



HAL
open science

Création d'un hôpital de jour pluridisciplinaire à l'hôpital de Neufchâtel-en-Bray : projet et mise en place

Marion Joannides

► To cite this version:

Marion Joannides. Création d'un hôpital de jour pluridisciplinaire à l'hôpital de Neufchâtel-en-Bray : projet et mise en place. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01426145

HAL Id: dumas-01426145

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01426145>

Submitted on 4 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015-2016

THESE N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

Marion JOANNIDES

Née le 16 octobre 1987 à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 OCTOBRE 2016

CRÉATION D'UN HÔPITAL DE JOUR PLURIDISCIPLINAIRE À
L'HÔPITAL DE NEUFCHÂTEL EN BRAY : PROJET ET MISE EN PLACE

MEMBRES DU JURY :

Professeur Gaétan PREVOST

Président du jury

Professeur Véronique MERLE

Examinateur

Professeur Dominique GUERROT

Examinateur

Docteur Christophe GUILLERME

Directeur de thèse

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Éric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence

Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Éric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale

Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB Biophysique et traitement de l'image
Mr Éric VERIN	CRMPR Médecine physique et de réadaptation
Mr Éric VERSPYCK	HCN Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mr Éric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maité NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

--

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) (Unité Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle	HB - Hôpital de Bois Guillaume
CB - Centre Henri Becquerel	SJ – Saint Julien Rouen
CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray	
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

- Au docteur Christophe Guillaume, pour m'avoir proposé ce sujet de thèse et avoir dirigé mon travail avec autant de gentillesse et de simplicité.
 - Au professeur Gaëtan Prévost, pour avoir accepté de présider mon jury.
 - Au professeur Véronique Merle et au professeur Dominique Guerrot pour avoir accepté de juger ce travail.
 - Au docteur Olivier Ink de l'hôpital de Soissons et au docteur Stéphanie Robaday-Voisin de l'hôpital de Dieppe pour leur réactivité et le temps précieux qu'ils m'ont accordé.
 - Merci également pour leur aide à madame Juliette Mautret et à monsieur Olivier Delahais, directeurs de l'hôpital de Neufchâtel, et aux docteurs Jacques Frichet et Matthieu Schuers, médecins généralistes à Neufchâtel.
-
- A mon père, sans qui rien n'aurait été possible depuis le départ, soutien de toujours et inconditionnel.
 - A ma mère qui me manque tellement.
 - A ma sœur, Gregory et Cassandre, pour les coups de pieds aux fesses et surtout la force et l'amour qui me permet d'avancer.
 - A mon frère dont je suis fier.
 - A Paulin, qui me supporte et me soutient sans relâche, pour le bonheur et l'amour au quotidien, pour les beaux projets et la confiance en l'avenir.
 - A ma belle-famille, pour m'avoir donné une vraie place dans la famille, pour leur écoute et leurs encouragements.
 - A mes grands-parents, qui auraient été fiers j'en suis sûre.
 - A mes amis « ma famille aussi » Charlène et Alex, Camille et Clément, Justine et Romain, Camille et Florian, Yannick, Alexis, Ludivine, Mathilde, Hélène...pour tous les moments de bonheur partagés et à venir.

Sommaire

Remerciements	12
Sommaire	13
Abréviations	15
Introduction	16
A. Contexte et vue d'ensemble	18
1. <i>Situation sanitaire de la région de Neufchâtel en Bray</i>	18
1.1. Démographie médicale Régionale et de Neufchâtel en Bray	18
1.2. Volontés politiques nationales et régionales.....	20
1.3. Offres de soins existantes	23
1.3.1. Permanence des soins à Neufchâtel en Bray : Historique et situation actuelle	23
1.3.2. Médisept : Maison médicale de Neufchâtel en Bray : Historique et situation actuelle	26
1.3.3. Hôpital de Neufchâtel :	27
1.4. Réseaux et filières de soins existants	29
2. <i>Problématique de la collaboration ville-hôpital</i>	32
2.1. Approche législative	32
2.2. Difficultés rencontrées et solutions envisagées	35
3. <i>Pourquoi un projet d'hôpital de jour à l'hôpital de Neufchâtel ?</i>	37
3.1. Rappel du contexte sanitaire local	37
3.2. Exemple des hôpitaux de jours de l'hôpital de Soissons et Dieppe	37
3.2.1. Dieppe	37
3.2.2. Soissons	41
3.3. Différents objectifs pour l'HDJ de Neufchâtel en Bray	43
3.3.1. Une offre de soins locale	43
3.3.2. Un seul temps et un seul lieu	44
3.3.3. Amélioration coopération ville/hôpital	44
3.3.4. Développement de la télémédecine	45
3.3.5. Education Thérapeutique du patient (ETP)	47
	13

B. Mise en place du projet HDJ	50
1. <i>Porteurs du projet</i>	50
2. <i>Modifications au sein de l'hôpital.....</i>	50
3. <i>Évaluation du coût et besoins financiers.....</i>	51
3.1. <i>Législation : ce qu'il faut pour « coter » une hospitalisation de jour</i>	51
3.2. <i>Budget prévisionnel du projet HDJ</i>	52
4. <i>Elaboration de programmes d'hospitalisation de jour.....</i>	54
4.1. <i>Les différentes prises en charge évoquées</i>	54
4.2. <i>Echanges avec l'ARS et étude préliminaire</i>	58
4.1. <i>Projet retenu pour la mise en route de l'activité : gériatrie.....</i>	61
4.1.1. <i>Contexte médico-épidémiologique de la gériatrie, en particulier à Neufchâtel en Bray</i>	61
4.1.2. <i>Quatre axes retenus pour le projet gériatrie</i>	64
4.1.2.1. <i>Bilan cognitif gériatrique (lit HDJ MCO).....</i>	64
4.1.2.2. <i>Bilan de chute et troubles de la marche (lit HDJ MCO)</i>	65
4.1.2.3. <i>Bilan de fragilité (lit HDJ MCO)</i>	66
4.1.2.4. <i>Prévention des chutes et récurrences de chutes chez la personne âgée</i> <i>(lit HDJ SSR).....</i>	66
4.2. <i>Les Perspectives de développement : diabète.....</i>	67
4.2.1. <i>Contexte médico-épidémiologique du diabète</i>	67
4.2.2. <i>Axes retenus pour la prise en charge du diabète</i>	69
4.2.2.1. <i>Évaluation de l'équilibre du diabète, proposition d'ajustement thérapeutique et éducation thérapeutique</i>	69
4.2.2.2. <i>Dépistage de l'atteinte des organes cibles</i>	69
4.2.2.3. <i>Prise en charge du pied diabétique et télémédecine</i>	73
C. État d'avancement	74
1. <i>Autorisation administrative et Calendrier prévisionnel</i>	74
Discussion	75
Conclusion	78
Annexes.....	79
Références bibliographiques	98
Résumé	104

Abréviations

AESR	Activité externe à surveillance rapprochée
AMB	Association des médecins brayons
ANIDER	Association Normande pour la prise en charge de l'insuffisance rénale et pour la dialyse, l'éducation des patients et la recherche
ARS	Agence régionale de santé
CAPS	Centre d'accueil et de premier soins
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CPSP	Centre de proximité de premiers soins
DIM	Direction de l'information médicale
DMP	Dossier médical partagé
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Education thérapeutique patient (ou Equivalent temps plein)
GCS	Groupement de coordination sanitaire
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupement hospitalier territorial
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
HPST (loi)	Hôpital patient santé territoire
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'état
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
Med. Gé.	Médecins Généralistes
PRS	Projet régional de santé
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et réadaptation
UMAP	Unité de médecine ambulatoire programmée

Introduction

Le développement des soins de proximité, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux constitue une démarche prioritaire de la politique de santé nationale et régionale. Ce développement s'articule avec la volonté de promouvoir l'activité de soins ambulatoires. Ces volontés entrent dans le cadre d'une stratégie de réorganisation de l'offre de soins, afin de tenir compte en particulier de la lutte contre les déserts médicaux, du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques. Elle suppose une coordination entre tous les niveaux de soins sur le territoire et place le médecin généraliste au centre du réseau. Dans ce sens la collaboration ville/hôpital apparaît comme un élément central pour une meilleure continuité des soins autour du patient. Au sein du territoire de Neufchâtel en Bray, cette dynamique est forte et portée par les médecins généralistes et les différents acteurs du soin de la maison médicale pluridisciplinaire et de l'hôpital de proximité. La maison médicale accueille, parallèlement aux consultations de médecine générale et à l'offre paramédicale, un laboratoire d'analyses biologiques et un centre local d'information et de coordination (CLIC) sanitaire et sociale. L'hôpital, en plus de son service de médecine polyvalente, de son activité centrée sur les personnes âgées (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), accueil de jour, patients Alzheimer) et de ses consultations spécialisées avancées, accueille un centre de premiers soins ouvert 24h/24 reposant sur une permanence médicale assurée par les médecins généralistes du canton. Tenant compte de ces éléments, la création d'un hôpital de jour pluridisciplinaire est apparue pour la directrice de l'hôpital de Neufchâtel et pour les médecins généralistes de la maison médicale particulièrement impliqués dans cette collaboration avec l'hôpital, comme un moyen de compléter l'offre de soins locale. Ainsi serait mise en place entre la médecine de ville et la médecine hospitalière une structure de soins qui offrirait la possibilité de réaliser des prises en charges ambulatoires. Cette dernière serait ouverte à la fois aux patients des praticiens libéraux et aux patients après une hospitalisation conventionnelle ayant besoin d'un soutien au retour à domicile. L'hôpital de jour (HDJ), en accord avec les représentants de l'Agence Régionale de Santé (ARS) rencontrés de façon préliminaire, pourrait permettre en particulier la réalisation de bilans et prises en charge spécialisés assurés actuellement par les centres régionaux (bilans de

diabète, de troubles cognitifs, éducation thérapeutique, réalisation de gestes de types ponction d'ascite évacuatrice). Ces soins seraient réalisés dans le cadre d'une collaboration entre les médecins de l'HDJ et les spécialistes régionaux, rendue possible du fait de relations privilégiées, de la réalisation de protocoles consensuels et du développement d'outils de type télémédecine. Il serait ainsi possible d'offrir au patient une prise en charge de proximité coordonnées, en une seule unité de lieu et temps. Cette dernière serait d'autant plus utile que la population susceptible de bénéficier de cet hôpital de jour à Neufchâtel est souvent âgée et fragile, supportant mal les déplacements longs ou répétés. Au plan financier, en l'absence de budget spécifique alloué par les pouvoirs publics, la mise en place de l'HDJ devra être élaboré par la redistribution de moyens internes et en tenant compte des compétences locales. De ce fait l'ouverture pourrait débuter par une activité restreinte centrée sur des prises en charge gériatriques et se développer secondairement vers une offre de soins pluridisciplinaire.

L'objectif de ce travail a été de participer à l'élaboration du projet d'HDJ et de décrire les différentes étapes nécessaires à sa mise en place.

A. Contexte et vue d'ensemble

1. Situation sanitaire de la région de Neufchâtel en Bray

1.1. Démographie médicale Régionale et de Neufchâtel en Bray

Au plan régional : (1)

La région Normandie (regroupant les anciennes Haute et Basse Normandie) est l'avant dernière région de France en terme de densité médicale en activité régulière toute spécialités confondues, entre la région anciennement Centre et la région Pays de la Loire. Sa densité médicale moyenne est de 253,3 médecins en activité pour 100000 habitants, inférieure à la densité métropolitaine qui est au 1er janvier 2016 de 284,4 médecins en activité régulière pour 100000 habitants. De plus cette densité médicale toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus, est en baisse partout dans la région sauf dans le Calvados sur la période 2007-2016. (1, page 59)

En ce qui concerne la médecine générale, la Basse et Haute Normandie réunies sont encore une fois au 2eme rang des densités les plus faibles avec une densité de médecins généralistes (Med. Gé) en activité régulière de 122,2 pour 100000 habitants alors qu'elle est de 132,1 Med. Gé/100000 habitants en France métropolitaine (-8,4% de 2007 à 2013). (1)

Pour l'ex-région Haute Normandie seule, la densité de médecins généralistes est de 117,1/100000 (126,8/100000 en seine maritime et 96,8/100000 dans l'Eure). On observe également une baisse régulière de la densité depuis 2007(-9,1% de 2007 à 2016 (-10,7% pour la Seine Maritime et -4,7% pour l'Eure)). (2)

Pour ce qui est des spécialités médicales (hors médecine générale) en activité régulière, la Normandie, est au 4^{ème} rang des plus faibles densités et reste en dessous de la moyenne nationale. Par contre le nombre de spécialistes médicaux est en augmentation dans la région, sauf dans le département de l'Eure ou il diminue et de l'Orne ou il est stable. (1)

On note par ailleurs une féminisation importante (+19,8% en médecine générale de 2007 à 2016 en Haute Normandie (2)) et de nouveaux modes d'exercices libéraux caractérisés par une installation en groupe, une activité moyenne plus faible et une

activité de garde et de visite souvent délaissée. On note également un vieillissement de la population des médecins généralistes (âge moyen 53 ans dont 31% ≥ 60 ans en et 14,5% ≤ 40ans en Haute Normandie (2)) avec de nombreux départs en retraite dans les années à venir.

Au plan départemental et à Neufchâtel en Bray :

En Seine maritime la densité de médecins généralistes est de 8,3 pour 10000 habitants (2) avec une diminution continue de 2007 à 2016 de -15,3% (Dans l'Eure 6,9 Méd. Gé pour 10000 habitants et diminution de 3%).

Neufchâtel en Bray compte 4794 habitants en 2013 (3) au sein de sa commune mais son bassin de population compte environ 12257 habitants répartis dans 23 communes. Depuis 2015 les limites cantonales ont été étendues (4) passant de 23 à 70 communes et à 34512 habitants (5) (estimation sur le recensement de 2013).

La densité médicale en terme de médecins généralistes de Neufchâtel en Bray (2) a augmenté de 2007 à 2016 de 55,6%. Elle est actuellement de 9,5 Med. Gé pour 10000 habitants du fait du regroupement en maison médicale des médecins généralistes et de l'installation de jeunes médecins attirés par ce nouveau mode d'exercice. Il existe une hétérogénéité importante au sein du canton et les habitants de certaines communes comme Mortemer se voient obligés de faire plus de 11km pour trouver le médecin généraliste le plus proche. (6)

En ce qui concerne les infirmières (IDE) libérales (7), leur densité à Neuchâtel en Bray est très faible à 3,2 pour 10000 habitants en 2014 (4 IDE libérales à Neufchâtel) et en dessous des moyennes nationales et départementales qui sont de 12,5 IDE pour 10000 pour la France (dont Dom Tom) et 8,1 IDE pour 10000 pour la Seine Maritime. Cette densité locale est en augmentation mais reste faible.

Pour les kinésithérapeutes libéraux, la densité à Neufchâtel est de 4,9 pour 10000 habitants en 2014 (6 kinésithérapeutes), soit quasiment équivalente à la moyenne départementale de 5 pour 10000 habitants mais inférieurs à la moyenne nationale qui est à 9,2 pour 10000 habitants (7). Il reste des zones blanches sans praticiens à moins de 13km (6).

Ces données montrent qu'actuellement Neufchâtel n'est plus une zone déficitaire au plan médical du fait de l'amélioration de sa densité médicale mais demeure une

zone fragile du fait de sa forte attractivité auprès d'une population cantonale et extra-cantonale pour sa part déficitaire en offre de soins.

Cette fragilité de l'offre de soins par rapport aux besoins est accentuée par certains critères démographiques et géographiques. En particulier une population âgée importante avec 37,2% d'habitants de plus de 60 ans (3) contre 24,2% pour la France en 2013 (8). D'autre part il existe à Neufchâtel des facteurs socio-économiques défavorables en termes de morbidité (9) et en particulier un taux de chômage élevé à 21,4% en 2013 (3) comparativement à la ville de Rouen et à la moyenne nationale proches de 10% (8, 11). De plus le taux de pauvreté de Neufchâtel pour 2012 toutes tranches d'âge confondues est de 19,6% (3) soit supérieur à la moyenne nationale proche de 14%. Enfin Neufchâtel en Bray est à distance des grands centres hospitaliers (50 km du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen et de son SAMU dont Neufchâtel dépend, 70 km du CHU d'Amiens et 40 km du centre hospitalier (CH) de Dieppe).

1.2. Volontés politiques nationales et régionales

La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) de 2009 (11) prévoit la mise en place de projets régionaux de santé par les ARS en insistant sur la lutte contre les déserts médicaux. La loi de modernisation du système de santé de 2016 (12) s'inscrit dans une certaine continuité de la loi HPST par l'amélioration de l'accès aux soins de proximité (article 67) en valorisant la formation et l'installation des professionnels et la création de centre de santé en fonction des besoins des territoires. La loi prévoit de plus (article 74 et 92) un appui auprès des professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes en particulier pour la prise en charge des pathologies chroniques. De plus elle « recentre le système de santé sur les soins de proximité avec la volonté de faciliter l'accès aux soins (tiers payant chez les médecins, élargir la compétence de certains professionnels de santé (comme pour la vaccination pour les sages-femmes et pharmaciens ou la prescription de substitues nicotiques par les infirmières ou même les kinésithérapeutes), ou encore relancer la mise e place du dossier médical partagé (DMP)).

Le PRS (13) et le Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) (14) pour la période 2012 à 2017 définissent l'offre de soins et de prévention pour la Haute Normandie, avec un point particulier pour les personnes âgées et poly-pathologiques ou handicapées.

Dans le cadre du vieillissement de la population et étant donnée la disparité de l'offre de soins sur le territoire Haut-Normand, il est rappelé que le parcours de santé doit répondre à une logique de maintien à domicile et prise en charge ambulatoire tout en offrant une pluridisciplinarité et une offre de soins coordonnée.

Trois enjeux régionaux prioritaires ont été identifiés afin de s'adapter au mieux à la situation démographique défavorable de la région :

- Mieux répondre à l'évolution de la demande de soins, qui évolue du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et du cancer, et de certaines pathologies de plus en plus fréquentes comme les accidents vasculaires cérébraux.
- Garantir l'accès et la qualité des soins, en renforçant l'offre et les filières de soins surtout dans les territoires déficitaires, permettre une coopération entre les différents acteurs de la santé, développer les technologies de l'information/communication (télémédecine, répertoire opérationnel des ressources et dossier médical personnel).
- Améliorer l'efficacité des organisations en favorisant les coopérations public-privé et ville-hôpital, mutualiser les moyens et développer des modes d'hospitalisation alternatif type médecine de jour, ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD).

L'offre de soins ambulatoire place le médecin généraliste comme pivot de l'organisation des soins de premier recours, associé aux paramédicaux tels que les kinésithérapeutes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers et autres professionnels de santé et également en lien avec l'environnement sanitaire, social et médico-social. Les actions demandées sont diverses : le soin à proprement parlé (diagnostic, orientation, traitement) mais aussi la coordination du parcours du patient y compris médico-social et également en terme de santé publique par la prévention, le dépistage et l'éducation pour la santé. Le spécialiste n'intervient qu'en 2ème recours dans la majorité des cas.

Le PRS et le SROS (13, 14) prévoient également le développement de réseaux de santé, avec pour objectif l'amélioration de l'accès aux soins et une meilleure coordination entre le premier recours et les établissements de santé et les structures médico-sociales, afin d'améliorer l'efficacité du système de soins, surtout dans les zones fragiles de la région. Ils rappellent que « la qualité des pratiques est un objectif qui doit être au centre de nos préoccupations » et que pour cela « la coordination des soins entre les professionnels de santé en constitue un facteur essentiel ». Dans ce contexte se développe depuis quelques années des maisons de santé pluridisciplinaires, attirant nombre de jeunes professionnels de santé mais également ceux déjà installés depuis plusieurs années mais désireux d'un exercice de groupe et coordonné pour prise en charge plus efficace des patients. Cela a permis dans certains secteurs fragiles et même considérés en « désert médical » une amélioration nette de la densité médicale (comme à Neuchâtel en Bray par exemple).

En ce qui concerne l'offre de soins hospitalière, il est rappelé que « tous les territoires de santé ont vocation aujourd'hui à développer les coopérations entre établissements de santé ». Dans ce contexte il a été mis en place cette année, comme le demande la loi de modernisation de la santé (12) (Article 107), un nouveau « mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire » qui sont les groupements hospitaliers territoriaux (GHT). L'objectif est de garantir un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre les hôpitaux d'un territoire donné afin de répondre au mieux aux besoins de la population. L'hôpital de Neufchâtel en Bray qui est rattaché au CHU de Rouen par le GHT devrait ainsi pouvoir bénéficier de nouvelles coopérations avec les différentes spécialités, notamment par le développement de technologies comme la télémédecine et la mise en place de consultations avancées supplémentaires. Ces actions, comme le développement du projet d'hôpital de jour, s'inscrivent dans le sens d'une prise en charge de proximité plus adaptée aux besoins de la population locale, bien qu'il reste quelques inquiétudes de la part des élus locaux liées à l'étendue des GHT et à l'hétérogénéité du besoin sur le territoire concerné.

D'autre part le rapport d'information sur les transports sanitaires de l'assemblée nationale en 2014 (15) rappelle que depuis plusieurs années l'augmentation des dépenses pour le transport est continue passant de 3.9% (2.3 milliards d'euros) de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2003 à 5% en 2013 (4 milliards d'euros). Il n'existe pas dans le PRS actuel d'évaluation de l'impact

des transports par rapport à la politique régionale de prise en charge des patients, mais on peut imaginer qu'une redistribution des prises en charge vers les structures et acteurs de proximités diminue sinon le nombre au moins la durée des transports.

1.3. Offres de soins existantes

1.3.1. Permanence des soins à Neufchâtel en Bray : Historique et situation actuelle

La permanence des soins dans le pays de Bray (16) est possible grâce au partenariat entre ville et hôpital, et ce depuis 1996, année de la fermeture du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de Neufchâtel en Bray du fait d'une activité trop faible et de son manque de moyen. Une antenne provisoire du SMUR de Rouen est alors mise en place puis en 1997 les médecins généralistes du secteur (à la demande de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et du CHU de Rouen) se regroupent en « Association des Médecins du Pays de Bray » (AMPB) afin d'organiser la permanence de soins. Cette association regroupe les médecins du secteur d'intervention du SMUR local à savoir Buchy, Saint-Saëns, Sommery, Gaillefontaine, Neufchâtel, Foucarmont, Londinières et Forges les Eaux. Elle deviendra en 1998 « Association des médecins Brayons » (AMB), (Neufchâtel, Sommery et Foucarmont) et permettra en 1999 la création du Centre d'accueil et des premiers soins (CAPS) et de l'Unité mobile de médecine de proximité (UMMP). Ces structures seront développées au sein de l'hôpital de Neufchâtel qui possède le plateau technique nécessaire, afin de prendre en charge les urgences et les consultations non programmées. Une formation médicale s'est organisée avec des correspondants spécialistes du CHU de Rouen afin de permettre l'apprentissage des techniques d'urgences et de mettre au point des protocoles de prise en charge.

La fermeture du SMUR de Neufchâtel est effective en juillet 1999. A partir de cette date le médecin de garde assure les urgences intra hospitalière (dont les consultations non programmées se présentant à l'hôpital) et extra hospitalières régulées par le 15. En effet un véhicule avec moyens médicaux, pharmaceutiques et de communication est mis à disposition par l'hôpital afin que le médecin se rende sur place dans un but de 1^{er} secours (1^{ere} demi-heure) et afin de déclencher ou non l'intervention du SMUR de Rouen.

