éventuelles anomalies mais de regarder le bébé. Des sociétés à but lucratif ont été créées dans ce but. Cela n'a plus rien à voir avec de la médecine. De plus, cela peut déboucher sur de mauvaises surprises même si, généralement, ces sociétés demandent qu'une échographie morphologique ait été effectuée en amont.

Des interventions chirurgicales se déroulent sur le fœtus avant même sa naissance. Est-ce une tendance appelée à se développer ?

La chirurgie fœtale ne se pratique que dans les hôpitaux universitaires. C'est une médecine hyper spécialisée qui nécessite d'avoir un nombre minimum de cas pour être performante. A Zurich, des médecins interviennent in utero pour la réparation des spina-bifida. Ces interventions sont encore effectuées dans le cadre de protocoles d'études, mais les résultats sont encourageants. Une action



Née le 30 juillet 1977 à Neuchâtel

Mariée et maman de deux enfants

Diplôme de médecin obtenu à la faculté de médecine de Genève

Détentrice d'un FMH en gynécologie-obstétrique

Détentrice de diplômes interuniversitaires en échographie gynéco-obstétricale et en médecine fœtale

Citation

« Vivre la naissance d'un enfant est notre chance la plus accessible de saisir le sens du mot miracle »

Paul Carvel

précoce semble pouvoir améliorer le pronostic vital pour le bébé. Les autres hôpitaux universitaires en Suisse proposent un traitement prénatal laparoscopique pour les jumeaux qui partagent le même placenta (syndrome transfuseur-transfusé ou retard de croissance intra-utérin sélectif d'un des fœtus). Un instrument très fin de 3 millimètres est glissé dans la poche des fœtus. Un laser est alors utilisé pour coaguler les anastomoses qui existent entre les deux circulations. A l'HNE, nous pratiquons uniquement des gestes diagnostics, comme l'analyse de cellules placentaires ou fœtales prélevées par choriocentèse ou amniocentèse.

Le développement de tests génétiques remboursés depuis 2015 par l'assurance de base a-t-il réduit le nombre de gestes à risques?

Oui, l'arrivée sur le marché du dépistage prénatal non invasif (DPNI) a permis de réduire de 40% le nombre de choriocentèses et d'amniocentèses entre 2014 et 2016. C'est un vrai progrès, car ces interventions entraînent une fausse-couche dans 0,5% des cas. Aujourd'hui, une simple prise de sang à la future mère permet dans la majorité des cas de détecter les anomalies chromosomiques fœtales les plus fréquentes (trisomies 21, 18 et 13).

Avez-vous été formée pour annoncer aux parents la découverte d'une maladie ou d'une malformation grave?

Durant la formation de médecine, nous avons des cours de communication aux patients, ce qui inclut l'annonce des mauvaises nouvelles. Mais cela dépend surtout de la sensibilité de chacun, de sa manière d'être et de son expérience. Personnellement, j'ai beaucoup appris des aînés qui m'ont formée. Mais il n'y a malheureusement pas de bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle.

Pour les parents, c'est toujours un cataclysme. Il est très important de prendre du temps pour eux, de les accompagner et de les soutenir. Il faut leur expliquer ce qui se passe et surtout ne rien leur cacher.

Qui prend la décision d'interrompre une grossesse?

On ne propose pas l'interruption ce n'est pas notre rôle. Certains parents l'évoquent spontanément. D'autres disent d'emblée qu'ils souhaitent garder leur bébé, même en cas de malformation grave ou létale. C'est le plus souvent lié à des convictions religieuses, mais il peut aussi d'agir d'une démarche personnelle. La prise d'une telle décision, quelle qu'elle soit, est extrêmement difficile. Notre rôle est d'être présent pour soutenir les parents et les accompagner dans cette épreuve.

Vous êtes vous-même mère de deux enfants. Comment avez-vous vécu vos grossesses?

Avec ma formation, on a des inquiétudes que les autres femmes n'ont pas. On sait quels sont les risques à toutes les étapes de la grossesse. Pour mon premier enfant, j'étais sereine. Pour le second, j'étais beaucoup plus stressée. J'étais plus avancée dans ma formation, donc plus au fait de ce qui pouvait se passer – c'est peut-être une explication. Je suis d'autant plus reconnaissante d'avoir deux enfants en pleine santé. C'est un cadeau.



85%

● C'est la proportion de collaborateurs de l'HNE domiciliés dans le canton de Neuchâtel ou dans un autre canton suisse, souvent limitrophe.

