

SNM NEWS

CONTINUITÉ DES SOINS ET MULTIDISCIPLINARITÉ

Numéro 91 | Automne 2017 | Bulletin officiel de la Société neuchâteloise de médecine



PLURIDISCIPLINARITÉ

Le présent numéro est consacré à la pluridisciplinarité. C'est un sujet à la mode, n'est-ce pas ? Mais finalement qu'est ce que cela veut dire concrètement et quel est son impact sur les soins prodigués aux patients ?

La définition de Wikipédia est pour le moins claire :

« La pluridisciplinarité (ou multidisciplinarité), selon une conception de premier niveau, consiste à aborder un objet d'étude selon les différents points de vue de la juxtaposition de regards spécialisés. Il s'agit ainsi de faire coexister (que ce soit consciemment ou non) le travail de plusieurs disciplines à un même objet / sujet d'étude. L'objectif de la pluridisciplinarité est ainsi d'utiliser la complémentarité intrinsèque des disciplines pour la résolution d'un problème. »

Si l'on calque cette définition à la prise en charge des patients, cela modifie totalement la notion que nous avons de l'équipe soignante. Jusqu'à présent, en tout cas, c'est ce qu'il me semble avoir appris dans mes études ; le médecin semblait être au sommet d'une vision pyramidale de la continuité des soins. Cela a été le fonctionnement des équipes hospitalières pendant très longtemps, ainsi que de la médecine ambulatoire.

Aujourd'hui cela ne semble plus être le cas, on se dirige de plus en plus vers une organisation transversale voire elliptique avec au centre le patient et tout autour les prestataires de soins parmi lesquels le médecin traitant et a fortiori le médecin spécialiste. Il est ainsi possible d'intégrer au processus décisionnel, la perception de la situation par l'angle de tous les intervenants bien évidemment pour le bien du patient dans le souci d'exploiter au mieux la complémentarité des disciplines présentes.

Cela signifie qu'en tant que médecins nous allons devoir accepter de ne plus veiller sans partage aux destinées de nos patients. C'est probablement mieux ainsi. Il ne faudrait pas cependant que la responsabilité de la prise en charge et des décisions prises soit diluée par ce mode de faire. Il serait souhaitable tout de même qu'un membre de l'équipe pluri-disciplinaire soit, in fine, le garant de cette responsabilité tant auprès du patient que des instances qui financent le système.

Dans certains modèles à l'étranger, ce rôle est dévolu à des super-infirmiers (-ères), semble-t-il pour pallier au manque de médecins généralistes et ainsi diminuer leur charge de travail. En Suisse aussi, on voit déjà pointer à l'horizon toute une série d'initiatives parlementaires allant dans ce sens. Personnellement, même si je suis convaincu de la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, je ne peux m'empêcher d'y voir l'influence de considérations purement économiques. C'est-à-dire de faire faire le travail des médecins à moindre coût par d'autres prestataires de soins.

Je crois fermement que le médecin de premiers recours doit rester la personne de référence et garder la vision d'ensemble de la situation de ses patients. Par contre, il serait souhaitable qu'il puisse être épaulé dans les tâches administratives de suivi par une personne de référence (assistante sociale, infirmière spécialisée en gestion de cas, voire même les assistantes médicales avec une formation adéquate). Reste à savoir de quelle manière le travail fourni par cette personne serait rémunéré et plus particulièrement remboursé.

En résumé, pluri-disciplinarité oui, mais surtout complémentarité pour garantir des soins de qualité à nos patients.

Je vous souhaite une bonne lecture.

THÈME DU PROCHAIN NUMÉRO

LA PSYCHIATRIE

Remise des textes : Vendredi 15 décembre

03 |

Billet du président

04 > 07 |

Continuité des soins et multidisciplinarité

08 > 10 |

La continuité des soins, un concept clé pour assurer qualité et sécurité

12 > 13 |

La continuité de soins, un enjeu à tous les niveaux et surtout... Un enjeu commun !