De 2001 à 2004 plusieurs regroupements successifs de médecins des secteurs dans un périmètre de 25 km autour de Neufchâtel ont lieu pour assurer la permanence des soins et répartir la charge de travail (d'abord Londinières (2001) puis Aumale, Buchy, Saint-Saëns, Gaillefontaine, Forges les eaux, Les Grandes Ventes, Bellencombre). Un médecin est présent 24h/24 pour assurer l'activité du CAPS ainsi qu'une infirmière (statut d'attaché hospitalier et rémunéré sous forme de salaire). Ces regroupements aboutissent après disparition des gardes libérales à un double tour de garde au sein de l'hôpital de Neufchâtel. Initialement (rassemblement avec Londinières) il y a un seul médecin de garde tous les soirs pour le CAPS, l'UMMP, les urgences intra hospitalières, doublé par un médecin d'astreinte qui est appelé en cas d'intervention extrahospitalière avec l'UMMP. Le premier médecin est alors assisté d'un chauffeur sapeur-pompier volontaire et dispose d'un équipement identique au SMUR (pas d'infirmière). Les patients peuvent se présenter spontanément ou après régulation par le centre 15. Le weekend et les jours fériés le 2^{ème} médecin assure une permanence de soins en ville (numéro d'appel unique à disposition du public et redirigé vers le médecin du CAPS la nuit ou vers le 15 en cas de sortie). Secondairement (reste du rassemblement), il y a un médecin pour le CAPS et les urgences intra ou extrahospitalières présent dans les locaux de l'hôpital et un second pour les consultations de médecine ambulatoire/générale dans une maison médicale à Neufchâtel de 19h à 8h en semaine et à partir de 13h le samedi et les dimanches et jours fériés. Celle-ci sera déplacée au sein même de l'hôpital en 2004 après plusieurs démarches auprès des tutelles (Direction Départementale des Affaires Sanitaires Sociales (DDASS), Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)) ayant permis de trouver un financement. Ce médecin garde son statut libéral et est rémunéré 2C par heure sous forme d'honoraire. L'AMB perçoit une enveloppe budgétaire attribuée par l'URCAM et versée par le fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Le patient ne paye que le tiers payant à l'AMB qui déduit ces honoraires de l'enveloppe de l'année suivante. Certains Praticiens Hospitaliers (PH) de l'hôpital de Dieppe et de Neufchâtel participent également au pool de garde jusqu'à fin 2003. Parallèlement depuis 2000 et surtout en 2003 les médecins de l'AMB ont eu accès à des formations d'Apprentissage à la Médecine d'Urgence (ATMU) au sein du SAMU de Rouen ainsi qu'à un programme de Formation Médicale Continue (FMC).

En 2008 le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) est créé, structure juridique comprenant l'hôpital de Neufchâtel et l'AMB, en association avec la clinique de l'Europe de Rouen pour permettre par le développement de la télémédecine d'avoir un avis orthopédique spécialisé, et par la suite en 2009 avec la clinique Saint Hilaire pour les avis cardiologiques.

Pendant la journée de 8h à 20h, les patients sont pris en charge au CPSP (Centre de Proximité de Premiers Soins) regroupant alors l'ancien CAPS et l'activité ambulatoire, par un seul médecin, une infirmière et une manipulatrice radio. Ces deux dernières sont salariées de l'hôpital. Le médecin (deux médecins le samedi après-midi et les dimanches et jours fériés) a une activité libérale rémunérée forfaitairement 32C la journée. La permanence de soins de jour est assurée au GCS par les médecins de la maison médicale de Neufchâtel qui effectuent un roulement.

La nuit la permanence de soins est assurée par un médecin libéral et rémunérée 3C de l'heure. Le tableau de garde regroupe actuellement une cinquantaine de médecins des secteurs alentours. Il peut être appelé pour les urgences intra hospitalières mais n'est plus amené à intervenir en dehors de l'hôpital, ce sont les pompiers ou le SAMU de Rouen qui se déplacent après régulation par le centre 15.

Cette organisation permet de prendre en charge les urgences d'environ 30 secteurs de gardes de médecine libérales, permettant ainsi aux secteurs les moins bien dotés en médecins d'assurer une permanence de soins. Cependant certains patients parcourent encore plus de 30 km pour accéder aux soins la nuit et les weekends.

L'organisation des soins et la coopération entre ville et hôpital à Neufchâtel est particulièrement remarquable du fait de sa dynamique de territoire portée par les médecins libéraux et les élus locaux en réponse aux besoins de soins. Il existe une volonté ancienne de la part des médecins de Neufchâtel d'améliorer l'offre de soins locale pour une meilleure continuité et efficacité de la prise en charge de leurs patients.

1.3.2. Médisept : Maison médicale de Neufchâtel en Bray : Historique et situation actuelle

Élaborée dès 2010 et ouverte dès le 2ème semestre 2011, la maison médicale pluridisciplinaire de Neufchâtel en Bray est un exemple de coopération entre différents acteurs de soins.

Pour revenir à sa mise en place (17) :

Avant 2007 huit médecins généralistes exercent à Neufchâtel, en quatre cabinets distincts. En janvier 2007 ils se sont réunis en société d'exercice libéral (SEL) appelée Medisept (seul un médecin reste dans son cabinet), crée en regroupant deux cabinets distants de quelques mètres, avec un secrétariat commun. Les médecins sont tous co-gérants et gardent leur statut de travailleurs non-salariés. L'information en réseau est mise en place. Le temps de travail est organisé en 8 demi-journées par semaines pour un temps plein.

Rapidement la structure s'agrandit. En effet deux médecins quittent la SEL (dont l'un pour travailler dans l'unité de soins aigu de l'hôpital, facilitant la relation ville-hôpital, mais cinq médecins la rejoignent. Cette structure présente une attractivité importante (apport financier initial modéré, temps partiels possibles, activité variée mais « sectorisée » entre urgences, visites, consultations, CPSP), formation médicale continue, délégation de la gestion et des tâches administratives, revenus stables, convivialité). On compte donc rapidement dix médecins présents correspondant à huit équivalents temps pleins.

Malgré le regroupement la charge de travail augmente (avec hausse de 11% d'activité entre 2008 et 2009 et activité du GCS), ce qui incitera les médecins de Neufchâtel à penser à une nouvelle structure, plus grande et pluridisciplinaire.

Le projet de maison médicale pluridisciplinaire ouvre ses portes fin 2011 en gardant le même nom, Médisept. Il regroupe les médecins généralistes de la SEL ainsi que les infirmières de Neufchâtel, les dentistes mutualistes, un médecin du travail, une assistante sociale, l'antenne nord du CLIC du Pays de Bray, une psychomotricienne, une diététicienne ainsi que le laboratoire d'analyse. Du fait de leur présence dans les mêmes locaux, il existe donc une relation étroite et une coopération entre les différents acteurs de la prise en charge des patients.

Le financement a été assuré pour 80% par le Département et le conseil régional et pour le reste par la communauté de commune grâce à un emprunt dont le remboursement est assuré par les loyers versés par les différents professionnels locataires au sein de la maison médicale.

La permanence des soins est maintenue au CPSP par les médecins de la maison médicale, permettant un accès privilégié vers l'hôpital et permettant une optimisation des prises en charge, en particulier pour les soins de premier recours.

Même si des difficultés et inquiétudes ont existé à la création de cette maison médicale pluridisciplinaire (17), son attrait et son efficience ne sont plus à démontrer aujourd'hui. Quatre nouveaux médecins pour un total de 14 médecins sont maintenant présents soit 8,2 équivalents temps pleins.

En 2015 deux médecins généralistes de la maison médicale travaillent à l'EHPAD de l'hôpital de Neufchâtel environ deux demi-journées par semaines afin d'optimiser la présence médicale, en plus d'un médecin salarié de l'hôpital à temps partiel. Depuis février 2016, secondairement au départ de ce dernier, 13 des 14 médecins de la maison médicale se relaient, pour une période d'essai de 6 mois qui va être prolongée pour assurer le suivi et les prises en charge médicales à l'EHPAD. Il existe par ailleurs une présence médicale permanente au sein de l'hôpital (gériatre et médecin du CPSP jour et nuit). Cela renforce encore le lien avec l'hôpital local et rappelle cette dynamique de territoire qui consiste à maintenir une offre de soins locale.

1.3.3. Hôpital de Neufchâtel :

Le centre hospitalier Fernand Langlois est un établissement public de santé situé au cœur du Pays de Bray, qui a bien sûr un objectif sanitaire mais aussi médicosocial, orienté vers les personnes âgées. En accord avec le décret du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximités (18), il répond à la définition d'hôpital de proximité¹ du

¹ Conditions d'éligibilité (R.6111-24 du Code de la Santé Publique (CSP)) pour être hôpital de proximité, Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité, deux possibilités :

fait des critères sociodémographiques de son bassin de population (Cf. A.1.1). Il est au cœur d'une coopération ville-hôpital, avec tous les médecins libéraux du secteur et en particulier ceux de Medisept.

En effet depuis de nombreuses années et comme détaillé précédemment, l'hôpital fait partie du GCS et accueille le CPSP qui assure une continuité des soins, pour tout le canton et les communes alentours, de jour comme de nuit, avec un pool de garde comprenant une cinquantaine de médecins de la région avec qui il existe une relation privilégiée.

En dehors du CPSP qui est composé de trois salles d'examen dont une « salle de plâtre », d'un bureau d'accueil et d'un centre de radiographie, l'hôpital de Neufchâtel (19) est composé d'un service de médecine aiguë de 15 lits sous la direction d'un gériatre récemment arrivé dans la région, le docteur De Petigny, d'un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) de 30 lits et d'une EHPAD de 189 lits dont 4 pour l'hébergement temporaire. Il dispose également d'un dispositif spécifique pour la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer composé de 6 places d'accueil de jour (pour des patients externes) et de 10 places au Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) pour les résidents de l'EHPAD. Un service de soins à domicile existe également au sein de l'hôpital avec 26 places pour personnes âgées et 6 pour personnes handicapées. Une pharmacie hospitalière est présente également dans les locaux.

L'hôpital Fernand Langlois propose également des consultations « avancées » spécialisées, véritable aide pour la population qui peut de ce fait avoir recours à différents spécialistes sans devoir se déplacer parfois à plus de 50km. En effet il propose des consultations de cardiologie, gynécologie et prénatalité, ophtalmologie, gastro-entérologie, pneumologie, addictologie et psychologie et enfin une consultation mémoire. En cas de nécessité, les patients sont orientés

1) L'établissement dessert un territoire qui présente au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : Part de plus de 75 ans supérieure à la moyenne nationale (INSEE) ; Part population en dessous du seuil de pauvreté supérieure à la moyenne nationale (INSEE) ; Densité de population n'excède pas un niveau plafond fixé par arrêté ministériel ; Part des Méd. Gé/100 000 habitants inférieure à la moyenne nationale.

2) l'établissement est éligible s'il remplit l'une des deux conditions suivantes : L'activité de médecine y est exercée en totalité ou en partie par un médecin assurant le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoires ; Il est le seul établissement autorisé à exercer une activité de médecine sur le territoire qu'il dessert.

secondairement vers des centres hospitaliers ou cliniques avec un plateau technique complémentaire permettant les explorations.

Il existe une volonté forte de la part des directeurs successifs du site (en particulier Mme Bohaire, Mme Mautret et aujourd'hui Mr Delahais) et des élus locaux de maintenir cet hôpital de proximité avec le développement et la mise en place de projets de soins mais également médico-sociaux. En effet le taux de personnes âgées du canton est supérieur à la moyenne départementale et régionale et il existe donc un réel besoin d'une prise en charge locale adaptée.

Cette volonté de maintenir des soins de proximité passe également par le maintien et le renforcement d'une bonne relation ville-hôpital de par l'intégration des médecins généralistes au sein de l'EHPAD, de la poursuite du système de permanence de soins au CPSP grâce au GCS et actuellement de la mise en place de projets communs, en particulier l'hôpital de jour.

1.4. Réseaux et filières de soins existants

Il existe de nombreuses collaborations entre la maison médicale et différentes structures ou encore plusieurs associations auxquelles elle participe. Comme cité précédemment il y a une collaboration forte avec le CLIC² (lui même un réseau à part entière) au sein même de la maison médicale ou avec l'hôpital de Neuchâtel aussi bien à l'EHPAD qu'au CPSP. De même avec le service de médecine aigüe permettant de faire hospitaliser directement des patients en cas de besoin, ou encore avec l'accueil de jour pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer. Le GCS crée en 2008, qui réunit rappelons le, l'hôpital de Neuchâtel, l'AMB, la clinique de l'Europe pour l'Orthopédie et la clinique Saint hilaire pour la cardiologie, est un exemple fort de réseau de soins existant à Neuchâtel permettant à différents acteurs de mutualiser des moyens afin d'améliorer la qualité des soins.

² CLIC : Centre local d'information et de coordination (Circulaire DGAS/AVIE/2 C n°2001-224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC). Dans le cadre des politiques de soutien à domicile, le CLIC est un support territorialisé, de proximité, du réseau de coordination gérontologique. C'est un lieu d'accueil et d'information, personnalisé et gratuit (et pouvant être anonyme), pour les personnes âgées et leur entourage (famille, aidants, services sociaux, médecin traitant...). Permet une mise à disposition des ressources institutionnelles et autres pour répondre aux besoins de la personne âgée et coordonne l'intervention/le réseau des professionnels autour d'elle.

Afin de répondre au SROS les ARS ont décidé la mise en place de maison des réseaux (20) afin d'assurer une meilleure visibilité des structures auprès des professionnels et du public. Ainsi les réseaux d'un même territoire sont regroupés dans une maison des réseaux. Une maison des réseaux a ouvert au Havre (21) et regroupe « RESPECT » (réseau pour les soins palliatifs), « ESOPE » (réseau pour le dépistage des troubles des apprentissages), « MAREDIA » (pour l'éducation thérapeutique du patient souffrant de diabète de type 2) et « AG3C » (réseau pour le maintien à domicile des personnes âgées). Dans la région Rouennaise le projet de maison des réseaux est en cours de mise en place et prévoit en plus « l'accueil de la plateforme régionale de mutualisation des fonctions support et de structures d'intérêt régional (GCS de Télésanté, Trajectoire, l'Unité Régionale d'Education Thérapeutique, les GCS Urgences et Imagerie...) » (21). En attendant il existe différents réseaux départementaux ou régionaux qui interviennent dans la région et en particulier à Neufchâtel, comme par exemple « DOUSOPAL » pour les soins palliatifs.

En 2009 la maison médicale a participé à un plan d'éducation thérapeutique en réponse à la loi HPST et au PRS (Cf.3.3.5), avec un temps de formation des médecins généralistes du cabinet et mise en place en 2013 (22), avec l'aide de l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) soutenue par l'ARS d'une base documentaire (outils de suivi, d'animation, de communication et d'évaluation) à la disposition des praticiens et de leurs patients.

La maison médicale accueille depuis avril 2015 les infirmières du protocole de coopération Asalée (23), mis en place par la direction de la sécurité sociale (DSS) afin de répondre aux demandes des ARS d'une optimisation des prises en charge des pathologies chronique, de prévention et surtout d'éducation thérapeutique. Le protocole Asalée, qui est un protocole de coopération qui consiste en la délégation d'actes ou d'activités habituellement réservée aux médecins vers des paramédicaux (IDE formées), en application des dispositions de la loi HPST (article 51)(11), a plusieurs missions de dépistage et de suivi de pathologies chroniques : le repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests simples de mémoires pour les personnes âgées, le suivi du patient diabétique de type 2 avec en particulier l'éducation thérapeutique, la prescription et la réalisation d'électrocardiogrammes (ECG) aussi bien pour les patients diabétiques que pour les patients à risque cardiovasculaire, et le suivi du patient tabagique à risque de broncho-

pneumopathie chronique obstructive (BPCO), avec en parallèle mise en place de la spirométrie au cabinet. Le but du protocole Asalée est d'étudier la libération du temps médical liée à ces délégations d'actes ainsi que l'évolution de la consommation de soins des patients du fait de cette prise en charge précoce. Les patients qui l'acceptent sont adressés, par les médecins du cabinet aux infirmières du protocole Asalée, en fonction de leur état de santé. De plus les infirmières peuvent présélectionner les patients dans le système d'information du cabinet, ou encore générer d'alertes de suivi dans les dossiers informatisés.

Il faut également citer le développement actuel des GHT, prévus par la loi de modernisation de notre système de santé (12). Ce nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire devrait permettre une meilleure continuité des soins et une prise en charge de proximité de qualité.

2. Problématique de la collaboration ville-hôpital

2.1. Approche législative

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins. Il doit « orienter ses patients, selon leurs besoins » et « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients »³. Le médecin généraliste de premier recours a donc un rôle pivot (24) dans l'organisation et la mise en œuvre des soins, en terme de diagnostic, orientation et traitement mais également de suivi et coordination de son parcours, y compris dans le secteur médico-social. Il joue également un rôle central pour l'application des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.

Dans le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) de 2012 (25) il est rappelé que l'assurance maladie doit se mettre au service d'une médecine de « parcours ». Dès sa création le HCAAM appelait à une grande vigilance sur les frontières entre la ville et l'hôpital. De même dans son rapport de 2010 (26) la fonction de synthèse médicale est reconnue et assurée par le médecin traitant. Cette fonction nécessite de disposer de toute l'information relative à l'état de santé et aux soins des patients afin de pouvoir intervenir efficacement. Dans son rapport de 2004 (27) le HCAAM définit la frontière ville/hôpital comme un « lieu particulier de déperdition d'efficacité ». Il donne la responsabilité aux hôpitaux dans la faiblesse du lien avec la ville, qui reste insuffisant pour éviter les entrées inadéquates par les urgences ou pour rendre l'information nécessaire aux praticiens traitants, généralistes ou spécialistes. Dans son rapport de 2012, le HCAAM souligne que « l'hôpital n'a pas vocation à être le lieu vers lequel convergeraient par défaut les cas qui n'ont pas trouvé ailleurs de réponse organisée » (28) mais au contraire de fournir à la médecine de proximité les compétences cliniques et techniques dont le patient a besoin durant son « parcours ». Il s'agit pour l'hôpital « d'une ouverture sur son environnement soignant ». Enfin en 2010 il valide l'intérêt de la coordination des soins entre les différents acteurs du parcours et en particulier avec le secteur social (et médico-social), pour le maintien au domicile des personnes âgées « où le soin ne peut s'envisager indépendamment de la vie courante » (26).

³ Article L.4130-1 du code de la santé publique

La loi HPST (11) de 2009 (article 124) instaure un cadre juridique afin de permettre un « décloisonnement » entre le système hospitalier, médico-social et la médecine de ville, et faciliter leurs collaborations. La mise en place des ARS (article 118) a vocation de permettre ces coopérations. Cette « coopération sanitaire » devient alors un des « outils de pilotage » du système régional de santé pour l'ARS qui valide les projets en fonction de leur PRS et SROS. Le code de la santé public (articles L.6323) (28) impose ainsi aux centres de santé et aux maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) d'avoir un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné avec les différents acteurs du territoire. Dans ce sens la prise en charge « ambulatoire » est également valorisée dans le SROS pour optimiser l'accès et le rôle du premier recours, renforcer l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation complète, et encourager le maintien à domicile des patients âgés tout en optimisant leur prise en charge à l'hôpital (29, page 119).

Au plan pratique, la loi HPST a prévu plusieurs types d'outils pour rendre opérationnelle la coordination ville-hôpital (29) :

- les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, qui fixent les engagements des professionnels et centres de soins, ainsi que la contrepartie financière qui peut leur être associée (conditionnée par l'atteinte d'objectifs). Cette dernière est financée par le Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et par les fonds destinés aux missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC), dotations régionales déléguées à l'ARS.

- Revalorisation des GCS et en particulier du GCS de moyen (29, page 141). Créé pour assurer, en fonction des besoins de la population (appréciés par le SROS), la gestion commune d'activités (administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche) et regroupe des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux. Il permet une mise en commun des moyens humains, des locaux et des matériels entre hôpitaux et entre ville et hôpital. Celui de Neuchâtel en est un exemple.

- Redéfinition et élargissement des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pour l'ensemble des acteurs de santé. Le CPOM a une double finalité : la première est de « permettre aux acteurs de santé de se positionner entre eux sur le territoire et réguler leurs rapports en fonction du PRS », la seconde de

« définir les orientations des établissements afin d'assurer l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et plus largement du service rendu aux usagers et l'efficience de la dépense publique » (29, page 100).

- Un dernier outils, bien que destiné aux établissements de santé publics, peut également favoriser de façon indirecte les échanges ville/hôpital en contribuant à la consolidation de l'offre sanitaire territoriale. Il s'agit de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) permettant aux établissements publics de santé de « conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine » (29, page 135). Ces derniers ont été « remplacés » début 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé (12) par les GHT (Cf. 1.2), avec pour objectif de « garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical commun » (30) pour un territoire et ainsi répondre de manière coordonnée aux besoins de la population.

La loi de modernisation de notre système de santé relance le projet du dossier médical personnel. Le DMP est un projet public lancé par le ministère de la santé et issu de la loi no 2004-810 du 13 août 2004 (article 3) relative à l'assurance maladie (31) et confié à l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip santé). Il a pour objectif de permettre à chaque patient de disposer d'un dossier médical informatisé afin que chaque professionnel de santé y intègre ses interventions et dispose de l'ensemble des informations nécessaires pour une bonne prise en charge. Il est donc un outil majeur pour la continuité des soins et les collaborations ville et hôpital. Depuis 2011 chaque patient peut demander la création de son DMP et y avoir accès. Malheureusement et malgré l'investissement financier important, ce DMP n'a pas eu l'essor attendu, probablement en raison du manque d'adhésion des médecins du fait de l'aspect chronophage de sa gestion. Cependant du fait de l'intérêt attendu d'un tel outils, sa mise en place a été relancée, sous le nom de dossier médical « partagé » par la Loi de modernisation du système de santé (12, article 96). Son pilotage est confié à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Les conditions de sa mise en œuvre sont en cours d'élaboration et précisées par le décret du 4 juillet 2016 (32). Le médecin traitant est au centre du dispositif en tant de coordinateur du parcours de santé des patients. Il « accède à l'ensemble des informations contenues dans le dossier médical partagé,

y compris celles rendues inaccessibles par son titulaire ou par un professionnel » (Art. R. 1111-43). Par ailleurs la loi donne une place au patient dans la gestion de son dossier (32, article 1, sous section 4), ce qui permettra d'améliorer leur participation aux soins et à la continuité de leur prise en charge.

La loi de modernisation de notre système de santé mise à jour en aout 2016 (12) prévoit également la mise en place d'un « dossier pharmaceutique » (article 97). En effet « tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation » et ce en l'absence d'opposition du patient. Les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur (PUI) peuvent également consulter et alimenter ce dossier. Le contenu du dossier pharmaceutique pourra à terme être intégré au DMP et ainsi être consulté par les médecins prenant en charge le patient.

2.2. Difficultés rencontrées et solutions envisagées

Comme on vient de le préciser, les textes de loi vont dans le sens du développement d'une coordination ville/hôpital afin d'améliorer la continuité des soins. Il persiste malgré tout des difficultés rendant difficile cette coopération.

En effet, du point de vue du médecin généraliste il existe toujours des problèmes de communication (information reçue, possibilité de joindre un médecin hospitalier, difficulté d'hospitalisation directe, mauvaise perception du médecin généraliste) rendant la continuité des soins difficile (33). Ces arguments sont également évoqués par les médecins hospitaliers.

Ce problème est souligné dans une thèse de médecine générale de 2007 (34) qui traite particulièrement des problèmes d'information à la sortie d'hospitalisation avec une latence trop grande entre le retour à domicile et la réception du compte rendu, l'explication des modifications de traitement et les nouveaux diagnostics posés. Il y est de plus précisé que ce défaut de communication peut être un motif de ré hospitalisation précoce (nouvelle ordonnance non appliquée, contrôles biologiques non réalisés...). Une solution proposée dans ce travail afin de pallier à ces difficultés serait la mise en place d'une ligne directe et d'habitudes d'échanges bilatéraux. Une autre thèse réalisée en 2006 concernant la circulation de l'information (35) médicale souligne que malgré la loi du 13 aout 2004 (31) donnant l'obligation légale

de faire figurer le nom du médecin généraliste dans le dossier hospitalier, il persiste des difficultés de communication. Cette étude montre par exemple que lorsque le médecin généraliste n'est pas à l'initiative de l'hospitalisation, il existe un retour d'information sous forme de compte rendu seulement pour 38% des cas. Lors des consultations spécialisées par contre, le retour d'information se fait pour plus de 90% des cas, probablement parce qu'il s'agit d'un dialogue entre deux praticiens identifiés. Elle recense également quelques causes qui sont, d'après les médecins généralistes interrogés, responsables des problèmes de communication : la méconnaissance de la pratique de ville par les médecins hospitaliers, la sensation d'une communication unidirectionnelle, l'indisponibilité et l'instabilité des correspondants hospitaliers, l'absence de coordination pour la sortie des patients avec lenteur ou incomplétude de la transmission de l'information.