Le personnel frontalier représente en moyenne 15% des effectifs, avec des disparités sensibles entre les sites et leur proximité avec la frontière et les professions. A titre d'exemple, le site de Couvet compte 30% de frontaliers, contre 10% pour le site de Pourtalès. Le personnel soignant est composé quant à lui 24% de professionnels frontaliers en moyenne, avec une pointe de 40% au Locle. A qualification et compétence égale, préférence est donnée à une personne domiciliée dans le canton. ■

Infirmier anesthésiste et **APICULTEUR PASSIONNÉ**, Nicolas Barthel a installé cinq colonies d'abeilles sur le toit du site de Pourtalès. La production de miel sera vendue en priorité aux collaborateurs de l'HNE

« Avec les abeilles, on n'a jamais fini d'apprendre. »



26

/ page /

Elles disposent d'une vue imprenable sur le quartier de la Maladière, le lac de Neuchâtel et les Alpes. A la mi-mars, Nicolas Barthel, infirmier-anesthésiste et apiculteur passionné, a installé cinq ruches sur le toit du site HNE-Portalès. Il a choisi la situation la plus à l'est possible, à 50 mètres de l'héliport desservi par la Rega. «Les abeilles ont besoin de tranquillité, souligne-t-il. Ici, elles ne sont pas dérangées par les palles des hélicoptères. Je dispose en outre d'un local pour mon matériel à proximité immédiate.»

Le développement de ruches en entreprise est en pleine extension. Souvent proposé par des sociétés spécialisées, cela permet de promouvoir l'apiculture urbaine et de protéger les populations d'abeilles mises à mal par l'agriculture extensive. Pour Nicolas Barthel, c'est aussi le moyen d'exercer sa passion à proximité immédiate de son lieu de travail: «Depuis 2013, j'ai des ruches à Tête-de-Ran, juste à côté de chez moi. Chaque printemps, quand je descendais travailler à Pourtalès, je regardais avec envie les fleurs éclore avec plusieurs semaines d'avance. Cela m'a donné l'idée de me lancer. J'ai fait la proposition et j'ai obtenu le soutien de la direction générale de l'HNE.»

L'infirmier-apiculteur s'occupe désormais de quinze colonies: dix installées à 1300m d'altitude et cinq au niveau du lac. «A Neuchâtel, la production de miel commence beaucoup plus tôt. Le contexte est aussi différent: on se trouve en milieu urbain, avec des fleurs qui se trouvent avant tout dans les jardins de particuliers. Il me faudra un temps d'adaptation. Avec les abeilles, on n'a jamais fini d'apprendre.»

Nicolas Barthel a été initié à l'apiculture un peu par hasard. «Un voisin qui possédait deux colonies m'a demandé de m'en occuper pendant ses vacances. Cela n'a pas été simple, mais cela m'a décidé à me lancer: je cherchais justement un moyen de m'impliquer activement dans la protection de la nature et de la biodiversité.» Amoureux des grands espaces, passionné de ski de fond, le résidant de Tête-de-Ran concède qu'il vivrait volontiers dans le Montana ou en Alaska: «Je serais bien incapable de vivre en ville.»

« Mes filles de 3 et 5 ans dessinent mes étiquettes. Cela m'a donné l'idée de faire participer des enfants qui n'ont pas la chance d'être en bonne santé »

Pour acquérir les bases de l'apiculture, Nicolas Barthel a suivi en 2013 et 2014 les cours de l'Espace abeilles, à Cernier, avant de faire la formation d'inspecteur-adjoint des ruchers entre 2016 et 2017. Il a acquis ses deux premières colonies auprès d'un maître-éleveur en 2013.

«Il m'a vendu deux splendides reines, souligne-t-il avec enthousiasme. Nourrie exclusivement de gelée royale, une reine pond jusqu'à 3000 œufs par jour. Avec les pesticides, fongicides et autres antibiotiques, leur fertilité a tendance à baisser. Il faut changer de reine tous les 1 à 2 ans contre tous les 3 à 5 ans il y a une trentaine d'années.»

Que ce soit dans ses loisirs ou dans son métier, le soignant n'a pas peur de se remettre en question. Il a commencé sa carrière professionnelle en 1998 comme ambulancier dans la région lausannoise. «C'était dur, c'est un job dans lequel tu découvres la vie sous ses angles les plus crus et les plus injustes, juge-t-il. Je ne me voyais pas faire cela pendant 20 ans.» Motivé à changer de voie, il reprend des études en 2000 pour devenir infirmier. «Ça n'a pas été simple de retourner sur les bancs d'école. Sans la compagnie d'un ami qui a fait le même parcours que moi, je ne suis pas certain que je serais arrivé au bout.»

Le projet Nicolas Barthel ne se limite pas à la production de miel. Avant la première récolte, qui devrait avoir lieu fin mai ou début juin, il prévoit de lancer un concours de dessin pour illustrer les étiquettes des futurs pots. Il sera réservé aux patients hospitalisés dans le service de pédiatrie de Pourtalès. «Mes filles de 3 et 5 ans dessinent mes étiquettes, raconte l'apiculteur amateur. Cela m'a donné l'idée de faire participer des enfants qui n'ont pas la chance d'être en bonne santé.» Si rien n'est encore formellement décidé, la centaine de kilos de «miel de toit» qui sera produite chaque année devrait être vendue en priorité au personnel de l'HNE. ■