14 |

ERGOMAD-NE ou comment développer les soins spécialisés en ergothérapie et de réadaptation à domicile ?

15 |

Communiqué GT H+H

18 > 19 |

L'AROSS, un projet collaboratif au service du « travailler ensemble ».

20 > 21 |

Interdisciplinarité et continuité des soins, l'exemple de la Ligue pulmonaire neuchâteloise.

25 |

Une volonté clinique simple, en apparence

26 > 27 |

A propos de Pro Senectute Arc Jurassien

28 |

Docteur, j'ai besoin d'un certificat médical

29 |

Reprise du travail en bonnes conditions

30 > 31 |

Calendrier médical du canton de Neuchâtel

Crédit photographique : @istockphotos.com



ADMED

Analyses et Diagnostics Médicaux

Un partenariat de proximité qui allie rapidité et qualité

Laboratoires de chimie clinique et hématologie: La Chaux-de-Fonds: 032 967 23 71 Neuchâtel: 032 713 41 82

Microbiologie: 032 967 21 01 **Pathologie:** 032 720 00 50 **Centrale d'appel pour les transports:** 032 967 20 33

www.admed.ch

« Introduction »

La continuité des soins et la multidisciplinarité, appelée également « les soins coordonnés », est définie comme l'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients sur toute la chaîne de traitement et nécessite une coordination et intégration de l'ensemble des intervenants tout au long du processus de la prise en charge du patient.

Dans ce cadre un parcours de santé « réussi » des patients souffrant de maladies chroniques ou de dépendances liées à l'âge résulte de la délivrance de prestations sanitaires et sociales coordonnées garantissant la continuité des soins et, par la même, la maîtrise des dépenses y relatives.

La mise en œuvre de ce système demande des coopérations complexes impliquant l'investissement des professionnels de santé directement concernés et, en particulier, le médecin traitant.

Il est donc nécessaire de repenser l'organisation des soins primaires de façon à disposer de réseaux d'action collective (intégration des différents professionnels et différentes institutions) qui permettent la continuité par mutualisation et décloisonnement.

Ces réseaux fondés sur un projet médical explicite peuvent fournir les outils de gestion, les systèmes d'information et de communication ainsi que les personnes compétentes pour les faire fonctionner.

Pour être cohérents, ces parcours de santé doivent pouvoir être délivrés au sein d'un territoire de proximité de taille moyenne au sein duquel les différents partenaires disposent des liens contractuels formels ainsi que des outils communs performants de transfert de l'action médicale. Ces éléments définissent un réseau de santé de proximité.

L'ensemble des réseaux de santé offrent des prestations et services similaires dans différents domaines (diabète, soins palliatifs, ...) et constitue une force de proposition et d'action pour la mise en œuvre de la politique de santé cantonale.

« Réseau de santé de proximité »

Le médecin de premier recours doit jouer un rôle central dans le dispositif et être garant d'une relation de proximité avec le patient et son entourage ainsi que pour le suivi sur une longue période.

Bien que le rôle central du médecin de famille dans la coordination des différents intervenants ainsi que des différents prescripteurs « spécialistes » reste indéniable, la qualité de la prise en charge dépendra toujours davantage des liens et des informations obtenus développés au sein des réseaux.

Par ailleurs, un formidable potentiel d'optimisation réside dans l'usage dynamique et volontaire des outils informatiques partagés. A titre d'exemple, le canton de Vaud mène deux projets pilotes, « Mon traitement sécurisé » dans le Réseau de Santé Nord Broye et « Suivi de santé » du Réseau Santé Haut-Léman.

« Le dossier électronique du patient (DEP) »

Cette future plateforme informatique cantonale va rendre, on l'espère, les données médicales accessibles avec possibilité de les transférer sur le dossier électronique du médecin ou soignant en charge du patient. Si le médecin ou soignant en charge remplace le médecin traitant ou soignant absent, il pourra transférer ses données sur la plateforme pour les rendre visibles au médecin traitant ou soignant à son retour.