La loi de modernisation du système de santé (article 95) (12) répond à ces difficultés en rendant obligatoire « la réalisation d'une lettre de liaison entre les services de soins en ville et à l'hôpital » et qui autorise sa « dématérialisation » au sein du DMP ou même par messagerie sécurisée.

Ces éléments ont été anticipés depuis plusieurs années au CHU de Rouen par la mise en place de lignes directes « d'avis spécialisés » utilisées également pour les demandes d'hospitalisation directe. De même la mise en place d'un « compte rendu court » donné au patient ou aux aidants à la sortie d'hospitalisation permet une information brève du médecin généraliste dans l'attente du compte rendu définitif.

De plus comme on l'a dit précédemment, la refondation du DMP par la loi (12) (article 96) et du Dossier Pharmaceutique (article 97) devraient, en cas de réussite de déploiement, remédier aux difficultés persistantes et améliorer la continuité des soins entre ville et hôpital.

Enfin, comme il est dit précédemment (Cf. 1.2) les ARS par l'intermédiaire de leur PRS participent à améliorer cette relation ville/hôpital par le développement de nombreux moyens de collaboration (GCS, Télémédecine etc.).

3. Pourquoi un projet d'hôpital de jour à l'hôpital de Neufchâtel ?

3.1. Rappel du contexte sanitaire local

Le canton de Neufchâtel a longtemps été une zone déficitaire en soins. Dans ce contexte la maison médicale a été créée avec augmentation du nombre de médecins et développement du GCS parallèlement à celui de l'hôpital local.

Par contre, comme cela a été précédemment souligné, le canton reste une zone fragile et toujours déficitaire en ce qui concerne l'offre de soins infirmier, rendant plus complexe la prise en charge de soins lourds au domicile et diminuant le temps disponible pour l'éducation thérapeutique et l'aide aux patients âgés ou atteints de maladie chronique.

La commune de Neufchâtel reste de même éloignée des grands centres disposant de plateaux techniques et consultations spécialisées (hôpital de Dieppe à 40 km et CHU de Rouen à 50 km). De plus la population locale est âgée et demandeuse de prises en charges adaptées, aussi bien sur le plan médical que social. Enfin Neufchâtel draine une population bien plus vaste, venant des communes et cantons environnants, qui restent souvent déficitaire au plan sanitaire.

Cela explique la nécessité d'une structure sanitaire supplémentaire pour une prise en charge médicale simplifiée et de proximité. Cette démarche s'intègre dans les priorités des politiques de santé actuelles, citées précédemment, et dans le réseau de coopération local.

3.2. Exemple des hôpitaux de jours de l'hôpital de Soissons et Dieppe

3.2.1. Dieppe

Dieppe est située à 40 km de Neufchâtel en Bray et plus de 60 km de Rouen. En cas de nécessité d'hospitalisation ou recours à des spécialistes, les médecins de la maison médicale orientent souvent les patients soit vers Rouen soit vers Dieppe. Du fait de sa proximité géographique et de son rôle de second recours pour les médecins du canton il a paru intéressant d'étudier l'HDJ existant au sein de son hôpital régional.

Aspect démographique :

La commune de Dieppe compte 30214 habitants en 2013 mais si on regroupe les deux cantons dont Dieppe est le chef lieux, depuis le nouveau découpage de 2014⁴, on atteint une population de plus de 72000 habitants (36). Sa densité médicale en terme de premier recours est « forte » avec 8,1 médecins généralistes pour 10000 habitants (2), et cependant une tendance à la baisse (-16,2% depuis 2007). Dieppe a une population plus « jeune » que celle de Neufchâtel avec deux tranches d'âge majoritaires de 15-29 et 45-59 ans (tranche d'âge majoritaire à Neufchâtel 75 ans et plus) mais compte tout de même 30,2% de plus de 60 ans (37).

Comme à Neufchâtel, Dieppe est bordée par des cantons en pénurie médicale importante (par exemple Luneray 3,5/10000 habitants ou Auffay 4,7/10000 hab.) (2) et a également un fort taux de chômage (21,8% en 2013) (37).

Fonctionnement :

L'unité de médecine ambulatoire programmée (UMAP) du CH de Dieppe est sous la direction du docteur Stéphanie ROBADAY-VOISIN, responsable de l'unité, Mme Nathalie GABOR, infirmière coordinatrice, Mr Claude AGNES, coordinateur de l'ensemble du projet ambulatoire (médecine et chirurgie) et enfin Mr Romain DUBUISSON, cadre administratif de l'unité transversale.

Lors de la création du service de médecine interne en 2007 (qui regroupe également la rhumatologie, l'endocrinologie, la maladie infectieuse et la neurologie), une unité d'hospitalisation programmée de durée déterminée (HPDD) a été ouverte. En 2012 et après deux restructurations, l'unité est composée de 10 lits d'hôpital de semaine (HDS) et 5 places d'HDJ (3 lits et 2 fauteuils). Dès cette époque les prises en charges sont pluridisciplinaires, pour le service de médecine interne mais également pour la pneumologie, la douleur, la gastro-entérologie (qui fait partie du pôle chirurgie mais qui utilise l'HDJ pour les saignées, les ponctions ou encore les cures de biothérapie), et même pour la cardiologie à l'époque.

A partir de janvier 2015, un « projet ambulatoire » transpolaire est mis en place. Il débouche sur l'ouverture de l'UMAP (en remplacement de l'HPDD) à la demande

⁴ Décret n° 2014-266 du 27 février 2014 portant délimitation des cantons dans le département de la Seine-Maritime (4).

du directeur de l'hôpital et des tutelles pour répondre aux volontés politiques régionales (loi HPST, PRS et SROS) et dans un but économique.

L'unité est composée de 10 places d'HDJ (4 lits et 6 fauteuils) et 6 d'HDS. Ces derniers restent pour l'instant ouverts afin de ne pas empiéter sur l'hospitalisation conventionnelles (mais sont amenés à fermer comme dans d'autres CH de la région du fait d'une rentabilité moindre que celle de l'ambulatoire pur). L'UMAP est implantée dans de nouveaux locaux, à côté de l'unité de médecine interne avec une nouvelle salle de soins et un bureau de programmation. Ce projet a nécessité la création de deux « nouveaux métiers » : un gestionnaire de dossiers et un agent d'accueil et de soins. Il existe également d'autres personnels dédiés à l'UMAP (HDS + HDJ) qui sont une secrétaire, quatre IDE (3 temps pleins et 1 à 80%) et deux aides soignantes (un temps plein et un 80%). L'HDJ est ouvert de 8h à 20h30 nécessitant la présence de 2 IDE par jour, une de matin et une de soir. La nuit pour les lits de l'HDS, il y a mutualisation de moyens avec le service de médecine interne. L'UMAP est ouvert toute l'année sans interruption, seuls les lits d'HDS sont fermés pendant les vacances scolaires.

Chaque médecin prescripteur de l'hospitalisation de jour est responsable de son patient et s'en occupe. L'hospitalisation est planifiée à l'aide d'une fiche type de « programmation » où figure le nom et les coordonnées du patient afin qu'il puisse être contacté, la spécialité de prise en charge et le type de bilan, le délai souhaité, s'il faut ou non une consultation au décours. Enfin au verso il est possible de cocher les examens, bilans attendus et intervention de personnel (type diététicienne ou autre) le jour de l'HDJ. Ainsi l'infirmière coordinatrice qui réceptionne toutes les demandes d'hospitalisation peut programmer les différents examens et décider d'une date d'entrée. Il existe également des fiches pré remplies pour certains bilans fréquents standardisés (exemple du bilan pré thérapeutique de chirurgie bariatrique).

L'UMAP est ouverte à la médecine de ville et en particulier aux médecins généralistes. En effet en cas de besoin de prise en charge spécifique, les médecins peuvent contacter l'UMAP par une ligne directe afin de discuter d'un patient avec un médecin spécialiste, aussi bien pour un avis que pour une hospitalisation. Cela permet une meilleure continuité des soins entre la médecine de ville et hospitalière

sans passer par les urgences souvent surchargées (par exemple pour les bilans de fièvres prolongées ou d'altération de l'état général).

Les protocoles actifs sont variés. A titre d'exemple : bilan de lombalgies et douleurs articulaires en rhumatologie, pansements complexes, prise en charge de la douleur (mais actuellement plutôt en HDS), transfusions, cures de fer, d'immunoglobulines, de biothérapies ou de corticoïdes, myélogrammes et ponctions lombaires, qui sont plus ou moins inclus dans des bilans plus généraux neurologiques ou infectieux, bilan annuels pour les patients séropositifs pour le VIH, bilan de diabète gestationnel (mais en cours de transfert vers l'unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEP)), bilan de diabète ou de pathologie thyroïdienne et surrénales, bilan oncogériatrique et bilan neuropsychiatrique de gériatrie.

Deux cotations sont possibles pour les prise en charge à l'UMAP. En effet les hospitalisations typiques d'HDJ sont cotées comme telles mais il existe des « actes frontières » dépassant le cadre de la consultation mais insuffisants pour être cotés HDJ classique (saignées, myélogrammes, pansements complexes, certaines biothérapies...) qui nécessitent une cotation particulière appelée Activité Externe à Surveillance Rapprochée (AESR). Cette cotation a été mise au point et validée avec la Direction de l'Information Médicale (DIM) de l'hôpital. A chaque prise en charge particulière et nouvelle, le type de cotation est évalué et validé par le DIM (en accord avec l'ARS). Cette démarche est pertinente pour le projet de Neufchâtel, car comme il est expliqué plus loin, plusieurs protocoles envisagés pourraient bénéficier de ce type de cotation.

Le bilan d'activité de l'UMAP de Dieppe montre une évolution positive. En effet en 2015 on enregistre 1348 HDJ pour un taux d'occupation de 74% et 1964 AESR. Pour le premier semestre 2016 (jusqu'à juin) il y a déjà eu 959 HDJ pour un taux d'occupation de 76% et 1254 AESR. Le taux d'occupation paraît faible mais il ne tient pas compte des bilans cotés AESR qui utilisent également des places d'UMAP.

3.2.2. Soissons

Nous avons choisi d'étudier également l'HDJ pluridisciplinaire de l'hôpital de Soissons en raison des similitudes démographiques observées comparativement au canton de Neufchâtel mais également parce qu'il existe au sein de la structure un projet d'ouverture de l'hôpital de jour vers la ville et depuis quelques mois un responsable, médecin généraliste (on rappelle que le projet d'HDJ à Neufchâtel a été mis en place par les médecins généralistes de la maison médicale et qu'il sont collaborateurs et acteurs à part entière du projet). De plus tout comme dans notre projet, la volonté initiale était « d'assurer des soins à visée thérapeutique, diagnostique, préventive et éducative pour des patients programmés dans une même unité de temps et de lieu ». Par ailleurs il a également pour but de « soulager les services d'hospitalisation classique de médecine pour des actes dépassant le cadre de la consultation externe et ne nécessitant pas une hospitalisation ».

Aspect démographique :

Soissons est une ville de Picardie (7,4 Med Gé/10000 habitants au niveau régional) comptant 28472 habitants dont 25,5% de plus de 60 ans (38) et chef lieux de deux cantons regroupant un total de 52112 habitants en 2013 (39). Sa densité médicale en termes de médecins généralistes est de 7,9 pour 10000 habitants (-19,4% de 2007 à 2016), soit une forte densité d'accès aux soins de premier recours (2). Soissons est à 58,5 km du CHU de Reims. Il existe à la périphérie du canton de Soissons, tout comme celui de Neufchâtel en Bray, une pénurie médicale importante responsable de la venue de nombreux patient des communes alentours obligés de faire parfois plus de 12 km pour trouver le médecin généraliste le plus proche (6). En effet Soissons fait partie du département de l'Aisne présentant une forte hétérogénéité et une faible densité moyenne de médecins généralistes à 6,8 pour 10000 habitants (2). L'ensemble de ces caractéristiques démographiques sont proches de celles observées dans le canton de Neufchâtel (Cf. A.1.1). Soissons dispose d'un centre hospitalier général, avec de nombreuses spécialités dont une réanimation médicale et plusieurs services de médecine en particulier la gastro-entérologie, l'endocrinologie et diabétologie, médecine interne, la pneumologie, la cardiologie interventionnelle, la néphrologie avec centre de dialyse, un service d'urgence. Cet établissement a développé un hôpital de jour pluridisciplinaire afin de répondre à la

demande de ses différents spécialistes mais également à terme aux besoins des médecins libéraux de la région. Il existe en France de nombreux hôpitaux de jour pluridisciplinaires au sein des centres hospitaliers régionaux et généraux mais dans les hôpitaux locaux, contrairement au projet développé à Neufchâtel, ceux qui existent sont généralement mono disciplinaires (gériatrie ou psychiatrie).

Fonctionnement :

L'hôpital de jour est depuis plusieurs années sous la responsabilité du docteur Olivier Ink, Cardiologue et chef du pôle de médecine. Madame Natacha Sabatier est Cadre du secteur médico-chirurgical ambulatoire. Depuis janvier 2016 le docteur Akpé, Médecin Généraliste, est nommé coordinateur de l'HDJ à temps complet.

En effet jusqu'en janvier 2016 chaque spécialiste prescripteur de la prise en charge en hôpital de jour était responsable de son patient, avec rédaction de la fiche d'hospitalisation et prescription des examens souhaités, intervention sur place en cas de problème et réalisation d'un compte rendu. Du fait du développement de l'activité et afin de s'ouvrir à terme vers la ville, il est apparu nécessaire de nommer un responsable et coordinateur de l'HDJ, le docteur Akpe, présent sur place à temps complet et formé aux différentes prises en charges. Un conseil des utilisateurs se réunit une fois par an, composé des responsables de l'HDJ et d'un médecin représentant chaque spécialité. Ce conseil a pour but de présenter le bilan d'activité, modifier les procédures problématiques et élaborer les nouveaux projets.

L'unité compte quatre lits de médecine de jour qui seront complétés fin 2016 par 4 lits supplémentaires afin de répondre au mieux à la demande croissante. Trente-huit protocoles médico-infirmiers sont « actifs » actuellement (Cf. annexe n°1). L'HDJ a enregistré en 2015, 2129 hospitalisations de jour, soit une progression de 4,1 % par rapport à 2014). Cette augmentation d'activité est très régulière depuis 5 ans (2010 : 876 séances), avec un taux actuel d'occupation de 180 % (plus de 200% en 2015 d'où la nécessité d'ouverture de lits supplémentaires). L'activité du 1er trimestre 2016 a été comparable à celle de l'année 2015. L'augmentation de l'activité s'est fait dans toutes les spécialités médicales du fait d'une augmentation croissante des activités réalisables en ambulatoire depuis l'hospitalisation conventionnelle vers la structure d'HDJ. Concernant le personnel soignant, il y a actuellement 3 équivalents temps plein IDE, avec le projet de transformer au moins un poste IDE temps partiel en

temps plein. Il existe également un temps diététique accordé par l'administration pour les besoins de l'HDJ.

A ce jour, l'unité de médecine de jour du CH de Soissons n'est pas directement ouverte sur la médecine de ville, pour des raisons d'organisation médicale comme précisé précédemment. Cette ouverture à la ville et en particulier aux médecins généralistes fait partie des projets à venir. A ce stade l'évaluation de l'activité prévisionnelle est en cours afin de valider le besoin d'extension de cet HDJ pluridisciplinaire et surtout son ouverture à la ville. Le docteur Akpé sera ainsi le médecin coordonnateur et référent de ces hospitalisations « externes », avec la possibilité d'un contact direct avec les médecins de ville pour une programmation adaptée en fonction du besoin et si nécessaire un contact facilité vers les spécialistes de l'hôpital.

3.3. Différents objectifs pour l'HDJ de Neufchâtel en Bray

3.3.1. Une offre de soins locale

La commune de Neufchâtel en Bray est maintenant une zone à forte densité médicale en terme de recours aux premiers soins, du fait de son CPSP au sein de l'hôpital et surtout du fait de sa maison médicale. Cependant en terme de spécialistes, la densité médicale est plus faible, avec l'obligation pour les patients de réaliser des trajets de 30 à 60 km pour se rendre en consultation ou pour les prises en charges un peu plus spécialisées (tels que les perfusions, transfusions, ponctions, explorations complémentaires, éducation...). De même il est souvent difficile pour les patients âgés vivant en zone rurale de se déplacer pour réaliser des examens complémentaires, sources de fatigue et consommateurs de transport sanitaires. Dans ce contexte la structure d'HDJ devrait permettre d'améliorer cette situation. En effet certaines de ces prises en charges pour l'instant réalisées en centres de soins spécialisés pourraient être effectuées localement.

Par ailleurs il existe des consultations avancées à l'hôpital de Neufchâtel en cardiologie, gynécologie, gastro-entérologie, pneumologie, addictologie et depuis cette année ophtalmologie et qui seront complétées prochainement par une consultation d'Oto-Rhino-Laryngologie, d'urologie, de dermatologie et enfin de

néphrologie dès septembre 2016. Certaines d'entre elles pourraient bénéficier de la mise en place de l'HDJ afin de développer leur activité locale.

3.3.2. Un seul temps et un seul lieu

L'HDJ permettrait aux patients, souvent âgés de réaliser en un seul temps et un seul lieu, certaines prises en charges (bilans biologiques, fonctionnels, nutritionnels, éducation thérapeutique et aide médico-sociale), en diminuant également le nombre des trajets coûteux. Ceci permettra d'optimiser la qualité de vie et la prise en charge de certains patients qui renoncent aux soins du fait de l'éloignement et de la dispersion des structures d'exploration.

3.3.3. Amélioration coopération ville/hôpital

Comme précédemment souligné, une bonne coopération ville hôpital est nécessaire pour une prise en charge optimale des patients, dans leur globalité et sans rupture dans la continuité des soins. C'est une volonté aussi bien politique que partagée par les acteurs du système de santé et les patients eux même. Cette coopération est déjà effective à Neuchâtel entre les médecins du secteur et l'hôpital local (participation au pool de garde du CPSP, prise en charge de l'EHPAD, possibilité d'un contact direct en cas de nécessité d'hospitalisation) et sera renforcée par la création de l'HDJ. En effet ce projet d'HDJ est élaboré en collaboration avec les médecins généralistes (Docteurs Fricchet et Guillaume de la maison médicale de Neuchâtel) dans ce sens. Ainsi le projet est basé sur une collaboration directe entre les différents acteurs de la prise en charge des patients, par la discussion des dossiers en amont de leur hospitalisation de jour afin de mettre en place un projet d'hospitalisation qui corresponde au mieux aux besoins du patient. De plus ce fonctionnement permettra de transmettre plus facilement les conclusions de l'hospitalisation afin d'assurer une continuité des soins et la prise en charge du patient à la sortie de l'hôpital.

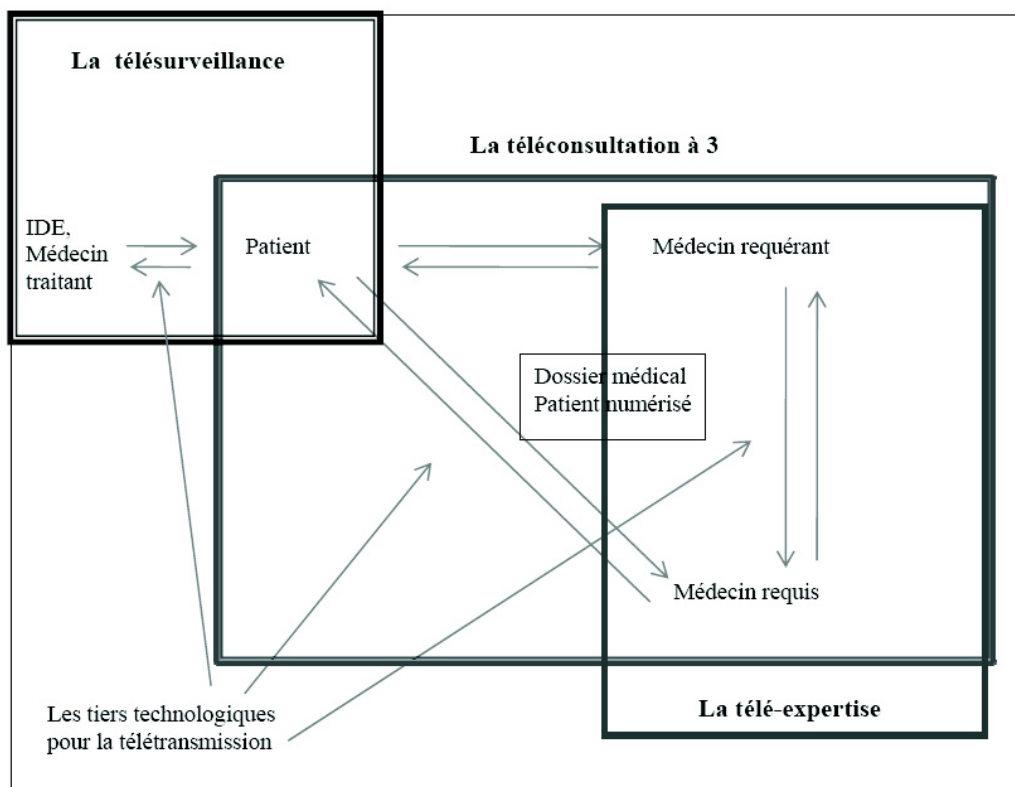
D'autre part, du fait des relations privilégiées créées par la mise en place des GHT (Cf. A.1.2) (télémédecine, collaboration avec certains spécialistes, consultations

avancés, élaboration de protocoles communs...) et de l'HDJ, l'hôpital de Neuchâtel devient un relais effectif entre les médecins généralistes et les centres de références favorisant la continuité des soins et l'homogénéité des pratiques.

3.3.4. Développement de la télémédecine

La télémédecine est un outil de communication déjà implanté sur le territoire régional et promis à un développement important dans la mesure où il constitue une réponse aux besoins d'avis spécialisés dans la prise en charge de proximité pour des centres de soins ruraux. Ainsi il existe déjà des exemples d'application de la télémédecine, par exemple aux urgences de l'hôpital de Dieppe, qui bénéficie au plan neurologique de téléconsultation en urgence pour décider ou non d'une thrombolyse. Il est ainsi possible aux hôpitaux généraux à distance des CHU de réaliser des prises en charge de pointe dans les plus brefs délais.

Rappel sur les 3 types de télémédecine (40) :



- téléconsultation : acte médical en présence du patient. Dialogue avec le médecin requérant et/ou les médecins téléconsultants.

- télé-expertise : Tout acte diagnostic et/ou thérapeutique en dehors de la présence du patient. Echange entre médecins qui décident ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base des données cliniques, radiologiques ou biologiques du dossier médical du patient.

- télésurveillance : Transmission et interprétation par un médecin (ou autre professionnel par délégation de tâche avec un protocole écrit et conduite à tenir) d'un indicateur clinique, radiologique ou biologique, recueilli par le patient ou un professionnel de santé. Peut conduire une intervention auprès du patient.

- télé assistance : par exemple lorsqu'un médecin assiste à distance un autre médecin en train de réaliser un acte médical ou chirurgical.

Dès 2009 dans la loi HPST (11) il est souligné que la télémédecine serait un outil de développement de la coopération entre les établissements de santé (à travers les communautés hospitalières de territoire et entre établissements et secteur libéral par les GCS). Comme il est souligné dans le PRS (13) intégrant le SROS (14), la télémédecine est un moyen pour une meilleure prise en charge de proximité et de premier recours en « facilitant les coopérations inter-établissements et interprofessionnelles » et donc participe à la réalisation des objectifs du PRS qui sont rappelons le, l'accès à la santé et réduction des inégalités territoriales, le maintien de l'autonomie et la garantie de la qualité et de l'efficience des prises en charges.

Les orientations immédiates de la Télémédecine rappelées dans le SROS et qui pourraient nous concerner plus spécifiquement sont la possibilité d'organiser des visio-staffs pour participation à différentes Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ou staffs de spécialités et également la poursuite du déploiement de la télé-imagerie aussi bien en télé-expertise que télé-diagnostic. De plus la demande d'avis spécialisés à distance sur la base de la transmission de documents médicaux ou photo semble indispensable.

L'hôpital de Neuchâtel utilise déjà la télémédecine par télé-expertise avec les orthopédistes de la clinique de l'Europe pour l'interprétation des radiographies en temps réel la journée et différée au lendemain la nuit. Il est ainsi possible d'obtenir un conseil spécialisé pour la prise en charge en cas de besoin, par simple appel téléphonique ou compte rendu écrit. Ce système fonctionne très bien et permet, après formation (pose de plâtres/résines/atèles) de prendre en charge localement

et en urgence les patients de la région de façon adaptée. En fonction des cas, une consultation spécialisée peut être programmée au décours, avec l'orthopédiste ayant donné l'avis.

L'objectif serait de diffuser ce système de communication à d'autres spécialistes. En effet il est en projet de développer cette télé-expertise à la dermatologie (en accord avec le docteur Carvalho au CHU de Rouen), afin de pouvoir envoyer des photos de lésions cutanées dont le diagnostic est incertain et d'en valider le traitement. Cette prise en charge dermatologique serait utile pour le CPSP, l'EHPAD, le SSR et la médecine aiguë afin d'éviter des déplacements parfois lourds pour les patients et au plan financier. Elle pourrait également être très utile dans le projet d'hôpital de jour. En effet les patients diabétiques ou vasculaires présentent parfois des plaies (en particulier mal perforants plantaires ou plaies vasculaires) dont la prise en charge nécessite un avis spécialisé du fait de leur fragilité. En pratique ces avis sont souvent différés du fait de l'éloignement et du délai de consultation avec pour conséquence le passage à l'évolution chronique ou l'aggravation des lésions. Cela serait utilisé à l'HDJ lors des bilans de diabète par exemple ou avec une cotation particulière de type pansements complexes.

3.3.5. Education Thérapeutique du patient (ETP)

Par définition l'ETP consiste, avec l'accord du patient à élaborer un diagnostic éducatif, définir un programme personnalisé avec priorités d'apprentissage, planifier et mettre en œuvre les séances individuelles et/ou collectives et réaliser une évaluation des compétences acquises au cours du programme. Une aide médico-sociale peut y être associée (41).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁵ « l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

⁵ Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996.

La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle dans ses recommandations de 2007 que l'ETP doit faire partie intégrante de la prise en charge des patients, en particulier en cas de pathologie chronique. Elle précise son organisation (42) : cette dernière doit comprendre « des activités organisées » conçues pour les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie, leur traitement et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge. Les finalités spécifiques sont « l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto soins et d'adaptation du traitement » (par exemple dans le diabète en cas d'activité physique).

Les modalités de l'ETP sont formalisées par Loi HPST de 2009 (article 84) (11). Dans un rapport de l'institut de recherche en documentation et économie de la santé (IRDES) en février 2016 (35), il est rappelé que la loi de modernisation de notre système de santé a pour « objectif de s'attaquer aux inégalités de santé, en affirmant la place déterminante de la prévention et de l'éducation en santé et en installant un parcours de soins, c'est-à-dire une prise en charge dans la proximité et la continuité ».

Au niveau régional, l'éducation thérapeutique du patient constitue l'une des priorités du schéma régional de prévention (SRP) avec pour objectif spécifique de « développer sur les territoires une offre d'ETP pour les pathologies chroniques prises en charge en mode ambulatoire » (43) par une offre de proximité et « s'assurer de l'accès des programmes d'ETP aux populations fragiles (personnes détenues, précaires, personnes handicapées enfants et adultes, personnes âgées) » (43). L'enjeu est que chaque patient devienne acteur de sa santé et que les professionnels de santé intègrent l'éducation dans leur pratique quotidienne.

Dans le projet HDJ en cours de mise en place à l'hôpital de Neufchâtel, l'ETP apparaît comme un élément indispensable à la prise en charge des patients. En effet et comme on le décrira plus bas, la prise en charge initiale est orientée vers les personnes âgées, nombreuses dans le canton, et l'HAS a publié en 2014 un rapport sur « l'Adaptations de l'éducation thérapeutique chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) ». Le docteur De Petigny a réalisé cette année la formation à l'ETP (3 sessions de 2 jours) pour pouvoir la mettre en place dès l'ouverture de l'HDJ et il est prévu que le docteur Guillaume la réalise également. Ces formations permettront à terme de développer plusieurs thèmes d'ETP à l'hôpital de

Neufchâtel (dans le domaine de la gériatrie, de l'adaptation des anticoagulants ou encore du diabète).

Au plan de la cotation, la loi HPST rappelle que le mode de financement de l'ETP devra être assuré d'une part sur une tarification spécifique, en ambulatoire comme à l'hôpital, et d'autre part sur un fond national clairement identifié (enveloppe budgétaire des missions d'intérêt général) et réparti au niveau régional par les ARS. Ainsi elle précise que l'ETP ne peut être cotée comme une hospitalisation de jour. Dans ce contexte, au sein de l'HDJ, l'ETP pourrait alors être un acte externe coté à part de l'hospitalisation de jour ou intégré dans un bilan plus complet.

Enfin en 2013 l'ARS signale « qu'en Haute-Normandie 84% des programmes d'ETP sont menés au sein d'hôpitaux généraux, pour un faible nombre de patients, car les malades chroniques ne sont pas forcément à proximité de ces structures » (45). De ce fait des unités transversales d'ETP sont créées dans un but de prise en charge de proximité. On peut imaginer qu'à terme l'HDJ de Neufchâtel s'intègre dans une de ces unités transversales. Dans ce sens les interlocuteurs de l'ARS lors des échanges concernant le projet HDJ, ont exprimé le souhait de développer l'ETP à Neufchâtel.

B. Mise en place du projet HDJ

1. Porteurs du projet

Le projet hôpital de jour a été imaginé au départ par les docteurs Guillaume et Frichet, médecins libéraux à la maison de santé pluridisciplinaire de Neufchâtel, en collaboration avec Mme Mautret directrice de l'hôpital de Neufchâtel en 2015. Un nouveau directeur est en poste depuis avril 2016, monsieur Delahais qui soutient et développe également le projet.

Dans le projet initial, la coordination de l'hôpital de jour devait être assurée par l'un des médecins généraliste porteur du projet. Le docteur De Petigny, gériatre de formation ayant une grande expérience dans le domaine de la médecine de jour gériatrique a été nommé fin 2015 chef du pôle sanitaire de l'hôpital et en particulier du secteur de médecine. Il a alors été décidé de lui confier le futur poste de coordinateur de l'HDJ du fait de cette expérience et de sa présence sur place à temps plein. Les deux médecins généralistes et en particulier le docteur Guillaume seront eux collaborateurs de l'HDJ à temps partiel, ce qui permettra également d'assurer la continuité avec la médecine de ville et de renforcer la coopération existante. L'organisation définitive reste à finaliser. Mme Auribault, directrice des soins participera à la gestion des équipes soignantes.

2. Modifications au sein de l'hôpital

La création de l'hôpital devra démarrer sans budget supplémentaire alloué au projet de la part de la région.

Comme il sera détaillé plus loin (Cf. B.3.), il est prévu de transformer un lit de médecine MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) en deux lits d'HDJ MCO et un lit de SSR en deux lits d'HDJ SSR. La structure disposera donc de 4 lits de jour pour commencer.

Dans ce contexte l'HDJ prendra place dans les locaux existants de l'hôpital, avec quelques modifications architecturales possibles (cloisons, création de bureaux et

salles d'examens...) mais sans construction de bâtiment supplémentaire. Un espace devrait être libéré au rez-de-chaussée, sur une partie des locaux réservés actuellement à l'accueil de jour ou au rez-de-jardin, à ceux du CPSP. Ces emplacements permettront un accès rapide à la radiologie, au laboratoire d'analyse et aux différentes consultations avancées. De plus ils restent à proximité immédiate de la maison médicale.

Concernant le personnel, l'hôpital de Neuchâtel dispose de la majorité des compétences nécessaires à l'ouverture de l'hôpital de jour, sous réserve de redéploiement et formations de certains personnels médicaux et paramédicaux. En complément des temps d'activité seront créés (Cf. B.3.). A terme l'ensemble évoluera en fonction du besoin sanitaire et des des recettes de l'hôpital de jour.

Le secrétariat de l'HDJ pourra être partagé avec celui en charge du CPSP et des consultations externes.

3. Évaluation du coût et besoins financiers

3.1. Législation : ce qu'il faut pour « coter » une hospitalisation de jour

Par définition, est considérée comme hospitalisation de jour, une prise en charge hospitalière de moins d'une journée, c'est à dire date d'entrée et de sortie identiques. De plus sa facturation est possible au titre d'HDJ si les prises en charge réalisées répondent à plusieurs obligations cumulatives définissant un « groupe homogène de séjour » (GHS) (46). En effet l'arrêté du 19 février 2009 (article 6) (47) précise « qu'un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent : une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée⁶, dans un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou d'une prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin et enfin en utilisant un lit ou une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient ».

⁶ Article D6124-301 du code de la santé publique (structure disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés).

Ne doivent pas être facturés comme GHS les actes ou prises en charges réalisables en médecine de ville ou hospitalière lors d'une consultation, qui relèvent de l'activité "externe"⁷. De plus il ne peut être appliqué « que si la prise en charge comporte plusieurs examens (non uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin » (46 II.3.2). Enfin « La réalisation de plusieurs actes au cours de la même journée peut donner lieu à la facturation d'un GHS, lorsque les conditions suscitées sont respectées, y compris lorsque l'un des actes réalisés n'est pas un acte pris en charge par l'assurance maladie. Toutefois, les actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie doivent, pour leur part, justifier l'hospitalisation » (46).

La législation précise ainsi que la cotation en HDJ est codifiée et que les protocoles mis en place doivent répondre à ses critères de facturation. Cependant l'exemple de Dieppe nous apprend qu'il est possible de mettre en place une cotation particulière pour les actes « frontières » trop lourds pour une consultation classique mais ne justifiant pas d'une HDJ (Cf. A.3.2.1). Cette facturation particulière est à mettre en place avec le DIM et à valider auprès l'ARS.

3.2. Budget prévisionnel du projet HDJ

Comme il a été dit dans le paragraphe précédent, il est prévu de transformer un lit de médecine en deux lits d'HDJ MCO qui seront financés par la tarification à l'activité (T2A) comme tous les lits dits de « médecine » et sous forme de GHS (cf. 3.1). De plus un lit SSR, actuellement financé en dotation annuelle de fonctionnement, doit être transformé en deux lits HDJ SSR, qui resteront pour l'instant sous ce même financement du fait de son statut de SSR. Cette facturation globale des SSR devrait changer à terme pour une tarification mixte, avec une dotation de base modulée en fonction de l'activité (48, article 78, sous section 4).

⁷ Facturation à l'acte selon les règles de la classification commune des actes médicaux (CCAM)

Dans ce contexte, madame Mautret ancienne directrice de l'hôpital a réalisé une estimation du coup de fonctionnement de l'HDJ à l'ouverture et un tableau de budget prévisionnel.

ESTIMATION DU COUT EN PERSONNEL POUR L'HOSPITALISATION DE JOUR					
Professionnel		Coût mensuel	ETP	HDJ	Coût annuel brut chargé
médecin	Création 0,2 ETP + temps partagé entre MCO & SSR	9473	0.2	1894.6	22735
IDE	par redéploiement	3925	1	3925	47100
AS	par création	3347	0.4	1338.8	16066
Psychologue	par création	4322	0.2	864.4	10373
Diététicienne	par redéploiement	3339	0.2	834.75	10017
secrétariat	par redéploiement	2744	0.2	686	8232
Assistante soc	par création	2578	0.4	2062.4	24749
Kiné	par redéploiement	4212	0.2	842.4	10109
Ergo	par redéploiement	3502	0.2	700.4	8405
Coût mensuel brut chargé				13148.75	157785

On constate dans le tableau ci dessus que quatre postes sont des créations (médecin, aide soignante (AS dans le tableau), psychologue et assistante sociale) et le reste des redéploiements. Le temps de présence nécessaire estimé est basé sur une ouverture cinq jours sur sept avec fermeture pendant les congés annuels soit une base de 260 jours par place d'HDJ.

Pour le calcul du budget prévisionnel global (recettes et dépenses), la prévision d'activité est basée, pour les 260 jour d'ouverture la première année sur un temps d'occupation des lits de 2 x 260 jours (soit 520) d'occupation pour les deux lits d'HDJ MCO (avec une moyenne antérieure de 300 journées d'occupation pour un lit MCO classique) et également 520 jours d'occupation pour les deux lits HDJ SSR (moyenne antérieure de 306 pour un lit SSR classique).

La base de calcul a été réalisée par rapport aux recettes de 2014. Il a été considéré une recette moyenne de 382 euros hors charge par hospitalisation de jour MCO et de 214 euros de dotation globale par jour pour un lit de SSR (recette moyenne par jour pour une occupation d'un lit pendant 300 jours par an). De plus dans le budget prévisionnel, la base du calcul de financement des lits HDJ SSR étant encore incertaine, il a été considéré que la recette des deux futurs lits HDJ SSR sera égale à celle du lit SSR actuel financé par la dotation globale.

Budget prévisionnel :

Recettes SSR (dotation = 1 lit)	64 387.00 €
Recettes prévisionnelles MCO T2A 2 places	158 912.00 €
Total recettes	223 299.00 €

Dépenses de personnel

actuel/ 1 lit HC SSR	30 057.00 €
actuel/ 1 lit HC MCO	65 077.00 €
supplémentaire après transformation	62 652.00 €
Sous-total	157 786.00 €

Dépenses à caractère médical

SSR	2 033.00 €
MCO	4 231.00 €
Sous-total	6 264.00 €

Dépenses logistique & structure

Restauration	6 228.00 €
Pharmacie/logistique/structure	27 686.00 €
Sous-total	33 914.00 €

Total Dépenses **204 228.00 €**

Solde **19 071.00 €**

On constate d'après les estimations réalisées entre les couts existants et attendus, que le solde est positif. Cela permettrait des aménagements supplémentaires, des formations ou même des recrutements. Il serait ainsi possible de développer l'activité d'HDJ pour répondre aux différents projets évoqués et en particulier la diabétologie (Cf. infra).

4. Elaboration de programmes d'hospitalisation de jour

4.1. Les différentes prises en charge évoquées

Il a été évoqué au départ plusieurs possibilités de prise en charge en hôpital de jour à Neuchâtel en fonction des possibilités et des besoins locaux les plus fréquemment exprimés. Ce besoin a été conforté en évaluant le nombre de patients que les médecins du canton pourraient adresser en HDJ en tenant compte de leur patientèle pour un certain nombre de protocoles suggérés et réalisables actuellement.

En définitive, les protocoles qui ont été sélectionnés pour être mis en place dès l'ouverture de l'HDJ, tiennent compte des priorités locales au plan sanitaire comme exprimées précédemment ainsi que de leur faisabilité à moyens financiers constants, et du fait du plateau technique et des compétences disponibles actuellement.

Prises en charge en lit MCO :

- Bilan cognitif gériatrique (Cf. 4.3.2.1)
- Bilan de chute et troubles de la marche (Cf. 4.3.2.2)
- Bilan de fragilité (dénutrition, altération de l'autonomie...) (Cf. 4.3.2.3)
- Diabète (Cf. 4.4.2)
- Accès /recours aux soins difficile : Il a paru important de faire une place en HDJ aux patients « difficiles » à prendre en charge en médecine générale du fait de leur faible adhérence à la prise en charge médicale (non réalisation des examens prescrits, pas de recours aux spécialistes proposés...) avec souvent plusieurs problèmes intriqués aussi bien, médicaux que sociaux et nécessitant une attention particulière, difficile à réaliser en consultation classique de médecine générale. Cet item concerne également les patients isolés en campagne qui verraient leur prise en charge facilitée par la réalisation des différents examens et consultations en un seul temps et un seul endroit.
- Prise en charge de la douleur : Le recours aux consultations spécialisées au centre antidouleur du CHU de Rouen ou du CH de Dieppe est difficile du fait de délais souvent long. Il serait proposé une prise en charge multidisciplinaire avec évaluation médicale, réalisation d'examens complémentaires si nécessaire et évaluation psychologique. Une prise en charge par les kinésithérapeutes pourra également être proposée si besoin. Un suivi alterné avec le CHU ou le CH de Dieppe pourrait être envisagée pour les prises en charge complexes. Les formations nécessaires (Diplôme Universitaire (DU) Douleur en particulier) pourront être réalisées par les médecins de l'HDJ.
- Interruption volontaire de grossesse (IVG) : Les médecins généralistes peuvent maintenant pratiquer les IVG médicamenteuses au cabinet jusqu'à 7 semaines d'aménorrhées (SA), mais c'est un acte qui reste peu pratiqué dans les cabinets du canton et les femmes vont alors dans les centres hospitaliers régionaux à plus de

30min de route. Le cadre hospitalier donne la possibilité d'un traitement médicamenteux jusqu'à 9SA, avec surveillance hospitalière possible, et cela au moyen d'une convention avec le centre hospitalier du Belvédère par exemple (les consultations avancées de gynécologie sont réalisées par un gynécologue du Belvédère). En effet d'après la HAS « Les structures de prise en charge des IVG sont soit intégrées dans un établissement de soins ayant un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, soit en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications de l'IVG » et « Sauf cas exceptionnel, les IVG en établissements de santé doivent être réalisées en hôpital de jour (séjour inférieur à 12 h) » (49).

- Hémodilutions pour acrosyndrômes invalidants : Perfusion de solution macromoléculaire pendant 4 à 5h par jour pendant 1 à 3 jours, après évaluation initiale spécialisée en centre de référence (médecine interne au CHU de Rouen).

- Ponction d'ascite : La prise en charge en hôpital de jour permettrait aux patients avec une ascite réfractaire d'être ponctionnés régulièrement et à proximité de leur domicile afin d'éviter un déplacement et transport long vers les centres de références. Coopération avec ces services de gastro-entérologie qui poursuivraient bien sûr un suivi régulier.

- Transfusion sanguine : Pour les patients nécessitant un support transfusionnel régulier dans le cadre d'anémies réfractaires. En coopération avec les centres de références qui continueraient à assurer le suivi de leurs patients.

- Pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) pourrait être proposé un programme de réhabilitation respiratoire en collaboration avec « l'ADIR association » et faisant intervenir des kinésithérapeutes formés. Ces programmes seraient mis en place après évaluation initiale en pneumologie. De même au plan respiratoire une prise en charge des syndromes d'apnée du sommeil avec évaluation des facteurs de risques cardiovasculaires, bilan diététique et pose du polygraphe avant le retour au domicile. En cas d'anomalie, le patient serait adressé en consultation spécialisée.

- Autres procédures envisagées :

L'ARS a évoqué lors des rencontres réalisées avec les acteurs du projet, la possibilité d'une prise en charge oncologique au sein de l'hôpital de jour. En effet le cancer

reste une prise en charge nationale prioritaire. Malheureusement le projet n'a pas pu aboutir à court terme du fait de l'absence de compétences locales. Une collaboration avec les centres de références de Rouen pour les prises en charge complémentaires de type perfusions de vitamines ou fer, pourrait cependant être envisagée dans le cadre de soins de proximité.

D'autre part un projet de développement d'activité physique thérapeutique, porté par le docteur Guillerme compétent en médecine du sport, a été envisagé. La loi de modernisation du système de santé (12) (Article 144) autorise la prescription par le médecin traitant ou du sport, d'activités physiques et sportives pour les patients souffrant d'une affection de longue durée. En effet l'intérêt du sport, bien établi en pathologie cardiovasculaire et métabolique (50), a été démontré également dans la prise en charge du cancer du sein, en améliorant la qualité de vie (diminution séquelles et fatigue) et en réduisant le risque de rechute (51). Un programme destiné aux femmes atteintes de cancer du sein en fin de traitement a été mis en place au centre de lutte contre le cancer Henri Becquerel en collaboration avec le réseau Onco-Normand et l'institut Régional de Médecine du Sport de Haute-Normandie (IRMSHN) afin de mettre au point des programmes d'activité physique thérapeutique (51). Du fait de sa réussite ce programme a été étendu à une grande partie du territoire Haut-Normand (Le Havre, Dieppe, Evreux et Lillebonne) (52). Bien que ne rentrant pas réellement dans le cadre d'une activité d'HDJ, la participation de l'hôpital de Neufchâtel à ce programme pourrait être envisagée. Cette activité pourrait être étendue à la prescription d'activité physique pour la prise en charge des patients à risque cardiovasculaire élevé ou dans le cadre de la prise en charge d'addictions (comme c'est le cas à l'hôpital de Lillebonne (53)).

Prises en charge en lit HDJ SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) :

- Prévention des chutes et récurrences de chutes chez la personne âgée (Cf. 4.3.2.4)
- Processus de prise en charge de la dépression chronique chez la personne âgée
- Processus de prise en charge du patient présentant la maladie de Parkinson ou troubles apparentés
- Processus de prise en charge du patient post Accident Vasculaire Cérébral (AVC)
- Processus de prise en charge du patient diabétique

- Processus de prise en charge du patient en phase palliative
- Processus de prise en charge du patient présentant des troubles du comportement non stabilisés.

4.2. Echanges avec l'ARS et étude préliminaire

Afin de présenter et de discuter du projet HDJ avec l'ARS, plusieurs rencontres ont été organisées depuis début 2015, entre un interlocuteur l'ARS et les porteurs du projet (madame Mautret, ancienne directrice de l'hôpital de Neufchâtel et les docteurs Guillerme et Frichet, médecins généralistes à la maison médicale de Neufchâtel et vacataires à l'hôpital).

Selon la demande de l'ARS une étude préliminaire permettant d'établir approximativement le nombre d'hospitalisations prévisibles a été réalisée au moyen d'un questionnaire.

Un questionnaire (Cf. annexe n°2) a été créé sur l'outil internet « Google Forms » pour son aspect ludique et sa facilité d'utilisation (cases à cocher et renvoi direct par messagerie) et envoyé par mail aux médecins généralistes de Neufchâtel et des communes du canton dont les médecins participent au pool de garde du GCS. Ces médecins ont été choisis du fait de leurs relations privilégiées avec l'hôpital et parce qu'ils en connaissent le fonctionnement. Sur les 49 médecins, seuls 14 médecins ont répondu au questionnaire en juin et juillet 2015, malgré deux relances et des appels téléphoniques auprès des secrétariats. Malgré le peu de réponse, un nombre d'hospitalisations prévisibles durant la première année a pu être estimé en fonction des projets mis en place.

Comme on peut le voir dans le tableau 1 (Cf. infra), en additionnant le nombre minimal (seuil inférieur) de patients pouvant potentiellement être proposés à une prise en charge en HDJ dans chaque rubrique, on estime le nombre d'hospitalisations à 438 pour la première année seulement pour ces 14 médecins. De plus en acceptant l'hypothèse que les médecins non répondants au questionnaire aient les mêmes attentes et des patientèles équivalentes, un nombre de 1300 hospitalisations par an peut être estimé en extrapolant le calcul aux 49 médecins du pool de garde. Avec le seuil supérieur on peut estimer l'activité à environ 2000

hospitalisations par an. Cela sans compter les médecins des alentours qui font appel régulièrement à l'hôpital de Neufchâtel pour leurs patients, comme les médecins de Gournay, Saint-Saëns ou Blangy par exemple.

En tenant compte uniquement des thèmes du questionnaire portant sur la gériatrie, qui pourraient être mis en place dès l'ouverture de la structure, on atteint un total pour le seuil inférieur de 172 patients potentiels par an pour les 14 généralistes qui ont participé et environ 520 par an en extrapolant aux autres médecins du pool de garde.