Cette thématique a été largement discutée dans le SNM-News 89 consacré à la Cybersanté.

« Réalités »

L'enquête des Soins intégrés en Suisse¹ effectuée en 2015-2016) a permis de mettre en évidence quelques informations statistiques clés devant être tenues en compte dans le fonctionnement des Réseaux de Santé.

- **Taux de personnes âgées en augmentation** : en Suisse, le taux de personnes de 65 ans ou plus, actuellement estimé à 18 %, évoluera à >27 % en 2040. Au sein de ce groupe, c'est le taux de personnes très âgées (80 ans et au-delà) qui augmentera le plus, passant d'environ 28 % à 36 % d'ici 2040.

- **Augmentation des maladies chroniques avec l'âge** : chez les personnes âgées et > 75 ans, le risque de maladie cardio-vasculaire reste élevé et dépasse 30 % parmi lesquels 12 % seraient victimes d'un accident vasculaire cérébral. Le diabète et l'arthrose font aussi partie des maladies irréversibles et assez répandues dans ce groupe d'âge.

- **Affections multiples (polymorbidités)** : l'Observatoire suisse de la santé indique qu'environ 13 % des personnes parmi les 50-64 ans souffrent de deux maladies chroniques ou plus. Ce chiffre passe à environ 25 % chez les 65-79 ans et à 41 % chez les plus de 80 ans.

- **Recours aux prestations de soins plus fréquent chez les personnes souffrant de maladies chroniques ou d'affections multiples** : sur la base des données de l'enquête suisse sur la santé (2012), un groupe « d'utilisateurs intensifs » (4 % de la population) a pu être identifié. Dans ce groupe, 70 % des individus font état d'une maladie chronique ou d'un handicap. Ils vont plus souvent chez le médecin (19x/an) ou le spécialiste (33x/an), consomment plus de médicaments (1,5/jour) et sont hospitalisés plus longtemps (13 jours/an).

- **Coûts élevés liés aux maladies chroniques** : Les personnes âgées et les patients atteints de maladies chroniques (multiples) seront plus nombreux à l'avenir. Grâce aux avancées technologiques médicales, les possibilités de traitement se développeront encore davantage et les personnes gravement malades survivront plus longtemps.

De ce fait, le niveau des exigences en matière de coordination des traitements doit continuer à progresser afin d'éviter la multiplicité des traitements et des coûts inutiles.

« Soins coordonnés »

Le projet « Soins coordonnés » de la Confédération a pour but d'améliorer la coordination des soins pour les groupes de patients qui recourent à des prestations de santé à la fois nombreuses, variées et coûteuses ; il s'agit là des 10 % des assurés qui bénéficient, à eux tous, de 70 à 80 % des prestations.

Le projet vise à répertorier et à renforcer les activités déjà menées pour promouvoir la coordination des soins dans le cadre des stratégies et des mesures existantes de Santé 2020 telles que les soins palliatifs, la démence ou la prévention des maladies non transmissibles.

Par ailleurs, le projet va évaluer et, le cas échéant, améliorer les conditions cadres des soins coordonnés, principalement dans les domaines du financement, de la formation et du dossier électronique du patient.

« Initiatives de soins intégrés en Suisse »

Selon Obsan 2017², environ 155 initiatives de soins intégrés sont répertoriées en Suisse. Les structures des différentes initiatives ne sont toutefois pas identiques mais tiennent compte, de manière générale des éléments suivants :

- **Formalisation** des principes d'intégration, par contrat écrit, accord verbal ou mandat de prestation attribuée par une institution publique entre deux ou plusieurs structures de soins.

- **Intégration d'au moins deux niveaux de services de santé** tels que : santé communautaire, soins de santé primaires dispensés par le corps médical ou par des soignants non-médecins, soins ambulatoires spécialisés dispensés par des médecins et/ou non-médecins spécialisés, structure hospitalière, soins à domicile, etc.