Pour ce qui est de la question ouverte « autres propositions », on constate qu'il sera possible avec le projet de répondre positivement à trois des quatre demandes exprimées. En effet comme il a été dit plus haut, les demandes en dermatologie pourront être satisfaites dès septembre à l'hôpital de Neufchâtel sous forme de consultations avancées mais également de télé-médecine en partenariat avec l'hôpital de jour. De plus l'intégration des aidants dans l'éducation thérapeutique, tout comme l'évaluation des besoins d'aménagement du domicile avec intervention d'un ergothérapeute sont des points importants qui font déjà partie du projet. Enfin pour ce qui est de la demande de dialyse rapprochée, il n'est pas prévu d'y répondre au sein de l'HDJ. Par contre une consultation avancée réalisée par des néphrologues de l'Association Normande pour la prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique par la Dialyse, l'Éducation des patients et la Recherche (ANIDER) sera ouverte dès septembre 2016 avec le projet à moyen terme en fonction de la demande d'implanter une antenne de dialyse à Neufchâtel et de réaliser certains bilans (type pré-dialyse) à l'hôpital de jour.

4.1. Projet retenu pour la mise en route de l'activité : gériatrie

Au terme des échanges avec l'ARS et tenant compte des moyens et du potentiel de mise en œuvre des projets proposés, il a été décidé de mettre en place trois programmes de soins MCO et un programme de soins SSR, concernant des projets de gériatrie, pour le démarrage de l'activité.

4.1.1. Contexte médico-épidémiologique de la gériatrie, en particulier à Neufchâtel en Bray

Comme il a été précédemment évoqué (Cf. A.1.1), les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) montrent que la population âgée de 75 ans et plus est la tranche d'âge la plus représentée à Neufchâtel soit 19,9% de la population (3) contre seulement 9% pour la Seine Maritime. Les plus de 60 ans représentent donc 37,2% de la population communale. Ces chiffres montrent la part importante de personnes âgées localement, au-dessus de la moyenne nationale et départementale (nationale 24,2% de plus de 60 ans en 2013 dont 9,2% de 75 ans et plus (8) et 23,8% en Seine Maritime (10)).

Le vieillissement de la population est une tendance régionale (54) et nationale (55), avec une population métropolitaine qui devrait augmenter entre 2007 et 2060 de 11,8 millions d'habitants dont 10 millions de plus de 60 ans. Ainsi en 2060 un tiers de la population aura plus de 60 ans (comme c'est le cas dès à présent à Neufchâtel).

Cette population âgée demande une attention et une prise en charge particulière sur le plan médico-social du fait de sa fragilité. Bien que l'espérance de vie en bonne santé augmente, le nombre de personnes âgées dépendantes (Groupe Iso Ressource (GIR) 1 à 4)⁸ en France métropolitaine (selon les projections du scénario intermédiaire réalisées avec le concours de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistique du ministère de la santé (DREES) et de l'Institut nationale de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) à partir des

⁷ Groupe Iso Ressource (GIR). La grille AGGIR permet d'évaluer degré d'autonomie par six niveaux GIR allant de la dépendance la plus lourde (GIR 1) à l'absence de perte d'autonomie (GIR 6).

données relatives à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)), serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030 et par 2 entre 2010 et 2060 (56, page 13).

Cette tendance à l'accélération du nombre de personnes âgées dépendants s'explique par l'arrivée des personnes issues du baby-boom autour de 2035. Après 2040 la tendance dépendra d'avantage des données épidémiologiques classiques (mortalité, natalité et migration) et est alors moins certaine.

Dans ce contexte et du fait de la démographie locale, l'hôpital de Neuchâtel est particulièrement attentif à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette orientation se traduit par le développement de l'EHPAD (avec accueil permanent mais aussi temporaire pour soulager les aidants et permettre un maintien à domicile plus durable), la création d'un accueil de jour au sein de l'hôpital pour les personnes âgées, le développement d'une filière d'aide aux personnes âgées avec intervention du CLIC si besoin et également de prise en charge palliatives au domicile. Une attention particulière est portée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec un accueil de jour pour les patients externes et un Pole d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) pour les patients de l'EHPAD. L'hôpital de Neuchâtel a depuis plusieurs années une consultation mémoire permettant d'évaluer l'état cognitif des patients. Le développement de l'hôpital de jour sur le plan gériatrique permettra une approche plus globale prenant en compte également les aidants, avec différents intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux.

Ces actions répondent aux politiques nationales. En effet la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2015 remise en vigueur le 16 août 2016 (57) précise dans son 1^{er} article que « L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation » et donne la priorité au maintien à domicile « la priorité est de permettre à ceux qui le souhaitent de vivre à domicile dans de bonnes conditions » (annexe de l'article 2) et s'appuie sur un financement pour la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie (Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)). Un site internet a été créé par le ministère des affaires sociales et de la santé avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) à disposition

des patients, des professionnels de santé et des aidants pour aider au maintien de l'autonomie⁹.

Cette politique de maintien à domicile, qui s'appuie également sur l'offre de soins ambulatoire, est intéressante au plan humain mais également au plan économique. Ainsi le baromètre d'opinion de la DREES de 2013¹⁰ rappelle que 81% des personnes interrogées sont en faveur du maintien à domicile si l'un de leurs proches parents devenait dépendant et que seul 40% des 65 ans et plus pourraient envisager de vivre dans une institution spécialisée (58), pour des raisons aussi bien affectives que pécuniaires. Sur le plan économique, le rapport du ministère de la solidarité et de la cohésion sociale de 2011 (59), montre que la dépense publique pour la prise en charge de la dépendance est bien plus élevée en établissement de santé qu'à domicile. A titre d'exemple, les dépenses publiques pour les prises en charge à domicile des patients dépendant (GIR 1 à 4) est de 7959 millions d'euros contre 14407 en établissement de santé en 2010 (Cf. tableau 2).

Le projet hôpital de jour de Neufchâtel s'intègre bien dans les volontés politiques de maintien à domicile et de prise en charge ambulatoire, avec le développement de protocoles de prises en charges aidant au maintien de l'autonomie dans la durée.

⁹ Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>.

¹⁰ Baromètre d'opinion DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistique) 2013, q.2. « Si l'un de vos parents proches devenait dépendant, que feriez-vous ? » : 29 % des Français déclarent qu'ils « l'accueilleraient chez eux », 30 % qu'ils « feraient en sorte de pouvoir s'en occuper à son domicile », 22 % qu'ils « consacraient une partie de leur revenu à lui payer des aides de manière à ce qu'il reste à son domicile » et 19 % qu'ils « le placeraient dans une institution spécialisée ».

Tableau 2 : Extrait du rapport du groupe n°4 (Bertrand Fragonard, conseiller maître à la cour des comptes) pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées (59). Tableau page 10 intitulé « Répartition des dépenses publiques et privées pour la dépendance à domicile et en établissement (GIR 1 à 4, 2010)

		Montant suivant la méthode « usuelle » (M€)	% du total	Montant hors dépenses de « gîte et de couvert » (M€)	% du total hors dépenses de « gîte et de couvert »
Domicile (GIR 1 à 4)	Dépenses privées	1 293	14,0%	-	-
	Dépenses publiques	7 959	86,0%	-	-
	<i>Total dépenses publiques et privées</i>	9 252	-	-	-
Établissement (GIR 1 à 4)	Dépenses privées	9 149	38,8%	5 713	28,4%
	Dépenses publiques	14 407	61,2%	14 407	71,6%
	<i>Total dépenses publiques et privées</i>	23 556	-	20 120	-

4.1.2. Quatre axes retenus pour le projet gériatrie

Le gériatre de l'hôpital a développé des programmes types d'hospitalisation de jour en fonction des différentes prises en charge gériatriques du projet. Ces « parcours de soins » sous forme d'organigrammes sont en annexe n°3.

4.1.2.1. Bilan cognitif gériatrique (lit HDJ MCO)

L'objectif de ce bilan est l'évaluation et la prise en charge des troubles cognitivo-comportementaux démentiels et non démentiels. En effet l'apparition de troubles cognitifs est un réel facteur d'anxiété pour les patients et leur entourage. Le médecin généraliste est souvent confronté à des patients ou des familles inquiètes d'une telle situation et demandeurs d'aide.

L'intervention des travailleurs sociaux et du médecin généraliste est souvent réalisée tardivement, secondairement à une complication à type de chute et de perte d'autonomie importante posant de façon aiguë le problème du maintien à domicile en l'absence de prise en charge initiée en amont.

Ce bilan en hôpital de jour permettra au médecin généraliste d'adresser les patients pour une évaluation globale, après discussion avec le médecin de l'HDJ sur la situation actuelle et permettre ainsi en plus de la consultation mémoire spécialisée, une évaluation du domicile et du mode de vie. Une adaptation des thérapeutiques pourra être effectuée, en particulier en cas de troubles du comportement. De même des mesures pourront être prises pour prévenir les conduites dangereuses telles que la conduite automobile, les fugues ou les accidents ménagers ou prévenir les complications telles que dénutrition, chute et isolement. Seront également évaluées les difficultés dans la vie quotidienne avec mise en place d'aides humaines, financière et matérielles. Enfin le bilan en HDJ permettra un accompagnement des aidants et une éducation thérapeutique indispensable pour le maintien au long cours de la prise en charge à domicile.

Cette prise en charge pluridisciplinaire, impliquera médecin, IDE, psychologue, diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute et une assistante sociale. Il sera ainsi possible de réaliser rapidement et en un seul temps, une prise en charge complète qui aurait nécessité plusieurs semaines si initiée par le médecin généraliste seul (difficulté de motivation des aidants et des patients, difficulté d'accès aux différents intervenants, évaluation du domicile et des facteurs de complications très chronophage).

En définitive cette prise en charge permettra de participer au maintien à domicile dans de bonnes conditions, d'éviter les passages itératifs aux urgences ou en hospitalisation complète, souvent délétères pour l'autonomie des patients, et retarder l'institutionnalisation qui comme on l'a vu en plus d'être un réel traumatisme pour beaucoup de personnes âgées, permettrait de diminuer les dépenses de soins.

4.1.2.2. Bilan de chute et troubles de la marche (lit HDJ MCO)

De la même manière, une hospitalisation de jour pourra être proposée aux patients « chuteurs » ou ayant des troubles de la marche et de l'équilibre, pourvoyeurs de complications traumatiques engendrant à leur tour une perte d'autonomie compliquant le maintien domicile. Ces situations sont également facteur de stress et d'épuisement des aidants.

Ce bilan pluridisciplinaire et global, clinique et paraclinique, fera intervenir en plus du médecin gériatre, une infirmière, un kinésithérapeute pour la réalisation du bilan de marche et de l'équilibre avec étude des réflexes de posture, des transferts et de la capacité à se relever du sol et un ergothérapeute pour évaluer l'environnement et l'hygiène de vie du patient. Il pourra également faire intervenir en fonction du besoin un psychologue pour évaluer le retentissement psychologique lié aux chutes ou aux troubles de la marche (responsable d'une anxiété importante et d'un isolement secondaire), un podologue pour bilan de chaussage et pédicurie ou une diététicienne. De plus la nature des chutes pourra amener à la réalisation d'un bilan cardiologique (avec parfois Holter ECG et échographie cardiaque) afin de ne pas méconnaître une cause non mécanique et également à la réalisation d'un bilan ophtalmologique si besoin. Un bilan biologique et radiologique peut venir compléter la prise en charge.

Ce bilan permettra d'établir une stratégie thérapeutique en équipe afin d'élaborer un plan personnalisé de soins, avec la participation également d'une assistante sociale. Une prise en charge en HDJ SSR pour la rééducation sera alors proposée.

4.1.2.3. Bilan de fragilité (lit HDJ MCO)

Cette prise en charge s'adresse aux personnes âgées qui ne rentrent pas dans la « catégorie » patient chuteur ou avec des troubles cognitifs, mais qui présentent des symptômes et signes physique de fragilité, comme une perte de poids ou d'appétit, une fatigabilité excessive, une diminution de la force musculaire globale rendant de plus en plus difficile les activités quotidiennes et menaçant l'autonomie. Cette situation qui favorise également l'épuisement de l'aidant est souvent corrigée par la mise en place d'aides.

4.1.2.4. Prévention des chutes et récurrences de chutes chez la personne âgée (lit HDJ SSR)

Les bilans HDJ MCO précédents, cognitifs, de chute et de fragilité conduisent à l'élaboration d'une stratégie thérapeutique personnalisée, le programme personnalisé de soins. Ce dernier conduit parfois à proposer des soins ou une

rééducation qui nécessitent une prise en charge en HDJ SSR. De plus en dehors du programme personnalisé qui suit le bilan réalisé en HDJ MCO, la prise en charge en HDJ SSR peut être proposée à des patients sortant d'hospitalisation aiguë conventionnelle afin d'optimiser les conditions de retour au domicile et de raccourcir la durée d'hospitalisation.

Comme lors des bilans précédents, l'intervention sera pluridisciplinaire impliquant les mêmes intervenants mais cette fois sur le versant thérapeutique. Le programme personnalisé de soins pourra ainsi comporter une rééducation à la marche avec entretien et restauration des réflexes de postures, réapprentissage des activités de la vie quotidienne et aménagement du domicile avec l'aide de la diététicienne et de l'ergothérapeute, soutien psychologique, éducation thérapeutique du patient et des aidants. Un bilan de progression sera réalisé au cours du programme afin d'objectiver les progrès réalisés et d'établir une stratégie de fin de prise en charge. Plusieurs hospitalisations de jours sont généralement nécessaires.

4.2. Les Perspectives de développement : diabète

4.2.1. Contexte médico-épidémiologique du diabète

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement a augmenté de façon rapide de 2000 à 2009 passant de 2,6% à 4,4% de la population nationale (60). Depuis 2009, le rythme de progression a ralenti (taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 5,4% de 2006 à 2009 et 2,3 % de 2009 à 2013) (61) et s'explique principalement du fait des politiques de prévention nutritionnelles, d'un meilleur contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires et des progrès en terme de thérapeutique. Ainsi en 2013, trois millions de patients diabétiques nécessitaient un traitement médicamenteux (62), soit 4,7% de la population (type 1 et 2 confondus). Cependant ces patients diabétiques présentent encore des complications dont la fréquence est très supérieure à celle des patients non diabétiques. Vingt mille hospitalisations ont eu lieu en 2013 pour une plaie du pied, dont 8000 avec amputation correspondant à un risque 7 fois supérieur à la population de référence (ajustement âge, sexe région, couverture sociale), 17 000 pour un accident vasculaire cérébral soit un risque 1,6 fois supérieur et 12 000 pour un infarctus du myocarde, soit 2,2 fois plus que la population de référence. De plus le recours à la

dialyse a été nécessaire pour 4256 diabétiques soit un risque 9 fois supérieur à la population de référence (62). Inversement, le diabète représente près de 30% des causes d'insuffisance rénale terminale et c'est la première cause d'insuffisance rénale terminale dans les pays occidentaux (25 à 50 % des patients arrivant en insuffisance rénale terminale sont diabétiques, et pour 90% d'entre eux de type 2) (63).

La mortalité liée au diabète est difficile à apprécier, notamment lorsque le décès est lié à une de ses complications ou qu'il a participé au décès sans en être la cause directe. En 2009, 6,3% des décès mentionnent un diabète parmi les causes multiples de décès et 2,1% le mentionnent comme cause initiale (61). Toujours dans le rapport de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) on apprend que « par rapport à la population non diabétique, la mortalité, toutes causes confondues et à âge égal, était plus élevée chez les personnes diabétiques (ratio de mortalité de 1,45 [1,37-1,52]), chez les hommes comme chez les femmes, et que cet excès diminuait avec l'âge » (61).

En Haute Normandie la prévalence du diabète tous types, âges et sexes confondus est de 4,93% en 2013 soit légèrement supérieure à la moyenne nationale (64). Par ailleurs, la prévalence du diabète traité augmente fortement avec l'âge (19,7% des hommes de 75-79 ans et 14,2% des femmes en 2010) (65).

Ces éléments font que le diabète reste une préoccupation majeure de santé publique, et expliquent que les bilans de diabètes et son éducation thérapeutique soient une des priorités à venir de l'HDJ. Ceci d'autant plus qu'un rapport de 2013 sur le suivi des diabétiques montre que même s'il y a une progression depuis plusieurs années, les examens annuels recommandés ne sont pas réalisés chez tous les patients. « Une personne diabétique traitée sur deux bénéficiait des trois dosages d'HbA1c annuels recommandés et moins de 1 sur 3 (30%) d'un dosage annuel de micro albuminurie. Un suivi de cardiologie (consultation cardiologique ou réalisation d'un ECG) n'était effectué que chez 35% des personnes diabétiques traitées » (66).

4.2.2. Axes retenus pour la prise en charge du diabète

4.2.2.1. Évaluation de l'équilibre du diabète, proposition d'ajustement thérapeutique et éducation thérapeutique

L'équilibre du diabète est l'objectif central de la prise en charge de la maladie afin d'éviter ou de ralentir l'apparition des complications liées au diabète.

En cabinet de ville lors d'une consultation standard, le médecin dispose généralement de peu de temps pour la lecture détaillée du carnet de diabète, et pour s'assurer que le patient a bien compris les principes du régime alimentaire diabétique, la conduite à tenir en cas d'hyper ou d'hypoglycémie et les modalités d'adaptation des posologies pour les patients sous insuline.

L'hospitalisation de jour permettra de disposer d'un temps dédié à l'évaluation du carnet glycémique avec le patient et ses aidants afin d'optimiser l'équilibre du diabète et surtout d'intégrer des séances d'éducation thérapeutiques.

Une mesure de l'hémoglobine glyquée (HbA1c)¹¹ ainsi qu'un bilan lipidique sera également réalisé afin de redéfinir les objectifs avec chaque patient en fonction des recommandations (67). Cette prise en charge pluridisciplinaire fera intervenir en particulier un médecin, une infirmière et une diététicienne.

De plus il pourra également être proposé des modalités d'ajustement thérapeutique en fonction de cette évaluation, des connaissances du patient, et en accord avec le médecin généraliste ou spécialiste du patient.

4.2.2.2. Dépistage de l'atteinte des organes cibles

On rappelle que les complications du diabète sont classées en deux catégories, microangiopathique (rétinopathie, neuropathie, néphropathie diabétique) et macroangiopathique (atteinte cardiaque, cérébrale et vasculaire). L'atteinte du pied diabétique est mixte car neurologique et artérielle (68).

¹¹ L'Hémoglobine Glyquée ou HbA1c est un marqueur biologique reflétant l'équilibre du diabète sur les trois derniers mois (reflète la moyenne des glycémies sur 3 mois) et est utilisé dans les recommandations de la HAS (67).

Au cours de l'hospitalisation de jour il sera possible d'effectuer en un seul temps et un seul lieu le bilan annuel du diabète (69, 68). Ce bilan global comprendra des examens complémentaires (dont biologique sanguin et urinaire) orientés ainsi qu'un examen clinique global et centré particulièrement sur les cinq grands domaines de complications, qui sont neurologique, cardiovasculaire, ophtalmologique, néphrologique et du pied diabétique. Seront également évalués la consommation tabagique et d'alcool, l'existence ou non d'une activité physique et un bilan diététique sera réalisé.

- Sur le plan neurologique, l'interrogatoire recherchera en particulier des épisodes d'AIT passés inaperçus. Un examen neurologique complet sera pratiqué (réflexes, recherche de déficit moteur ou sensitif, douleur, de troubles du langage, troubles cognitifs débutants) en se concentrant particulièrement sur la recherche d'une neuropathie périphérique et en particulier l'évaluation de la sensibilité superficielle en particulier épicrotiques (monofilament), profonde proprioceptive et vibratoire (pallesthésique) et thermoalgique. La recherche d'une dysautonomie (neuropathie autonome motrice), avec en particulier un test d'hypotension orthostatique sera réalisé. Enfin des arguments pour une neuropathie digestive (constipation, diarrhées, dysphagie, gastroparésie), vésicale (sensation de plénitude vésicale, résidu post mictionnel) ou l'existence d'un trouble érectile chez l'homme (multifactoriel, neuropathie autonome et/ou vasculaire) seront également recherchés.

- Sur le plan cardio-vasculaire : L'évaluation et le contrôle des facteurs de risque seront réalisés. Au niveau cardiaque, on recherchera à l'interrogatoire des arguments en faveur de l'existence d'une ischémie silencieuse ou d'angor, de malaises, palpitations, dyspnée. Un examen clinique global à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque ou troubles du rythme sera réalisé. Une évaluation du contrôle tensionnel aura lieu, avec si besoin prescription d'une MAPA (Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle, automatique pendant 24h) ou d'automesures. La réalisation d'un ECG et la mesure du périmètre abdominal (et calcul de l'indice de masse corporel) sera systématique. Une consultation cardiologique aura lieu si nécessaire et non réalisée dans l'année, pour réalisation d'une échographie cardiaque et organisation d'un test d'effort ou scintigraphie myocardique si

besoin¹². Au niveau artériel, on recherchera à l'interrogatoire une claudication ou des douleurs de décubitus, on réalisera un examen clinique à la recherche des pouls, de l'existence de souffles en particulier aortique et carotidien, ou encore une masse battante. L'état cutané rechercha des troubles trophiques et il sera réalisé de manière systématique une mesure des Index de Pression Systolique¹³ (IPS).

Les recommandations proposent une exploration artérielle surtout en cas de point d'appel clinique (puis tous les 3 à 5 ans en l'absence d'anomalie ou d'événement intercurrent) mais ce bilan artériel des membres inférieurs, de l'aorte et des Tronc Supra Aortiques (TSA) est souvent réalisé annuellement à titre systématique dans les centres spécialisés. Actuellement l'hôpital dispose d'un échographe utilisé pour la cardiologie et la gynécologie. L'achat d'une sonde adaptée et l'implantation d'une consultation avancée d'angiologie permettrait de réaliser le bilan artériel complet à l'occasion de l'hospitalisation de jour.

- Sur le plan du « pied diabétique », les examens précédents en particulier neurologique et artériel auront permis d'évaluer la situation. La recherche de plaies, mycose ou zones d'hyperkératose pouvant être en faveur d'un mauvais chaussage et en fonction une séance de pédicurie/podologie pourra être proposée. En cas de troubles trophiques ou réel mal perforant plantaire, le patient sera adressé en consultation spécialisée au CHU en fonction des explorations vasculaires et de l'état cutané (surinfection, contact osseux probable). Ce bilan pourra également aboutir à une prise en charge « partagée » par télémédecine pour valider les soins locaux et explorations (Cf.4.4.2.3).

- Sur le plan néphrologique, indispensable à explorer car rappelons le, le diabète est la première cause d'insuffisance rénale terminale en Europe, on recherchera une protéinurie (rapport protéinurie/créatininurie sur échantillon, dont micro-albuminurie) ainsi qu'un sédiment urinaire. Une mesure de créatininémie avec calcul du débit de

¹² Recours spécialisé à un cardiologue (Parcours de soins, HAS 2014, (69)) : Pour réalisation de tests fonctionnels si : maladie coronarienne et dernier bilan datant de plus de 2 ans, symptômes et/ou anomalies à l'ECG, en l'absence de symptômes si risque cardio-vasculaire élevé (AOMI, HTA, protéinurie, 2 FDRCV associés au diabète), exercice physique d'intensité élevée. Pour HTA non contrôlée (vérifiée en ambulatoire) à 6 mois sous trithérapie malgré bonne observance.

¹³ Index de Pressions Systolique (IPS) : Rapport de la pression artérielle de cheville (prise souvent avec un appareil Doppler continu) sur celle du bras. Permet en particulier de dépister et suivre les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs (AOMI). On parle d'AOMI en dessous de 0,9 et de médiacalcosse (artères rigides parfois incompressibles, fréquent chez le diabétique) au dessus de 1,2.

filtration glomérulaire sera également réalisée. En cas d'argument pour une néphropathie diabétique, un complément de bilan biologique pourra être réalisé (électrophorèse des protéines de principe, bilan phosphocalcique...) et une échographie rénale sera programmée. L'introduction d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine) pourra être proposée ainsi qu'une consultation spécialisée si besoin (diagnostic incertain, apparition brutale d'une protéinurie, débit de filtration glomérulaire inférieure à 45 ml/min) (69, page 37). Comme dit précédemment, le contrôle tensionnel sera évalué.