- **Participation et implication des différents groupes de professionnels de santé** tels que : médecins généralistes/spécialistes 91%, infirmiers(ères) 87%, pharmaciens(ennes) 25%, services sociaux 43%, physiothérapeutes/diététiciens(ennes/podologues/ergothérapeutes 45%, assistantes médicales 27%, services sociaux 43%, bénévoles et proches aidants 31%.

« Structure des initiatives »

CENTRES DE SANTÉ

Initiatives regroupant, sous une même gouvernance, plusieurs structures et niveaux de prestations de soins: premier recours, soins ambulatoires spécialisés, soins de transition et/ou de longue durée.

RÉSEAUX DE MÉDECINS

Réseaux de médecins généralistes et spécialistes travaillant selon guidelines et des cercles de qualité.

SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

Initiatives ciblant les pathologies psychiatriques ou la santé mentale de manière plus générale.

GROUPES CIBLES SPÉCIFIQUES

Initiatives ciblant une ou des pathologies somatiques spécifiques ou groupes de pathologies somatiques

MÉDICAMENTS

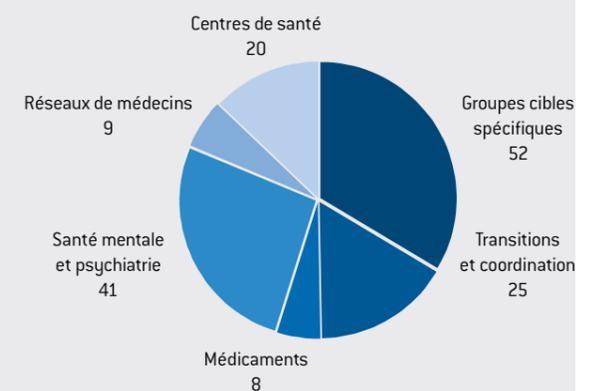
Initiatives dont l'objectif principal est la gestion des médicaments et/ou du traitement.

TRANSITION ET COORDINATION

Initiatives centrées principalement sur des activités de coordination entre structures/niveaux de santé différents, de plaque tournante (Drehscheibe en allemand), d'information/redirection dans le système de santé en collaboration avec les acteurs déjà présents dans les situations, de case/care management formalisé, ou encore de promotion/valorisation du travail en équipe interprofessionnelle/interinstitutionnelle.

La figure 1 ci-dessous représente la répartition des différentes catégories d'initiatives.

Figure 1 : Répartition des catégories, Obsan 2016





Cette motivation est également à l'origine de la création de divers centres médicaux, policliniques et/ou cabinets de groupes dont certains développés sur la base de modèles vus et existants en dehors de nos frontières cantonales. En effet, il est extrêmement important de se coordonner non seulement à proximité et dans le canton mais également de garder une collaboration avec les initiatives au niveau suisse.

C'est également dans cette optique que l'Association Romande des Centres Médicaux a été récemment mise sur pied afin de coordonner les différentes initiatives et de profiter des expériences et des particularités de chacun dans le but d'améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge de nos patients.

Il faut penser positif et travailler à défendre notre excellent système de santé qui fait partie du top cinq mondial (European Health Consumer Index) tout en améliorant son efficacité économique.

Seule une approche intégrée s'avèrera payante et doit être défendue par l'ensemble des soignants afin de résister au mieux face aux injonctions politico-économiques pas toujours très inspirées.

« Objectifs des initiatives »

- 1 | Réduire les événements indésirables et les coûts
- 2 | Améliorer la satisfaction des patients ou des proches
- 3 | Renforcer l'implication des patients ou des proches
- 4 | Renforcer les compétences des professionnels
- 5 | Améliorer l'état fonctionnel / prévenir / réduire les handicaps fonctionnels
- 6 | Améliorer la satisfaction au travail des professionnels de santé

« Prestations offertes »

Les prestations proposées aux patients permet de distinguer les quatre catégories les plus fréquentes :

- 1 | **Les soins ambulatoires** : près de deux tiers des initiatives proposent des soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin ; les soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin sont offerts dans la moitié des cas, alors que la médecine de premier recours est proposée dans un peu moins de la moitié des initiatives, à égalité avec les soins à domicile.
- 2 | **Les prestations de promotion de la santé et de prévention des maladies** : disponibles dans plus de la moitié des initiatives.
- 3 | **Les prestations de coordination** : plus de la moitié des initiatives disposent d'un professionnel spécifiquement désigné pour effectuer la coordination ; par ailleurs, un peu moins de la moitié des initiatives proposent du case/care management et/ou une gestion des traitements médicamenteux ; seules un cinquième des initiatives offrent du disease management.
- 4 | **L'enseignement thérapeutique et/ou le soutien à l'autogestion** : proposés par la moitié des initiatives.

« Implication des patients »

La grande majorité des initiatives mettent des **documents d'information** à disposition de leurs patients et promeuvent également **leur participation active** dans la prise de décision et de l'**élaboration du plan de soins ou de traitement**.

« Systèmes d'information »

Parmi les systèmes d'information utilisés dans le cadre des initiatives³, on distingue trois grandes catégories :

- **le dossier électronique du patient**, utilisé dans 3/4 des initiatives ;
- **les systèmes de communication entre prestataires de soins** : près de 2/3 des initiatives disposent d'outils permettant des échanges entre prestataires ;
- **les outils d'échange entre les patients et les prestataires** : près de la moitié des initiatives mettent à disposition des patients les contacts électroniques des prestataires. Près d'un quart permettent les échanges informatisés (dont cinq systèmes information électronique différents) entre les patients et les prestataires de soins et que seuls 10% n'en utilisent aucun.

« Résultats »

Les principaux objectifs des initiatives visent, dans une grande majorité de cas un renforcement de la coordination et de l'intégration, la réduction des événements indésirables et des coûts, à l'amélioration de la satisfaction des patients et des proches aidant. Ce sont des objectifs qui sont atteints avec une efficacité variable selon les catégories d'initiatives.

Par exemple le renforcement des compétences des professionnels est ciblé dans près de 90% des initiatives des « Réseaux de médecins » alors qu'il n'est ciblé que par moins d'un quart des initiatives « Transitions et coordination ».