- Sur le plan biologique, on recherchera particulièrement des anomalies du bilan lipidique afin de l'équilibrer, une albuminémie pour le bilan nutritionnel, une mesure de l'hémoglobine glyquée pour évaluer l'équilibre du diabète et comme on l'a dit une évaluation de la fonction rénale. Un bilan standard sera également réalisé (dont numération formule sanguine, bilan infectieux et hépatique).

- Sur le plan ophtalmologique, la réalisation annuelle d'une rétinographie pourra être réalisée sur place pour le dépistage des complications et envoyée au CHU pour interprétation dans la journée. En cas de rétinopathie, un suivi spécialisé en ophtalmologie pourra être proposé au CHU de Rouen.

Enfin, comme le demandent les recommandations, la vulnérabilité psycho-sociale et socio-économique du patient sera également systématiquement évaluée, avec la possibilité d'un recours à une psychologue ou une assistante sociale. Un bilan gériatrique pourra également être proposé secondairement.

Cette prise en charge globale est pluridisciplinaire, faisant intervenir un médecin, une infirmière, une assistante sociale, une diététicienne, un podologue, un ophtalmologue (ou orthoptiste), un cardiologue, et à terme un angiologue.

Le compte rendu d'HDJ pour bilan de diabète de Soissons est en annexe n° 4.

4.2.2.3. Prise en charge du pied diabétique et télémédecine

La prise en charge du pied diabétique requiert une attention particulière. En effet la cicatrisation complète des plaies est souvent longue et à risque de complication, qu'il s'agisse d'un réel mal perforant plantaire ou d'une plaie liée à une autre cause (traumatique, artérielle). Dans ce cadre on proposera en hospitalisation de jour des soins de pédicurie et une évaluation podologique avec en particulier contrôle du chaussage et prescription de semelles ou chaussures adaptées.

A l'hôpital de Neufchâtel, une des cadres de santé dispose d'une formation à la prise en charge des plaies et pourrait être impliquée pour l'encadrement et la prise en charge des plaies au sein de l'HDJ. Si besoin une formation spécifique à la prise en charge des plaies (de type DU) pourra être proposée aux infirmières ou médecins.

Mais surtout la mise en place de la télémédecine comme il est prévu avec les dermatologues du CHU, permettrait une évaluation spécialisée des plaies qui posent un problème de cicatrisation ou pour lesquelles les soins classiques ne sont pas suffisants et nécessitent l'intervention d'un spécialiste. Bien sûr en cas de complication (suspicion d'ostéite, syndrome infectieux aigu), une prise en charge en hospitalisation conventionnelle, localement ou au CHU sera proposée.

Cette prise en charge pourrait être proposée dans le cadre du bilan du diabète ou en dehors de ce dernier dans le cadre de prise en charge de plaies « complexes » dont la cotation spécifique est à mettre en place (comme cela est fait à l'UMAP de Dieppe). A terme si cette prise en charge se développe, elle pourra être ouverte aux plaies de type ulcère artériel, veineux ou mixte chez des patients également non diabétiques.

C. État d'avancement

1. Autorisation administrative et Calendrier prévisionnel

Dans le cadre de ce travail et pour la mise en place de l'hôpital de jour un dossier médical et administratif a été déposé en octobre 2015 par la directrice de l'hôpital de Neufchâtel auprès de l'ARS de Haute Normandie, ce dernier résumant les projets, moyens et financement détaillés dans les paragraphes précédents.

L'autorisation officielle d'ouverture de l'hôpital de jour a été donnée par l'ARS le 27 avril 2016 (Cf. annexe n°5). Ainsi il est possible d'exercer les activités de soins de médecine et de SSR non spécialisés adultes, en hospitalisation à temps partiel de jour.

En pratique l'ouverture officielle de l'HDJ est prévue au premier trimestre 2017, afin de permettre, d'ici là de finaliser l'aménagement des locaux et la redistribution des postes de soins.

Discussion

L'ensemble de ces éléments montrent qu'il est possible de mettre en place dans un hôpital de proximité, l'hôpital de Neufchâtel, une structure d'hospitalisation de jour pluridisciplinaire destinée à répondre aux besoins sanitaires spécifiques de la population locale et en tenant compte des moyens et des orientations souhaitées pour le territoire par les tutelles.

Au plan méthodologique, l'évaluation de l'activité future de l'HDJ a été réalisée de façon préliminaire en grande partie au moyen d'un questionnaire anonyme et fermé. Celui-ci a été volontairement orienté vers les thèmes choisis en tenant compte de l'expérience des acteurs du projet, collectée à l'occasion de discussions avec les médecins de la maison médicale, du médecin gériatre de l'hôpital et de la directrice. De plus une place a été laissée aux questions ouvertes afin de ne pas méconnaître des besoins supplémentaires non mentionnés. Il a été ainsi montré que l'activité serait suffisamment importante pour permettre l'ouverture de l'HDJ. En effet sur la base des projets retenus de gériatrie, qui ne correspondent qu'à une activité MCO et en utilisant le seuil inférieur du nombre de patient potentiel, 175 hospitalisations probables ont été identifiées pour les 14 médecins répondant. Cependant, en extrapolant aux médecins du pool de garde, on atteint 520 hospitalisations pour la première année ce qui correspond à un taux d'occupation de 100% pour les lits MCO. Il peut être noté que l'occupation des lits HDJ SSR n'a pas été pour sa part évaluée, mais il est probable que les résultats soient proches des précédents du fait de la demande importante de prise en charge en sortie d'hospitalisation conventionnelle de médecine ou de SSR.

En ce qui concerne la nature de l'activité de l'hôpital de jour, qui devait être pluridisciplinaire, on peut noter qu'elle débute par une activité essentiellement gériatrique. Cette orientation pluridisciplinaire n'est pas abandonnée dans la mesure où il est prévu de mettre en place à court terme un projet de diabétologie. Le choix de la gériatrie s'est imposé du fait des « moyens » immédiatement disponibles, en particulier la présence d'un médecin gériatre de formation ayant une forte expérience en hôpital de jour et d'autre part du fait de la structure démographique de la population locale caractérisée par une proportion élevée de patients âgés.

Au plan budgétaire, il a été possible de trouver un équilibre favorable entre les moyens disponibles et les besoins exprimés dans le projet. Ainsi le démarrage de l'activité est possible pour la première année sans budget supplémentaire alloué par les autorités de tutelle, sous réserve d'un remplissage suffisant des lits MCO (tarification à l'activité) et que l'on conserve la dotation globale pour les lits SSR. Néanmoins, cette activité a été envisagée au prix d'une redistribution de moyens internes en terme de personnel et par la création sur le budget existant d'un temps d'activité médical et paramédical (0,2 à 0,4 équivalents temps pleins par création). Ces différents aménagements au sein de la structure hospitalière soulignent l'intérêt et l'implication forte des directeurs successifs afin de développer cette activité, dans le cadre des besoins sanitaires locaux et pour répondre aux demandes de l'ARS et à celle des médecins généralistes acteurs du projet.

En effet en terme de réponse aux besoins sanitaires, le développement de l'hôpital de proximité reste une priorité. Ceci est lié par définition à la population de Neuchâtel, caractérisée de façon globale par une part importante de population âgée et un taux de chômage et de pauvreté supérieur à la moyenne nationale (Cf. A.1.1 et A.1.3.2). D'autre part en terme de demande des autorités de tutelle, la loi HPST, par la création des ARS en s'appuyant sur le PRS, et plus récemment la loi de modernisation de notre système de santé, au moyen des GHT, par la promotion de l'offre ambulatoire et l'incitation à la création des maisons de santé pluridisciplinaire, soulignent l'importance de l'efficacité du réseau de soins et l'intérêt d'accès à des soins de proximité de qualité. Enfin dans ce cadre, la coordination des soins et en particulier la collaboration ville/hôpital, avec le médecin généraliste comme acteur central du dispositif sont essentielles. Dans ce sens les médecins généralistes de Neuchâtel participent de longue date à la structuration de l'offre de soins locale. Ces derniers ont ainsi contribué au maintien de la permanence de soins en assurant le fonctionnement du CPSP, implanté au sein de l'hôpital et participant au groupement de coopération sanitaire (GCS). D'autre part ils ont rendu possible la création de la maison médicale pluridisciplinaire de Neuchâtel (Medisept) qui a permis de développer l'offre de soins locale en favorisant l'installation de nouveaux praticiens et paramédicaux. Leur implication a conduit également à la pérennisation de l'EHPAD de l'hôpital de Neuchâtel en assurant une permanence quotidienne au sein de la structure. Dans le cadre de l'hôpital de jour, il est prévu que les médecins généralistes porteurs du projet prennent une part active à

l'activité de la structure en assurant un temps de présence médical, en collaboration avec le médecin gériatre de l'hôpital, pour la réalisation des bilans et en permettant de façon facilitée une ouverture vers la ville.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en place du projet, les fonctionnements des hôpitaux de jour de Dieppe et Soissons ont été analysés. Comme nous l'avons déjà souligné (Cf. A.3.2), ces établissements ont été choisis du fait du succès de leur activité d'HDJ, de leurs similitudes démographiques ou pour leurs relations privilégiées avec la médecine de ville. Ainsi l'ouverture de l'HDJ aux médecins généralistes à Dieppe avec la possibilité d'entrée directes ou la coordination locale de la structure assurée à plein temps par un médecin généraliste comme à Soissons, conforte l'idée de la faisabilité et de l'intérêt d'une structure mixte. Par ailleurs il faut noter que ces hôpitaux sont des hôpitaux généraux disposant de services spécialisés où la mise en commun d'un plateau technique et d'un personnel dédié a permis à chacun de développer son activité de jour au sein d'une structure pluridisciplinaire. Par contre, malgré l'aspect monothématique du projet actuel de Neufchâtel, qui a permis de débiter l'activité tout en répondant à la demande gériatrique de l'hôpital, l'objectif demeure de fournir aux médecins de ville une structure où seront réalisés les bilans et processus répondant aux recommandations, pour les diverses pathologies prises en charge en ville. Enfin cette démarche comparative a permis une meilleure compréhension du fonctionnement d'une telle structure, en particulier pour ce qui concerne la tarification des actes intermédiaires.

Enfin l'évolution attendue de cette structure, qui doit être pluridisciplinaire, devrait se faire dans un premier temps par la réalisation des bilans de diabétologie (Cf. B.4.4) en plus des prises en charges gériatriques. L'impossibilité actuelle de réaliser localement les explorations vasculaires reste un frein à cette évolution mais des solutions existent (Cf. 4.4.2.2). Par ailleurs la mise en place d'autres protocoles tels que « ponction d'ascite évacuatrice » ou prise en charge par hémofiltration des « acrosyndrômes symptomatiques » nécessite la création de procédures opératoires à valider auprès des centres spécialisés. L'ouverture à des protocoles de type « transfusion » demande pour sa part des autorisations particulières plus complexes à obtenir. Ces démarches pourraient cependant être envisagées par la suite dans le cadre de prises en charge chroniques. En ce qui concerne la néphrologie et afin de répondre au besoin exprimé de dialyse de proximité lors du questionnaire, plusieurs propositions de prise en charge peuvent être envisagées sans qu'il soit prévu de

créer à terme une antenne de dialyse au sein de l'HDJ. Par contre, l'implantation dès septembre 2016 d'une consultation avancée de néphrologie au sein de l'hôpital de Neuchâtel devrait permettre de répondre à certaines demandes, et reflète l'intérêt d'une prise en charge néphrologique de proximité dans le canton, avec comme projet à moyen terme d'ouvrir une antenne de dialyse gérée par l'ANIDER à Neuchâtel en fonction du besoin. On peut ainsi imaginer, en fonction de l'évolution des moyens de l'HDJ, la réalisation de bilans néphrologiques de suivi en pré-dialyse, d'hypertension artérielle ou autre.

En définitive, l'ouverture de l'HDJ aux spécialistes des consultations avancées de l'hôpital de Neuchâtel permettrait la mise en place de protocoles de soins ou de bilans spécialisés, accessibles également à la patientèle des médecins de ville, afin de développer ces activités et secondairement de disposer de moyens supplémentaires pour les pérenniser.

Conclusion

La réalisation de ce projet, porté par les médecins généralistes et hospitaliers en étroite collaboration avec la direction de l'établissement a permis d'aboutir, tout en répondant aux besoins sanitaires et aux orientations politiques du territoire, à la mise en place d'un hôpital de jour au sein d'un hôpital de proximité qu'est l'hôpital de Neuchâtel. Il sera monodisciplinaire à l'ouverture mais avec la volonté forte de devenir pluridisciplinaire en élargissant son offre de soins. L'implication directe des médecins généralistes au sein de la structure et celle des médecins hospitaliers ou consultants devrait permettre le fonctionnement et l'animation d'une collaboration ville/hôpital effective et efficiente.

Annexes

MEDECINE DE JOUR : LISTE DES 41 PROTOCOLES ACTIFS et PREVUS AU 22/04/2016 - 38 PROTOCOLES ACTIFS :

POUR LA MEDECINE 1 :

- Biopsie-hépatique écho-guidée (journée complète)
- Entéroscopie par vidéo-capsule (journée complète)
- Coloscopie (demi-journée)
- ENTYVIO (demi-journée)
- AVASTIN (demi-journée)

POUR LES MEDECINES 1 + 4 :

- REMICADE (demi-journée)
- REMSIMA (demi-journée)
- VENOFER (demi-journée)
- Bilans divers, incluant une imagerie (journée complète)

POUR LES MEDECINES 1 + 4 + 7:

- Transfusion sanguine itérative à RAI négative (journée complète)

POUR LES MEDECINES 1 + 2 + 7+

Néphrologie + Soins palliatifs :

- Ponction d'ascite itérative (demi-journée)
- Ferinject (demi-journée)

POUR LES MEDECINES 2 + 5-

néphro :

- Dépistage d'une HTA secondaire (journée complète)

POUR LA MEDECINE 3 :

- Bilan d'insuffisance respiratoire (journée complète)
- Désensibilisation au venin d'hyménoptère (ultra-rush) (journée complète pour la 1^{ère} journée, demi-journée pour les J2 et J3 si pas de réaction allergique)
- Test de réintroduction d'aliments ou de médicaments (3 protocoles) : antibiotiques, paracétamol, anesthésiques, aspirine, Célestène, antispasmodiques (journée complète)

POUR LA MEDECINE 4 :

- CLAIRYG (journée complète)
- PRIVIGEN (journée complète)
- MABTHERA (journée complète)
- Aérosol de PENTACARINAT (M4, M7) (demi-journée)
- ORENCIA (demi-journée)
- RO-ACTEMRA (demi-journée)
- OCTAGAM (journée complète)
- ENDOXAN (journée complète)
- Bilan annuel VIH (journée complète)

POUR LA MEDECINE 5-diabète :

- Bilan annuel d'un patient diabétique (journée complète)
- Bilan avant chirurgie bariatrique (journée complète)

POUR LA MEDECINE 5-néphrologie :

- Bilan avant greffe rénale (journée complète)
- Bilan annuel d'autodialyse (journée complète)

POUR LA MEDECINE 6 :

- TEGELINE (journée complète)
- Test au MODOPAR (journée complète)

POUR LA MEDECINE 7- Oncologie :

- Bilan oncogériatrique (journée complète)

Pour l'algologie :

- Patch QUTENZA (demi-journée)

Pour l'urologie :

- Instillations intravésicales d'AMETYCINE (demi-journée)

1 PROTOCOLE PREVU :

- Bilan d'une démence après consultation mémoire (Dr Larbi, M4) (journée complète)

PROTOCOLES REALISES MAIS NON UTILISES :

- Remplissage d'une pompe à perfusion intrathécale
- Hospitalisation de jour en Addictologie

Élargissement de l'offre de soins à l'hôpital de Neufchâtel. Évaluation des besoins des médecins généralistes.

Afin d'optimiser l'accès aux soins des patients, un projet d'hôpital de jour au sein du centre hospitalier de Neufchâtel est en cours de réflexion dans le cadre d'un partenariat ville hôpital. Différents types de prises en charge pluri professionnelles pourraient être proposés. Pour évaluer leur pertinence et leur faisabilité nous avons besoin de votre participation en remplissant le questionnaire ci joint. Nous vous remercions par avance pour le temps consacré à y répondre.

N'hésitez pas à nous apporter des suggestions pour chaque thématique ou à en ajouter.

Pour chaque item, combien de patients pourraient correspondre à ce besoin dans votre patientèle par an ?

1. Diabétologie : 1) Patients avec complications (plaie complexe, rétinopathie, artériopathie...).

Plusieurs réponses possibles.

- <1
 1 à 5
 5 à 10
 >10
 Autre :

2. Diabétologie : 2) Temps groupé pour les patients avec un recours aux soins difficile.

Plusieurs réponses possibles.

- <1
 1 à 5
 5 à 10
 >10
 Autre :

3. Gériatrie : 1) Bilan pluri dimensionnel de troubles cognitifs.

Plusieurs réponses possibles.

- <1
 1 à 5
 5 à 10
 >10
 Autre :

4. Gériatrie : 2) Bilan pluri-professionnel de chute, troubles de l'équilibre et de la marche.*Plusieurs réponses possibles.*

- <1
 1 à 5
 5 à 10
 >10

5. Gériatrie : 3) Bilan de fragilité (dénutrition, iatrogénie, perte d'autonomie, aides nécessaires...)*Plusieurs réponses possibles.*

- <1
 1 à 5
 5 à 10
 >10
 Autre :

6. Temps groupé pour prise en charge de patients avec maladie chronique et/ou facteurs de risques cardiovasculaires (Insuffisance Cardiaque, BPCO, artérite...) et avec un recours aux soins difficile.*Plusieurs réponses possibles.*

- <1
 1 à 5
 5 à 10
 >10

7. Évaluation et prise en charge de la douleur.*Plusieurs réponses possibles.*

- <1
 1 à 3
 3 à 6
 >6

8. Interruption volontaire de grossesse par voie orale : Jusqu'à 9 SA à l'hôpital. En relais des médecins généralistes pour la 1ère consultation par exemple. Évaluation psychologique.*Plusieurs réponses possibles.*

- <1
 1 à 5
 5 à 10
 >10
 Autre :

9. Syndromes de Raynaud/Acrosyndromes symptomatiques : perfusion de VOLUVEN, éducation thérapeutique.

Plusieurs réponses possibles.

- <1
- 1 à 3
- 3 à 6
- >6
- Autre :

10. Gestes techniques : Ponction d'ascite et transfusion.

Plusieurs réponses possibles.

- >1
- 1 à 3
- 3 à 6
- >6
- Autre :

11. Réhabilitation respiratoire BPCO/insuffisance respiratoire.

Plusieurs réponses possibles.

- >1
- 1 à 3
- 3 à 6
- >6
- Autre :

12. D'autres propositions ?

.....

.....

.....

.....

Annexe n°3 : Quatre axes de gériatrie retenus pour l'ouverture de l'HDJ de l'hôpital de Neufchâtel en Bray : Situations cliniques prévalentes et protocoles d'HDJ réalisés par le Dr. De Petigny (gériatre à l'hôpital de Neufchâtel).

PARCOURS DE SOINS HDJ MCO : BILAN COGNITIF GERIATRIQUE

Situations cliniques prévalentes

Situation clinique	Signes et symptômes de la situation	Risques et complications possibles	Finalité et objectifs de la PEC en HDJ
TROUBLES COGNITIVO-COMPORTEMENTAUX DEMENTIELS ET NON DEMENTIELS	<p>Pour le patient : Modification de la cognition ou de l'état psychique</p> <p>Perte de l'autonomie dans les activités instrumentales de la vie quotidienne</p> <p>Apparition de troubles cognitifs ou changement psycho-comportemental non expliqué par une pathologie psychiatrique identifiée</p> <p>Symptômes pouvant accompagner, révéler ou provoquer un déclin cognitif : amaigrissement, syndrome confusionnel, chute, ...</p> <p>Pour l'aidant -Incompréhensions -Peur, stress -Dispositif de prise en charge limité ou insuffisant - Souffrance de l'aidant</p>	<p>Risques pour le patient : - Troubles thymiques et affectifs (sentiment d'insécurité, anxiété, dépression, troubles du sommeil) - Troubles du comportement (délire, apathie, agressivité, agitation ...) - Altération des repères temporo-spatiaux - Difficultés d'adaptation, à faire des choix, prendre des décisions - Dépendance pour les AVQ - Dangerosité, accident domestique, financier, médicamenteux, conduite automobile et risque de fugue - Altération de l'état de santé (dénutrition, déshydratation, incurie, chutes...)</p> <p>Risques pour les aidants : - Sentiment de solitude - Culpabilité - Isolement - Fatigue, épuisement - Attitude matritante - Désinvestissement</p>	<p>Finalité : Bilan cognitivo-psycho-social initial</p> <p>Objectifs : Recherche diagnostique Annonce du diagnostic Identification et prévention des situations à risque Démarche thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse Soutien accompagnement des aidants Education thérapeutique</p>
EVOLUTION DE LA PATHOLOGIE NEURO-COGNITIVO-COMPORTEMENTALE	<p>Evolution des signes et symptômes initiaux</p> <p>Pour l'aidant -Incompréhensions -Peur, stress -Dispositif de prise en charge limité ou insuffisant - Souffrance de l'aidant</p>	<p>Risques pour le patient : Evolution des risques et complications</p> <p>Risques pour les aidants : - Stress - Fatigue, épuisement - Désinvestissement - Sentiment de culpabilité - Attitude maltraitante</p>	<p>Finalité : réévaluation du bilan cognitivo-psycho-social</p> <p>Objectifs : Réajustement du traitement médicamenteux et du plan personnalisé de soins Soutien accompagnement des aidants Education thérapeutique</p>

Chemins cliniques à l'hôpital de jour

QUEL PROFESSIONNEL ?

Agent administratif
Soignants HDJ
Secrétaires médicales

IDE

Médecin gériatre

Psychologue

Assistante sociale

Ergothérapeute

IDE

Kiné –Diététicienne

QUOI ?

TROUBLES COGNITIVO-COMPORTEMENTAUX

Entrée hôpital de jour

Interrogatoire : Anamnèse du patient et si possible de l'aidant

Examens biologique

Examen clinique médical

Évaluation cognitive, comportementale, sociale

Évaluation fonctionnelle* : Retentissement des troubles cognitifs sur les AVQ

Évaluation des symptômes pouvant aggraver les troubles cognitifs (hâte, amaigrissements)

Hypothèses diagnostiques

Neuro imagerie

DIAGNOSTIC PLURIDISCIPLINAIRE

PROCESSUS D'ANNONCE du diagnostic au patient puis à l'aidant et/ou personne de confiance (près accord du patient)

ELABORATION D'UNE STRATEGIE THERAPEUTIQUE

SYNTHESE ET MISE EN ŒUVRE du programme personnalisé de soins avant retour à domicile -/+ PEC HDJ SSR

Accompagnement des aidants

Equipe de l'HDJ

Médecin
Selon situations complexes avec Psychologue

Equipe de l'HDJ

Médecin gériatre

COMMENT ?

Adressé avec courrier par le médecin traitant /spécialiste / médecin hospitalier / consultation mémoire.

Démarche d'accueil
L'aidant apporte les éléments complémentaires

Entretien direct avec le patient et/ou les aidants naturels à partir d'un questionnaire spécifique et formalisé

Utilisation d'échelles et outils spécifiques formalisés pour toutes les évaluations

Relais conventionnés
Télémédecine

Réunion pluridisciplinaire (synthèse écrite par le médecin gériatre et courrier pour le médecin traitant)

Entretien d'annonce

Traçabilité et transmissions des éléments diagnostiques, thérapeutiques retenus et projet de soins personnalisés issus de la synthèse pluridisciplinaire

1 Entretien formalisé avec le patient puis ses proches - Recherche d'alliance thérapeutique

2 Organisation, planification du programme opérationnel avec prise de contact avec les acteurs du territoire ville/hôpital

3 Transmission écrite de la synthèse au médecin traitant

Entretiens d'aide et de soutien
Information / Formation des aidants – Education thérapeutique

QUEL PROFESSIONNEL ?