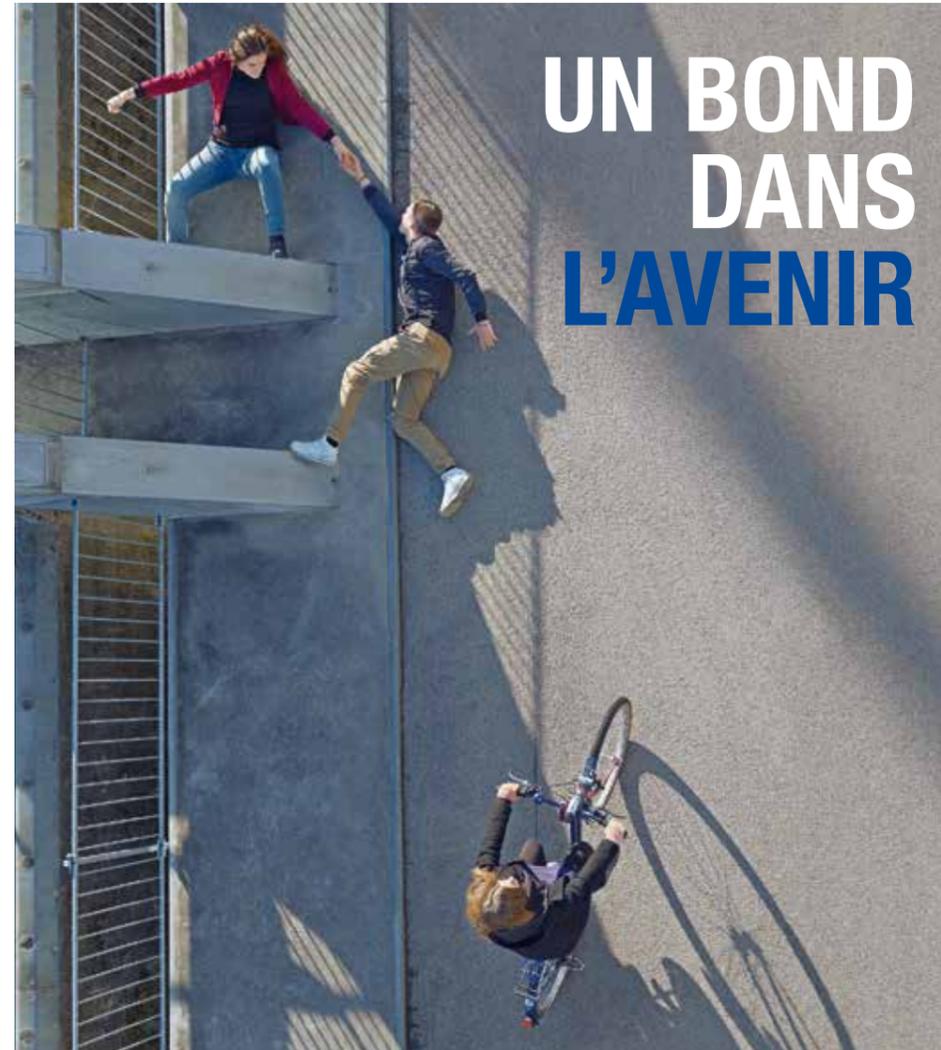
Les perceptions des responsables des initiatives suggèrent que les acteurs ne rencontrent pas de problèmes majeurs en termes de collaboration entre les prestataires impliqués. Toutefois une majorité de répondants estiment que le financement et le système d'indemnisation actuels, ainsi que le manque de temps des professionnels font obstacle à une démarche de soins intégrés centrée sur le patient.

« Conclusions »

En reprenant cette enquête il me semble très intéressant de relever que notre canton dispose de toutes les compétences professionnelles réunies, les structures existantes, des initiatives d'intégration et une mise en place prochaine d'outils informatiques.

Il est important de souligner qu'actuellement et comme on le découvre dans ce numéro du SNM News, de nombreuses initiatives ambulatoires friandes de collaborations coordonnées et soutenant la médecine de premiers recours sont en cours dans notre canton.

- 1 | Séverine Schussellé Fillietaz, Dimitri Kohler, Peter Berchtold, Isabelle Peytremann-Bridevaux | ©Obsan 2016
- 2 | Obsan 2017
- 3 | Soins intégrés : comment accompagner un changement de culture ? Rev. Med. Suisse 2010
- 4 | Politique de santé suisse. Les réseaux de soins intégrés (2012) Sandrine Motamed, HUG



UN BOND DANS L'AVENIR

Nouvelles perspectives

Avec la Caisse des Médecins, la maîtrise du dossier médical informatisé et de l'agenda est non seulement simple mais également économique. N'hésitez plus à appeler la Caisse des Médecins.

La Caisse des Médecins : une coopérative à vos côtés

Conseils + services + logiciels + formation = Caisse des Médecins



Ä K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Caisse des Médecins
Société coopérative · Agence Neuchâtel
Av. des Champs-Montants 16C
Case postale · 2074 Marin
Tél. 032 752 35 52 · Fax 032 752 35 59
www.caisse-des-medecins.ch
neuchatel@caisse-des-medecins.ch

LA CONTINUITÉ DES SOINS, UN CONCEPT CLÉ POUR ASSURER QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Direction des soins | Hôpital neuchâtelois



La continuité des soins est un concept clé permettant de renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est une des préoccupations majeures des centres de soins. Les soignants médicaux et paramédicaux, quel que soit leur rôle, sont responsables de cet idéal recherché.

Qu'est-ce que la continuité des soins ? Il s'agit de la façon selon laquelle un patient perçoit la série de services qu'il reçoit : ceux-ci sont-ils connexes, cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle ? Elle peut donc être définie comme la cohérence et l'utilité de l'ensemble des services et traitements dispensés au patient au cours de son parcours de soins, avant, pendant, et après son passage à l'hôpital.

De nombreuses évolutions complexifient ce processus de continuité des soins, parmi lesquelles :

- L'évolution démographique, avec vieillissement de la population, synonyme de fragilité, dépendances, polymorbidité, chronicité des pathologies, déclin sensoriels, troubles cognitifs, polymédication.

- La réforme du système hospitalier : diminution des durées moyennes de séjour, entrée en vigueur des swiss DRG, obligation de gestion efficiente avec appréciation globale du rapport coût-bénéfice...

- L'évolution des technologies médicales...

Ces évolutions induisent un changement de paradigme socio-sanaire. Mettre en œuvre la continuité des soins nécessite une réflexion transversale qui va au-delà des barrières institutionnelles.

L'Hôpital neuchâtelois est soucieux de poursuivre le développement et l'amélioration du parcours du patient et d'assurer ainsi une continuité de prise en charge optimale et efficiente. C'est pourquoi ont été développées :

« En externe »

- Une collaboration étroite avec le Centre d'Urgences Psychiatrique et le Centre Neuchâtelois de Psychiatrie.

- La création d'une Voie Verte aux urgences, en collaboration avec les médecins externes.

- La collaboration avec NOMAD sur un projet de réactivité, incluant la création et l'utilisation d'un document médico-social de transmission (DMST) permettant la continuité des soins après la sortie de l'hôpital.

- La collaboration avec AROSS (Association Réseau Orientation Santé Social), acteurs du réseau de la santé et du domaine social du haut du canton de Neuchâtel.

« En interne »

- La création du dossier patient informatisé (SIC), qui permet un suivi du patient quel que soit son lieu d'affectation au sein de l'hôpital neuchâtelois. Ce dossier permet à chaque professionnel d'avoir accès aux informations nécessaires à une prise en soins de qualité, optimale et sécuritaire des patients. Il leur donne la possibilité d'y consigner toutes les informations pertinentes en termes de diagnostics, d'exams, de résultats, d'évaluations, d'observations etc., effectués durant son séjour à l'hôpital. Ces informations pourront être, par le biais des DMST, transmises aux professionnels qui prendront le relai de la prise en charge des patients.

- La création de nouvelles fonctions favorisant l'itinéraire du patient, et de ce fait, la continuité des soins : cadres de flux, case managers, infirmière clinicienne chargée de l'évaluation gériatrique aux urgences.

- La mise en application de nouvelles technologies comme la dictée numérique, permettant aux médecins traitants de recevoir plus rapidement la lettre de sortie des patients.

Les différents professionnels de la santé travaillent souvent en solo, de façon cloisonnée. L'infirmier(ère) est la personne le plus en contact avec le patient, alors que les autres ne le voient que de manière sporadique. L'infirmier(ère) se trouve donc dans une position de rayonnement avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, il est au cœur de la réalité des soins. Son rôle est donc primordial :

- Il collabore avec l'équipe interdisciplinaire et coordonne les différents soins.

- C'est un leadership respectueux, une personne ressource qui synthétise les projets de soins.

- Il communique les informations essentielles à la qualité et à l'efficacité de la prise en charge et à la continuité des soins, à l'équipe interdisciplinaire, aux patients et familles.

- Il travaille en partenariat avec le patient, sa famille et l'équipe interdisciplinaire. Il met en œuvre la DSI (démarche de soins infirmiers) : il évalue les besoins du patient à l'aide d'un recueil d'informations, d'évaluations cliniques, il planifie les mesures de soins, les réalise et les évalue. Il informe le patient, le fait participer activement à sa prise en soins, le conseille de façon individualisée, entretient une relation de confiance et de respect avec lui.