Agent administratif
Soignants HDJ
Secrétaires médicales

IDE

Médecin gériatre

Psychologue

Assistante sociale

Ergothérapeute

IDE

Kiné –Diététicienne

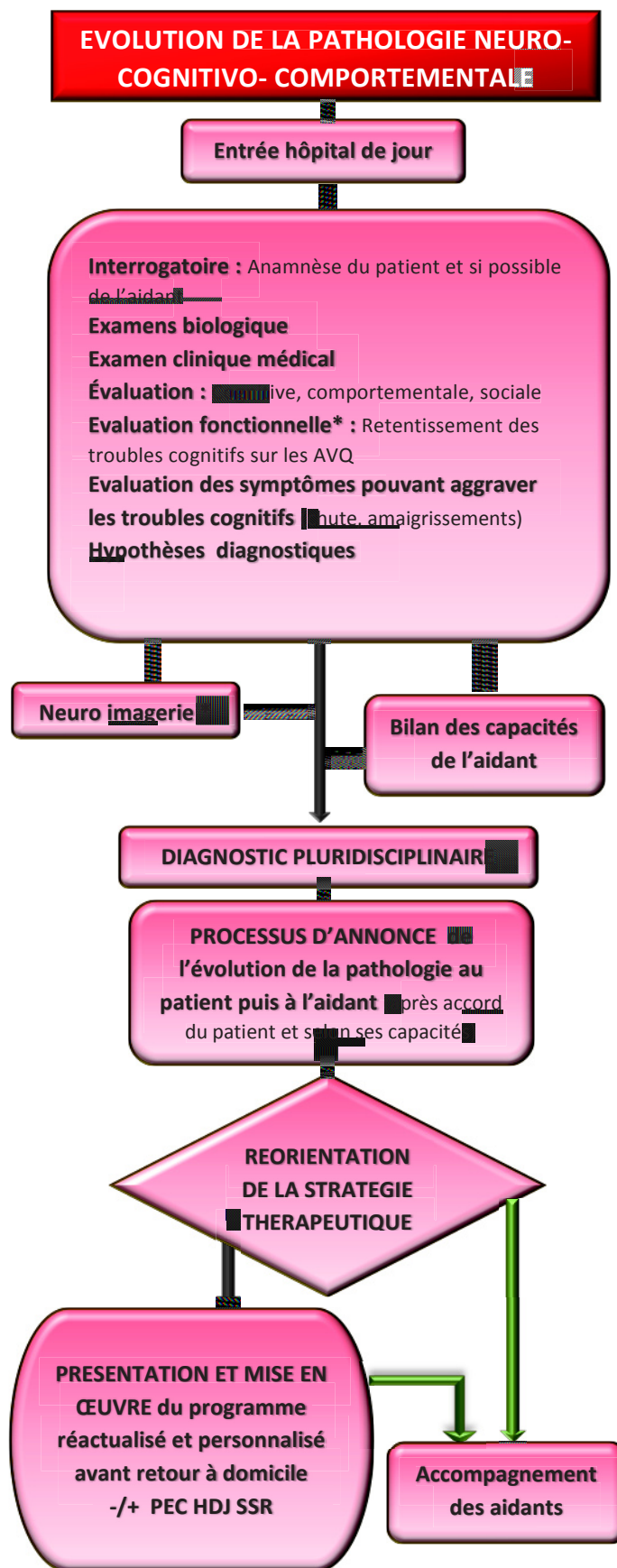
Equipe de l'HDJ

Médecin
Selon situations complexes avec Psychologue

Equipe de l'HDJ

Médecin gériatre

QUOI ?



COMMENT ?

Adressé avec courrier par le médecin traitant /spécialiste / médecin hospitalier / consultation mémoire.

Démarche d'accueil
L'aidant apporte les éléments complémentaires

Entretien direct avec le patient et/ou les aidants naturels à partir d'un questionnaire spécifique et formalisé

Utilisation d'échelles et outils spécifiques formalisés pour toutes les évaluations

Relais conventionnés
Télémédecine

Evaluation bio-psycho-sociale
Echelle du fardeau
Entretiens d'aide et de soutien, accompagnement

Réunion pluridisciplinaire (synthèse écrite par le médecin gériatre et courrier pour le médecin traitant)

Entretien d'annonce
Consultation médicale

Traçabilité et transmissions des éléments diagnostiques, thérapeutiques retenus et projet de soins réactualisé et personnalisé, issus de la synthèse pluridisciplinaire

- 1 Entretien formalisé avec le patient puis ses proches
- 2 Réorganisation, planification du programme opérationnel avec prise de contact avec les acteurs du territoire ville/hôpital
- 3 Transmission écrite de la synthèse au médecin traitant

Information / Formation des aidants – Education thérapeutique – offre de répit.

*La disponibilité des résultats de neuro imagerie ou la fatigabilité trop importante du patient peuvent nécessiter de réaliser le bilan cognitif gériatrique sur 2 journées d'HDJ

Situations cliniques prévalentes

Situation clinique	Signes et symptômes de la situation	Risques et complications possibles	Finalité et objectifs de la PEC en HDJ
CHUTES A REPETITION	<ul style="list-style-type: none"> - Chutes répétées - Aggravation des troubles de la marche - Réduction des activités quotidiennes avec risque de dépendance <p>Pour l'aidant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatigue, stress - Dispositif de prise en charge limité ou insuffisant 	<p>Risques pour le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altération de la motricité - Syndrome post chute - Traumatisme - Fractures - Complications liées à l'immobilisation - Angoisse, sentiment d'insécurité - Perte d'autonomie, - Dépendance, grabatisation - Altération de l'état de santé avec mise en jeu du pronostic vital - Maintien à domicile difficile - Institutionnalisation <p>Risques pour les aidants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur stress - Epuisement - Sentiment d'impuissance - Sentiment de culpabilité 	<p>Finalité : Bilan de chutes</p> <p>Objectifs : Démarche clinique et recherche diagnostique de la cause des chutes</p> <p>Démarche thérapeutique de correction des causes et des facteurs de risques</p> <p>Prévention des récurrences de chutes et des risques associés</p> <p>Aide et soutien aux aidants démarche éducative</p>
TROUBLES DE LA MARCHÉ ET DE L'ÉQUILIBRE	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de l'équilibre - Rétropulsion - Appuis précaires - Chutes - Réduction du périmètre de marche - Diminution des activités et de l'autonomie physique <p>Pour l'aidant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatigue, stress 	<p>Risques pour le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altération ou abolition du périmètre de marche - Mise en danger avec risque de chute - Traumatisme, fracture - Syndrome post chute, syndrome de désadaptation posturale, avec confinement au domicile - Anxiété, perte d'initiative, dépression - Isolement, rupture sociale <p>Risques pour les aidants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur, stress 	<p>Finalité : Bilan initial des troubles de la marche et de l'équilibre</p> <p>Objectifs : Démarche clinique et recherche diagnostique des troubles</p> <p>Démarche thérapeutique de correction des troubles</p> <p>Prévention secondaire troubles et des risques associés</p> <p>Aide aux aidants</p>

Chemin clinique à l'hôpital de jour

QUEL PROFESSIONNEL ?

Agents administratifs
Secrétaires médicales
Soignants HDJ

IDE
+/- Psychologue
Médecin gériatre

+/- Cardiologue
+/- Ophtalmologue

Kinésithérapeute
Ergothérapeute
IDE

+/- Psychologue
+/- Diététicienne

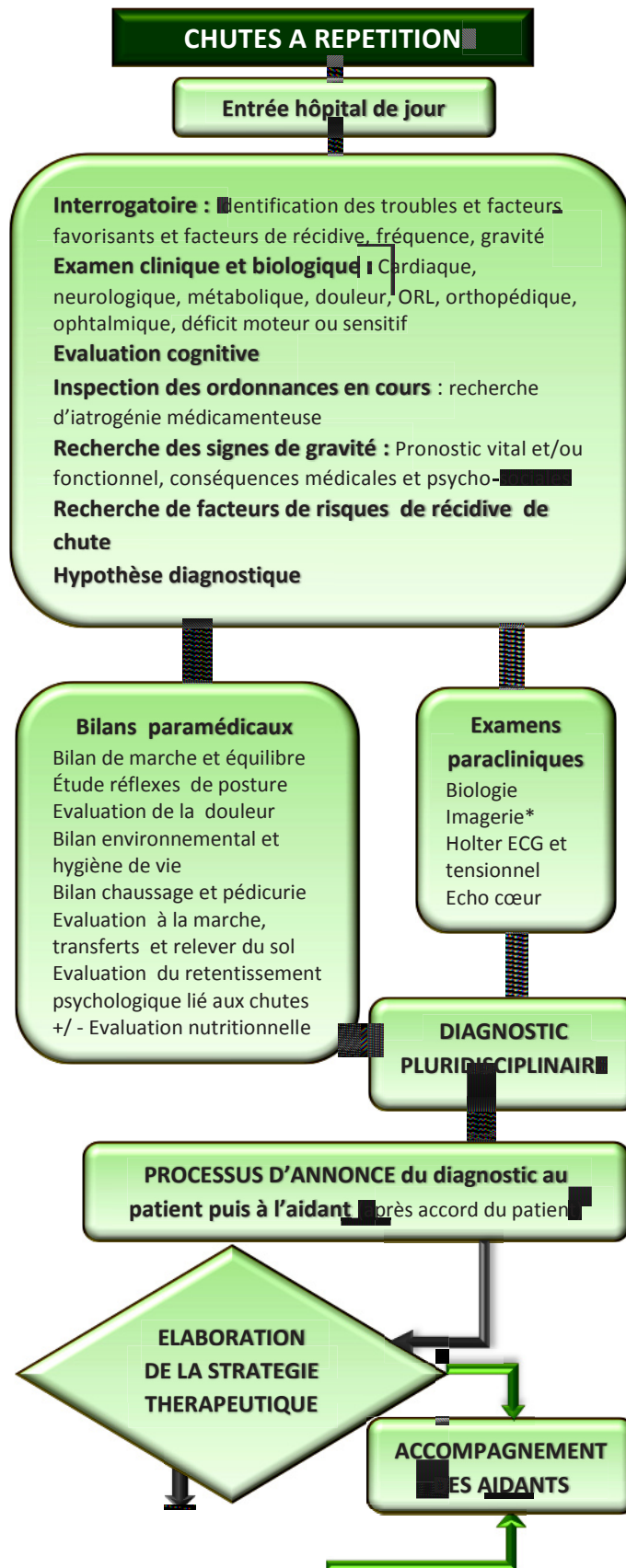
Equipe de l'HDJ

Médecin

Médecin

Psychologue
Assistante sociale
IDE

QUOI ?



COMMENT ?

Adressé avec courrier par le médecin traitant /spécialiste / médecin hospitalier / transfert direct du CPSP

Démarche d'accueil
L'aidant apporte les éléments complémentaires

Entretien direct avec le patient et/ou les aidants naturels à partir d'un questionnaire spécifique et formalisé

Utilisation d'échelles et outils spécifiques formalisés pour les bilans paramédicaux

Relais conventionnés
Télémedecine pour les examens paracliniques

Réunion pluridisciplinaire (synthèse écrite par le médecin gériatre et courrier pour le médecin traitant)

Entretien d'annonce
Consultation médicale

Traçabilité et transmissions des éléments diagnostiques, thérapeutiques retenus et du PPS, issus de la synthèse pluridisciplinaire

1 Entretien formalisé avec le patient puis ses proches
2 réorganisation, planification du programme opérationnel avec prise de contact avec les acteurs du territoire ville/hôpital
3 Transmission écrite de la synthèse au médecin traitant

Information / Formation des aidants – Education thérapeutique.

**QUEL
PROFESSIONNEL
?**

QUOI ?

COMMENT ?

Agents
administratifs
Secrétaires
médicales
Soignants HDJ

IDE
+/- Psychologue
Médecin gériatre

+/- Cardiologue
+/-
Ophtalmologue

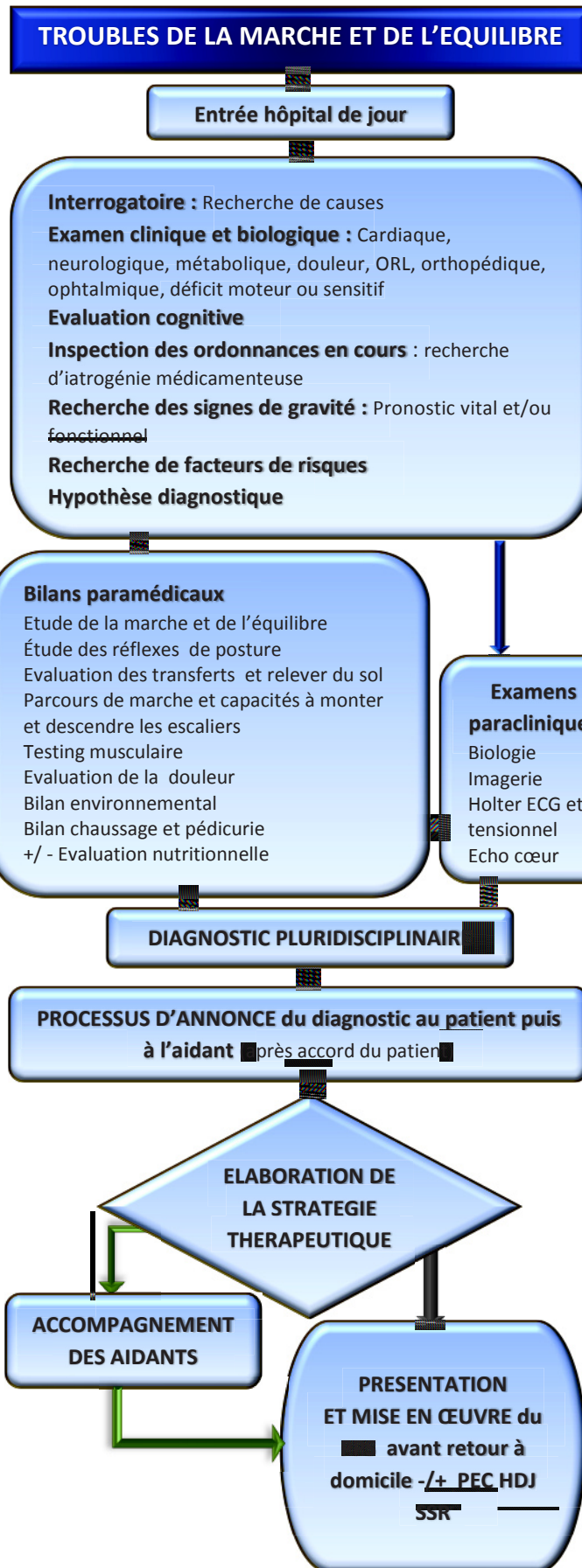
Kinésithérapeute
Ergothérapeute
IDE
+/- Diététicienne

Equipe de l'HDJ

Médecin

Médecin

Psychologue
Assistante sociale
IDE



Adressé avec courrier par le médecin traitant /spécialiste / médecin hospitalier / transfert direct du CPSP

Démarche d'accueil
L'aidant apporte les éléments complémentaires

Entretien direct avec le patient et/ou les aidants naturels à partir d'un questionnaire spécifique et formalisé

Utilisation d'échelles et outils spécifiques formalisés pour les bilans paramédicaux

Relais conventionnés
Télémédecine

Réunion pluridisciplinaire (synthèse écrite par le médecin gériatre et courrier pour le médecin traitant)

Entretien d'annonce
Consultation médicale

Traçabilité et transmissions des éléments diagnostiques, thérapeutiques retenus et du PPS, issus de la synthèse pluridisciplinaire

1 Entretien formalisé avec le patient puis ses proches
2 Organisation, planification du programme opérationnel avec prise de contact avec les acteurs du territoire ville/hôpital
3 Transmission écrite de la synthèse au médecin traitant

Information / Formation des aidants – Education thérapeutique.

PARCOURS DE SOINS HDJ MCO : BILAN DE FRAGILITE

Situations cliniques prévalentes

Situation clinique	Signes et symptômes de la situation	Risques et complications possibles	Objectifs
DENUTRITION / perte de poids involontaire EPUISEMENT VITESSE DE MARCHE RALENTIE BAISSE DE LA FORCE MUSCULAIRE SEDENTARITE	- Perte de poids - Perte de l'appétit - Fatigabilité excessive - Altération des activités quotidiennes - Dispositif de prise en charge limité ou insuffisant - Altération des capacités motrices Pour l'aidant : - Fatigue, stress de l'aidant	Risques pour le patient : - Chute - Altération de l'état de santé avec mise en jeu du pronostic vital - Perte d'autonomie - Dépendance, grabatisation - Maintien à domicile difficile - Hospitalisations multiples - Institutionnalisation Risques pour l'aidant : - Epuisement - Sentiment d'impuissance - Sentiment de culpabilité	Finalité : Bilan de fragilité Objectifs : Démarche clinique et recherche diagnostique de la cause des troubles Démarche thérapeutique de correction des causes et des facteurs de risques Prévention des récurrences et des risques associés Aide et soutien aux aidants démarche éducative

Chemin clinique à l'hôpital de jour

QUEL PROFESSIONNEL ?

Agents administratifs
Secrétaires médicales
Soignants HDJ

IDE

Médecin gériatre
Psychologue
Assistante sociale
Ergothérapeute

Kinésithérapeute
Ergothérapeute
IDE
Diététicienne

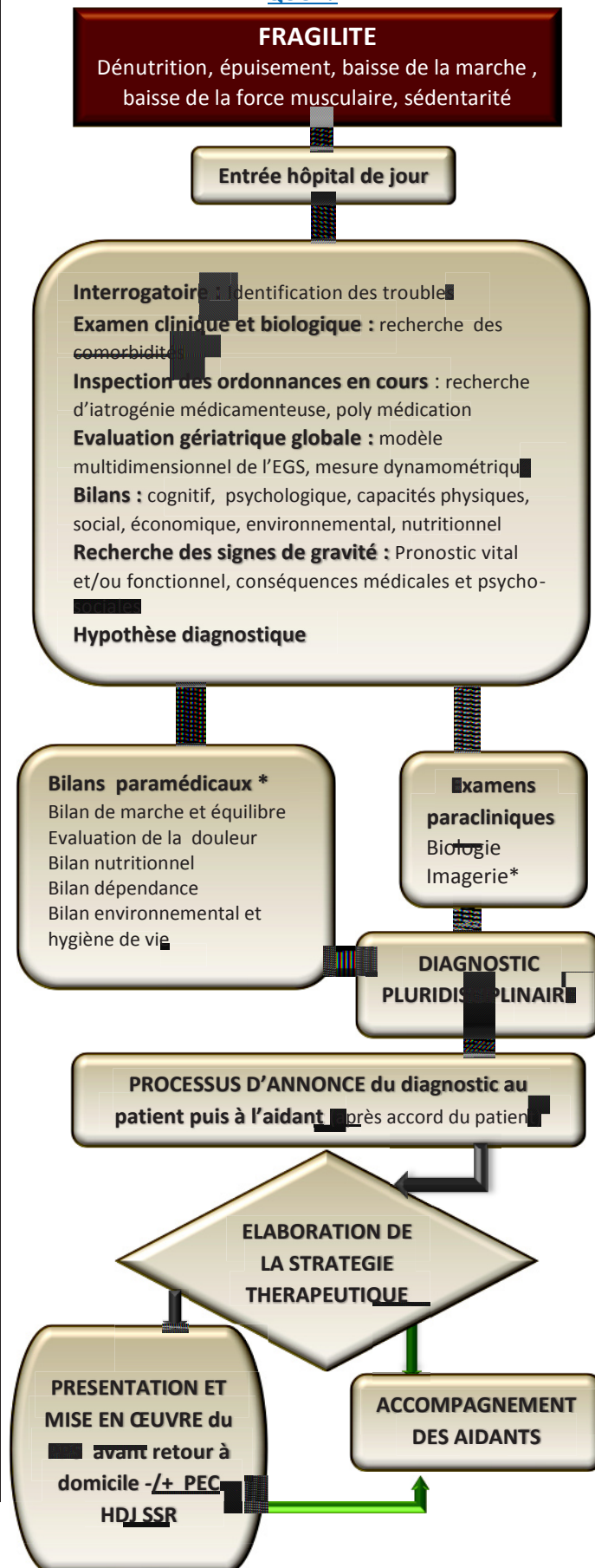
Equipe de l'HDJ

Médecin

Médecin

Psychologue
Assistante sociale
IDE

QUOI ?



COMMENT ?

Adressé avec courrier par le médecin traitant /spécialiste / médecin hospitalier / transfert direct du CPSP

Démarche d'accueil
L'aidant apporte les éléments complémentaires

Entretien direct avec le patient et/ou les aidants naturels à partir d'un questionnaire spécifique et formalisé

Utilisation d'échelles et outils spécifiques formalisés pour les bilans paramédicaux

Relais conventionnés
Télémedecine pour les examens paracliniques

Réunion pluridisciplinaire (synthèse écrite par le médecin gériatre et courrier pour le médecin traitant)

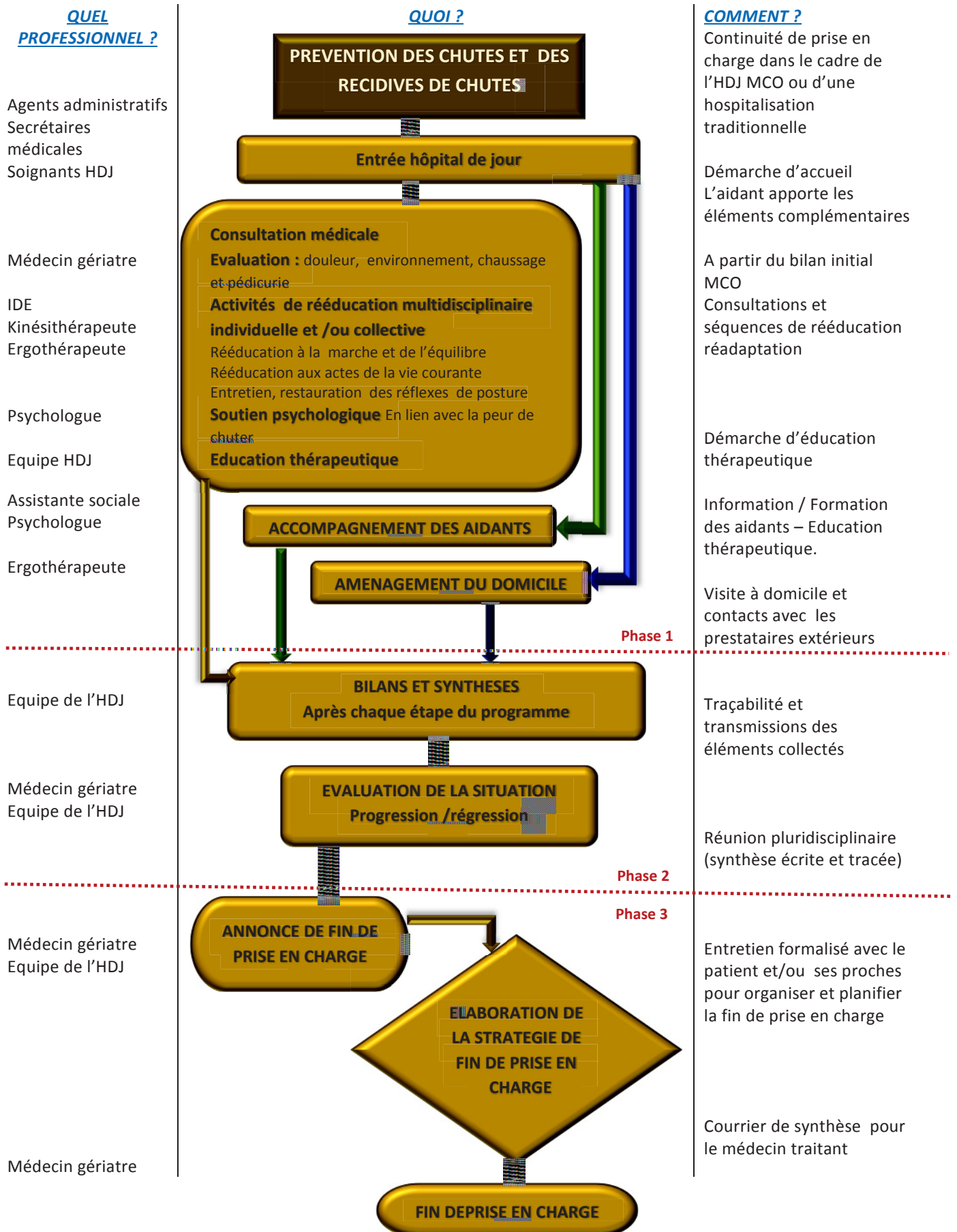
Entretien d'annonce
Consultation médicale

Traçabilité et transmissions des éléments diagnostiques, thérapeutiques retenus et du PPS, issus de la synthèse pluridisciplinaire
1 Entretien formalisé avec le patient puis ses proches
2 réorganisation, planification du programme opérationnel avec prise de contact avec les acteurs du territoire ville/hôpital
3 Transmission écrite de la synthèse au médecin traitant
Information / Formation des aidants – Education thérapeutique.

PARCOURS DE SOINS HDJ SSR : PREVENTION DES CHUTES ET RECIDIVES DE CHUTES CHEZ LA PERSONNE AGEE

Situation clinique	Finalité et objectifs de la PEC en HDJ SSR
<p>Prévention des chutes et récidives de chutes</p>	<p>Finalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre du plan personnalisé de soins à l'issue d'une prise en charge en MCO – hôpital de jour / hospitalisation traditionnelle • Réduction de la DMS due à l'hospitalisation traditionnelle <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démarche thérapeutique de prévention des troubles • Prévention secondaire des troubles et des risques associés • Education thérapeutique • Aide aux aidants démarche éducative <p>Modalités de prise en charge :</p> <p>Phase 1 : Elaboration et planification du programme de réadaptation, rééducation et de prévention : Objectifs et orientations retenus, durée de la prise en charge en HDJ, leur fréquence des journées, modalités d'évaluation et de réajustement du programme selon les besoins</p> <p>Phase 2 : Mise en œuvre du programme</p> <p>Phase 3 : Evaluation de fin de prise en charge et +/- suivi à distance</p>

Chemin clinique à l'hôpital de jour SSR



Hospitalisation de jour de diabétologie du :	
Observation M	
Effectué par le Docteur	Le :
Motif d'hospitalisation :	
Médecin Traitant	

Mon Cher Confrère,

Voici le compte rendu d'hospitalisation de jour de votre patient M .

Il s'agit d'un(e) patient(e) âgé de : D'origine : Présentant un diabète de type :
 Mode de vie : - Seul
 - Profession :
 - Activité physique
 - Alcool

On note dans ses antécédents :

- Médico-chirurgicaux :
- .
- Gynéco-obstétricaux. Andrologie :
- .
- Familiaux :
- . Hérité du diabète
- . Hérité cardio-vasculaire

On retient dans les facteurs de risques cardio-vasculaires outre le diabète :

- Hyperlipidémie
- Obésité
- Tabac
- Antécédents ischémiques précoces familiaux
- HTA
- Microalbuminurie
- Néphropathie

Les points importants de cette hospitalisation sont les suivants :

1°) Le Diabète

Circonstance de découverte :

Ancienneté :

Poids actuel : kg Taille : m BMI :

Equilibre glycémique : HbA1c : %

Traitement à l'entrée :

Bilan du retentissement

- Micro-angiopathie :

** Ophtalmologie :*

Fond d'œil effectué le (Docteur) :

** Fonction rénale :*

Rein	IEC/sartan :	Non	Kaliémie : mmol/l
Créatininémie :		μmo/l	Natrémie : mmol/l
Clairance MDRD/mesurée :		ml/ml	
Micro-albuminurie sur échantillon :	mg/l		

** Neurologie :*

Signes fonctionnels :	Pieds :
-----------------------	---------

ROT :	. suivi podo : . semelles : Troubles trophiques : Troubles morpho statiques :
Sensibilité : Graduation du risque (0 à 3) : - superficielle (monofi) : - Chaud/froid : - Diapason :	

- Macro-angiopathique :

** Cardiovasculaire :*

Aspirine		
Signes fonctionnels :		
HTA traitée :	Couché	Debout
Pression artérielle (mmHg)		
Fréquence cardiaque (/mn)		
Pouls périphériques :		
Souffles vasculaires :		
ECG repos :		
Echo-doppler :		
Troncs supra-aortiques		
Aorte abdominale		
Membres inférieurs		
Explorations coronaires		

** Bilan Lipidique*

Statine	Oui	Non	
Triglycérides			g/l
Cholestérol total			g/l
HDL cholestérol			g/l
LDL cholestérol calculé			g/l
Syndrome d'apnée du sommeil			

2°) Reste de l'examen clinique:

3°) Reste du bilan biologique :

Biologie standard			
Hb	g/l	ALAT	UI/l (N : 10-42)
Leucocytes	giga/l	ASAT	UI/l (N : 10-40)
Plaquettes	giga/l	GGT	UI/l (N : 8-40))
CRP	mg/l (N<10)	PAL	UI/l (N : 40-130)
		CPK	U/l (N : 38-174)
Fer sérique	μmol/L (N : 8-28)		
Transferrine	g/l (N : 2 -4)	TSH	μU/ml (N=0,40-8)
Coef. saturation	% (N : 20- 40)		
Ferritine	μg/l (N : 20-200)		
Calcémie	mmol/l (N-2,20-2,60)		
Phosphorémie	mmol/l (N=0,9-1,50)		

Radiologie :

Thorax
ASP :

Diététique :

Education du diabète :

Plan de suivi et examens à réaliser en externe :

Traitement de sortie :

Bien confraternellement.

Dr Hervé Akpé
Médecin référent
Médecine de jour

Docteur H. Tabbi-Bélarif
Praticien Hospitalier
Diabétologie – Endocrinologie

Docteur A. Adem
Praticien Hospitalier
Diabétologie – Endocrinologie

MJOUR-CRH BILAN DU DIABETE.doc



HOPITAL P. DE LOIS
NEUFCHATEL EN BRAY
29 AVR. 2016
COURRIER ARRIVEE
DIRECTION

DECISION n° 8 du 27 avril 2016

PORTANT

**AUTORISATION D'EXERCER LES ACTIVITES DE SOINS
DE MEDECINE ET DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
EN HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL DE JOUR**

AU PROFIT DU CENTRE HOSPITALIER DE NEUFCHATEL EN BRAY

**LA DIRECTRICE GENERALE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
DE NORMANDIE**

VU le Code de la Santé Publique et notamment :

- ses articles L 1432-4, D 1432-28 à D 1432-35, D 1432-38 et 39, D 1432-43 à D 1432-53 relatifs à la conférence régionale de santé et de l'autonomie et à ses commissions spécialisées dont la commission spécialisée de l'organisation des soins ;
- ses articles L 6122-1 à L 6122-20, R 6122-23 à R 6122-44 et D 6122-38 relatifs aux autorisations sanitaires ;
- ses articles L 6123-1, R 6123-118 à R 6123-126 relatifs aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation,
- ses articles L 6124-1, D 6124-177-1 à D 6124-177-53 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ;
- ses articles L 6122-2, L 6122-3 et R 6121-4 relatifs aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation dont l'hospitalisation à temps partiel de jour,
- ses articles D 6124-301 à D 6124-305 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement de ces structures alternatives ;

VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

VU le décret du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique RICOMES en qualité de directrice générale de l'agence régionale de santé de Normandie ;

VU le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (articles 1, 3, 4 et 5 non codifiés) ;

VU le décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (article 2 non codifié) ;

VU le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation (article 8 non codifié) ;

VU la circulaire DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 et 2008-376 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation ;

VU l'arrêté du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie en date du 7 mars 2012 portant adoption du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) de Haute-Normandie, publié au RAA spécial n° 3 du 08 mars 2012 ;

CONSIDERANT que les structures de soins alternatives à l'hospitalisation (notamment l'hospitalisation à temps partiel de jour) ne sont pas soumises à des conditions d'implantation réglementaires ;

CONSIDERANT que le projet satisfait aux conditions techniques de fonctionnement propres aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation susvisées, et qu'il appartiendra cependant au promoteur de démontrer lors de la visite de conformité que toutes les conditions réglementaires fixées aux articles D 6124-301-1 à D 6124-305 du CSP sont effectivement respectées pour chacune des deux activités de soins (médecine et SSR en hospitalisation de jour) et notamment :

- qu'une charte de fonctionnement propre à chaque activité de soins est formalisée conformément aux dispositions de l'article D 6124-305 du code de santé publique ;

DECIDE

ARTICLE 1 : La demande présentée le 26 octobre 2015 par le **Centre Hospitalier de Neufchatel en Bray**, 4 route de Gaillfontaine, 76270 NEUFCHATEL en BRAY, en vue d'**exercer les activités de soins de :**

- **Médecine, en hospitalisation à temps partiel de jour,**
- **et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) non spécialisés, adultes, en hospitalisation à temps partiel de jour,**

est **acceptée**.

ARTICLE 2 : Le Centre Hospitalier de Neufchatel en Bray est désormais autorisé à exercer les activités de soins de :

- Médecine
 - . en hospitalisation complète
 - . et en hospitalisation à temps partiel de jour (*autorisée ce jour*)
- Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) non spécialisés, adulte :
 - . en hospitalisation complète,
 - . et en hospitalisation à temps partiel de jour (*autorisée ce jour*)

ARTICLE 3 : En application des articles L. 6122-11 et R. 6122-36 du Code de la santé publique, l'opération autorisée à l'article 1^{er} devra avoir fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et être réalisée dans un délai de quatre ans à compter de la notification de la présente décision.

ARTICLE 4 : En application de l'article R. 6122-37 du Code de la santé publique, lorsque le titulaire de l'autorisation met en œuvre les activités de soins de médecine et SSR sous forme d'hospitalisation à temps partiel de jour, il en fait sans délai la déclaration à la directrice générale de l'ARS.

ARTICLE 5 : Conformément aux dispositions des articles L. 6122-4 et D. 6122-38 du Code de la santé publique, une visite de conformité doit être réalisée au plus tard six mois après la mise en œuvre des activités de soins précitées. Le défaut de conformité peut donner lieu à l'application des mesures prévues à l'article L. 6122-13 du Code de santé publique.

ARTICLE 6 : Conformément aux dispositions des articles L. 6122-8 et R. 6122-37 du Code de la Santé Publique, la durée de validité de l'autorisation prévue à l'article 1 est fixée à 5 ans. Cette durée de validité est comptée à partir de la date de réception à l'ARS de la déclaration par le titulaire de l'autorisation, de la mise en œuvre des activités de soins de médecine et SSR sous forme d'hospitalisation à temps partiel de jour.

ARTICLE 7 : En application des articles L. 6122-10 et R. 6122-32-2 du Code de la Santé Publique, le promoteur devra adresser les résultats de l'évaluation concernée par la présente autorisation au plus tard 14 mois avant la date d'échéance des autorisations (déterminée par la date de réception de la déclaration de la mise en œuvre des deux activités de soins).

ARTICLE 8 : En application de l'article L. 6122-5 du Code de la Santé Publique, l'autorisation est subordonnée au respect d'engagements relatifs d'une part aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité, et d'autre part à la réalisation d'une évaluation dans les conditions fixées par les articles R. 6122-23 et R. 6122-24 et R. 6122-32-2 du Code de santé publique.

Références bibliographiques

1. RAULT J.F. Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2016. Conseil national de l'ordre des médecins.
2. Site : <http://demographie.medecin.fr>. Cartographie interactive de la démographie médicale du Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins, données au 1^{er} janvier 2016.
3. Rapport de démographie de la commune de Neufchâtel en Bray (76462), dossier complet. INSEE.
4. Décret n° 2014-266 du 27 février 2014 portant délimitation des cantons dans le département de la Seine-Maritime. JORF n°0051 du 1 mars 2014 page 3998, texte n° 26.
5. Site : https://fr.wikipedia.org/wiki/Canton_de_Neufchatel-en-Bray. Population et redécoupage du Canton de Neufchâtel en Bray.
6. Site : www.ars.sante.fr avec son lien Cartos@nté.
7. Site : www.ars.santé.fr avec son lien Catos@nté où s'installer en libéral en 1 Clic ou directement à l'adresse <http://cartosante.atlasante.fr>.
8. Rapport de démographie de la France métropolitaine, dossier complet. INSEE.
9. SERMENT C. et KHLAT M. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique - 2004 - 52 : 465-474.
10. Rapport de démographie de la Seine maritime et de Rouen, dossiers complets. INSEE.
11. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184.
12. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016 texte n°1.
13. Projet Régional de Santé de Haute Normandie 2012-2017. Agence Régionale de Santé de Haute Normandie.
14. Schéma Régional d'Organisation des Soins de Haute Normandie 2012-2017 (inclus dans le Projet régional de Santé). Agence Régionale de Santé de Haute Normandie.

15. Rapport d'information n°2392 de l'assemblée nationale, enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 27/11/2014 et présenté par le député MORANGE P. déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale et sur le transport des patients.
16. GUILLERME C. Organisation de la médecine générale pour la prise en charge des urgences dans le pays de Neufchâtel en Bray. Thèse d'exercice de médecine. Rouen, 2005.
17. GRENIER PIMONT A.S. Création de maisons médicales pluridisciplinaires. Quelles difficultés ? Illustration par le projet de Neufchâtel en Bray. Thèse d'exercice de médecine. Rouen, 2010.
18. Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement. JORF n°0119 du 24 mai 2016 texte n° 23.
19. Site : <http://centrehospitalierfernandlanglois.fr>. Hôpital local de Neufchâtel Fernand Langlois.
20. Rapport de l'ARS Haute Normandie de février 2015, La stratégie régionale des réseaux de santé en Haute-Normandie.
21. Site : <http://www.reseau-rsp.org>. Site internet de la maison des réseaux de santé du territoire du havre.
22. Site : <http://etp-hn.webnode.fr/neufchatel-en-bray-maison-pluridisciplinaire>. Education thérapeutique du patient et diabète en Haute-Normandie. Instance Régionale d'Education et Promotion de la Santé Haute-Normandie.
23. Instruction N° DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « collège des financeurs. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droites des femmes, Direction de la sécurité sociale, bureau des relations avec les professionnels de santé.
24. Guide méthodologique : Amélioration de la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé ? Ministère de la santé, Direction générale de l'offre de soins. Octobre 2012.
25. Rapport du HCAAM, L'avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012, sous la présidence de monsieur Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat.

26. Avis du HCAAM, Vieillesse, longévité et assurance maladie, constats et orientations. Adopté à l'unanimité le 22 avril 2010.
27. Rapport du HCAAM, L'avenir de l'assurance maladie : l'urgence d'un redressement par la qualité. Adopté le 23 janvier 2004 sous la présidence de monsieur Bertrand FRAGONARD, président de chambre à la Cour des comptes.
28. Décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé. JORF n°0175 du 31 juillet 2010 page 14182, texte n° 27.
29. Vadémécum sur la loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et Ministère de la santé et des sports.
30. Communiqué de presse du Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris le 29 mars 2016 : Groupements hospitaliers de territoires (GHT) : Marisol TOURAINE a reçu l'Association des maires de France (AMF). Ministère des affaires sociales et de la santé.
31. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF n°190 du 17 août 2004 page 14598 texte n° 2.
32. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. JORF n°0155 du 5 juillet 2016 texte n° 20.
33. FRANCOIS P. et al. Etude d'image, le CHU de Grenoble vu par les médecins généralistes. Préparation du projet d'établissement 2011-2018 du CHU de Grenoble. Etude réalisée par l'unité de qualité et d'évaluation médicale.
34. MANDIN F. Etude des relations entre médecine libérale et hospitalière, exemple de Montaigu. Thèse d'exercice de médecine. Nantes, 2007.
35. HUBERT G. La circulation de l'information médicale, évaluation du lien complexe ville-hôpital. Thèse d'exercice de Médecine. Paris 13, 2006.
36. Site [https://fr.wikipedia.org/wiki/Dieppe_\(Seine-Maritime\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Dieppe_(Seine-Maritime)) et https://fr.wikipedia.org/wiki/Canton_de_Dieppe-1 puis [Canton_de_Dieppe-2](https://fr.wikipedia.org/wiki/Canton_de_Dieppe-2). Population et redécoupage du canton de Dieppe.
37. Rapport de démographie de la commune de Dieppe (76217), dossier complet. INSEE.
38. Rapport de démographie de la commune de Soissons (02722), dossier complet. INSEE.

39. Site : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Soissons puis](https://fr.wikipedia.org/wiki/Soissons_puis)
https://fr.wikipedia.org/wiki/Canton_de_Soissons-1 et [Canton_de_Soissons-2](https://fr.wikipedia.org/wiki/Canton_de_Soissons-2).
Population et redécoupage du canton de Soissons.
40. SIMON P. et ACKER D. Rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins. Ministère de la Santé et des Sports, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Novembre 2008.
41. Recommandation HAS juin 2007 : Education Thérapeutique du Patient : Définition, finalité et organisation.
42. Recommandation HAS juin 2007 : Education Thérapeutique du Patient : Comment la proposer et la réaliser.
43. Schéma Régional de Prévention (SRP) de Haute Normandie 2012- 2017 (inclus dans le Projet Régional de Santé). ARS Haute Normandie.
44. Cahier des Charges et Cadres Référentiels pour la mise en œuvre de l'Education Thérapeutique du Patient dans le cadre de l'expérimentation PAERPA (Personnes Agées En risque de Perte d'Autonomie). Haute Autorité de Santé (HAS), juillet 2014 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa).
45. Rapport de l'Agence Régionale de Santé de Haute Normandie en ligne n°6 avril 2013 : l'éducation thérapeutique du patient en haute Normandie (<http://www.ars.normandie.sante.fr/155217.0.html>).
46. Instruction N°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Ministère de la santé et des sports, Direction générale de l'offre de soins.
47. Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. JORF n°0048 du 26 février 2009 page 3314, texte n° 29.
48. Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. JORF n°0296 du 22 décembre 2015 page 23635, texte n° 1.
49. Recommandations de bonne pratique : Interruption Volontaire de Grossesse par méthode médicamenteuse. HAS décembre 2010.

50. WARBURTON D.E, NICOL C.W, BREDIN S.S, Health benefits og physical activity : the evidence. CMAJ - 2006 – 174(6) : 801-9.
51. BERTIN J. Evaluation de l'adhésion et de l'efficacité à 6 mois d'un protocole court d'activité physique adaptée dans la prise en charge d'une population de femmes atteintes d'un cancer du sein. Mémoire pour le DESC de médecine. Rouen, 2014.
52. Site : <http://www.becquerel.fr/wp-content/uploads/2015/12/apa.pdf>. Les séances d'activité physique adapté, brochure explicative.
53. ROUDESLI M. et BERTIN J. Pathologie chronique et activité physique : le sport sur ordonnance ! Le Magazine de l'Institut Régional de Médecine du Sport de Haute Normandie - déc. 2015 - 10 : 4-5.
54. FOLLIN J, ROCHELLE S. et DEMARAIS M.N. Horizon 2030, perspectives démographiques de la Haute Normandie. INSEE, novembre 2002.
55. BLANPAIN N. et CHARDON O. Projection de population à l'horizon 2060 (en France). INSEE, division Enquêtes et études démographiques, octobre 2010.
56. LECROART A, FROMENT O, MARBOT C. et ROY D. Projection des populations âgées dépendantes, deux méthodes d'estimation. Dossiers Solidarité et Santé - septembre 2013 - n°43. DREES, INSEE, Ministère de l'Économie et des Finances, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social.
57. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. JORF n°0301 du 29 décembre 2015, page 24268, texte n° 1.
58. Baromètre d'opinion de la DRESS, sur la santé, la protection sociale et les inégalités, principaux enseignements de l'enquête 2013, janvier 2014.
59. FRAGONARD B. Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées - Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, juin 2011. Page 85.
60. RICCI P. BLOTIERE P.O., WEILL A., SIMON D., TUPPIN P., RICORDEAU P., ALLEMAND H. Diabète traité, quelle évolution entre 2000 et 2009. BEH - novembre 2010 - (42-43) : 425.
61. Site : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques>. Site de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS). Lien « Prévalence et l'incidence du diabète » et lien « mortalité liée au diabète ».

62. FOSSE-EDORH S., MANDEREAU-BRUNO L. et REGNAULT N. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives. BEH - novembre 2015 - (34-35) : 619.
63. Collège universitaire des enseignants de néphrologie, Item 233 Néphropathie diabétique.
64. Données de prévalence du diabète traité par département/région en 2013. Référence bibliographique n°61, lien prévalence et incidence du diabète puis lien vers tableau Excel.
65. FAGOT-CAMPAGNA A. ROMON I. FOSSE S. ROUDIER C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France - Synthèse épidémiologique. INVS, novembre 2010.
66. FOSSE-EDORH S. MANDEREAU-BRUNO L. Suivi des examens recommandés dans la surveillance du diabète, en France, en 2013. BEH - novembre 2015 - (34-35) : 645-54.
67. Recommandation HAS 2013 : Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2.
68. Polycopié des enseignants en Endocrinologie, Diabétologie et Maladies métaboliques (2^{ème} édition 2011), item 233, Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte, complications. Société Française d'Endocrinologie (SFEndocrino.org).
69. Guide parcours de soins, diabète de type 2 de l'adulte, Haute Autorité de Santé, mars 2014. Page 37.

Résumé

L'amélioration de l'offre de soins de proximité et le développement du soin ambulatoire sont deux priorités de la politique de santé qui convergent vers l'élaboration de structures d'hospitalisation de jour. Ces dernières lorsqu'elles sont ouvertes à la médecine libérale facilitent la collaboration ville/hôpital qui occupe une place centrale dans la coordination des soins autour du patient. Les acteurs du soin, médecins généralistes et direction de l'hôpital de proximité de Neufchâtel en Bray, fort d'une collaboration ville/hôpital ancienne, ont souhaité la mise en place d'un hôpital de jour pluridisciplinaire.

Ce travail décrit l'élaboration du projet et les différentes étapes nécessaires à sa mise en place. Un groupe d'étude a été constitué afin de développer le projet, impliquant principalement deux médecins généralistes de la maison de santé locale particulièrement impliqués dans la collaboration avec l'hôpital, la directrice et le gériatre de l'hôpital. L'hôpital de jour sera implanté au sein de l'hôpital de Neufchâtel après réorganisation de locaux existants, et comportera à l'ouverture quatre lits (deux de médecine et deux de soins de suite et rééducation). La coordination sera assumée en collaboration par le gériatre de l'hôpital et les médecins généralistes impliqués. Les prises en charge seront pluridisciplinaires associant une prise en charge médicale, paramédicale et médico-sociale, par redistribution ou création de postes de travail, mais sans budget spécifique supplémentaire alloué par la région dans un premier temps. Une évaluation de l'activité prévisible au démarrage a été réalisée par questionnaire auprès des médecins du canton et en tenant compte de l'expérience de structures de jour pluridisciplinaires existantes. Les protocoles retenus, en tenant compte des moyens disponibles et des besoins prioritaires pour l'ouverture sont de nature gériatrique. L'objectif étant d'élargir les protocoles à d'autres domaines en particulier celui du diabète et en s'appuyant sur le développement des consultations spécialisées avancées et de la télémédecine. L'autorisation officielle d'ouverture de l'hôpital de jour a été délivrée par l'ARS le 29 avril 2016 et le démarrage de l'activité est prévu au premier trimestre 2017.

En conclusion, ce travail montre qu'il est possible de mettre en place une structure de soins ambulatoire pluridisciplinaire dans un centre de proximité afin de développer l'offre de soins par une collaboration ville/hôpital. Cette dernière permet d'assurer la continuité des soins, en réponse aux besoins sanitaires, en plaçant le médecin généraliste comme acteur du projet au sein de l'hôpital.

Mots Clés

Hôpital de jour, Neufchâtel en Bray, collaboration ville/hôpital.