- Il évalue les besoins en éducation thérapeutique du patient afin de concevoir avec lui un projet d'éducation thérapeutique.

- Il est soucieux du trajet du patient, qui recouvre la totalité de la durée du séjour, à savoir l'accueil, le séjour et la sortie. Il anticipe la

planification de la sortie des patients hospitalisés afin de permettre une meilleure construction et réalisation d'un programme de continuité des soins, quelle que soit la destination de sortie.

- Thérapeute, sa présence continue lui permet de prolonger et compléter les activités de tous les autres intervenants. Cela requiert une bonne connaissance du rôle de chacun.

- Il exécute des soins directs et indirects, c'est-à-dire des soins relatifs à l'hygiène, l'alimentation, l'élimination ainsi que différents actes techniques plus ou moins complexes.

- Il accompagne les familles et patients dans leur processus de deuil, de transition, il apporte soutien et identifie des stratégies de coping.

Le service infirmier, qu'il soit de soins aigus ou de réadaptation, en raison de sa position centrale et prédominante auprès des patients et d'interface entre les patients et le système médico-administratif, est particulièrement impliqué. Même si les décisions ne sont pas toutes prises à ce niveau, le service infirmier est toujours concerné et permet une continuité et donc une qualité des soins.

Karim Mekdade

Par ailleurs divers services de l'HNE sont également et directement impliqués dans le maintien de la continuité des soins et leurs rôles constituent un élément primordial dans le bon fonctionnement de cette multidisciplinarité :

« Service de l'ergothérapie »

L'ergothérapie est une profession intégrée dans l'équipe interdisciplinaire. Au sein de l'équipe interdisciplinaire, chaque professionnel apporte un regard différent et complémentaire sur le patient.

La démarche clinique en ergothérapie, vise à faciliter et à accompagner la réalisation du projet de vie de la personne ainsi qu'à optimiser le maintien, la récupération ou le développement des capacités nécessaires à ce projet.

Cette démarche s'appuie sur différentes interventions visant à réduire des limitations dans les activités quotidiennes, de loisirs ou professionnelles. Le recueil de donnée de l'ergothérapeute est holistique dans le sens où il rend compte non seulement des capacités du patient durant son séjour hospitalier mais également de ses habitudes de vie à domicile et de son environnement.

Comment, dès lors, l'intervention de l'ergothérapeute s'inscrit-elle dans la continuité des soins ?

Au sein du service d'ergothérapie HNE, le bilan de transmission accompagne le patient lors de son passage de soins aigus en soins de réadaptation. Cette transmission est rendue possible par l'harmonisation des outils d'évaluation et de règles rédactionnelles. Au sein de l'équipe interdisciplinaire, l'accès à des référentiels ou des procédures transversales favorisent également la continuité des soins.

Dans le cas où le patient est suivi à domicile par un service d'ergothérapie ambulatoire, un échange d'informations entre les deux services, à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation, assure la continuité de la thérapie. Un rapport de fin de traitement de réadaptation peut compléter la lettre de sortie rédigée par le médecin hospitalier et adressée au médecin traitant. Le rapport de l'évaluation à domicile, réalisé par l'ergothérapeute, est parfois intégré aux documents

qui suivent le patient afin que les soins à domicile en prennent connaissance. Cette pratique est encore à systématiser.

Au niveau intra hospitalier, au-delà de la transmission intra service, l'ergothérapeute participe activement au partage des informations récoltées auprès du patient, de sa famille ou des proches aidants au travers de colloques interdisciplinaires, d'information via l'outil informatique, de réseaux et d'échanges informels.

C'est dans cette interdisciplinarité que réside le secret de l'assurance de la notion de continuité des soins au sens large. Chaque professionnel s'engage à partager et coordonner ses actions afin de fluidifier les flux et de proposer au patient un parcours de soin au plus près de ses besoins.

Ainsi, la continuité des soins, pour exister, a besoin d'interdisciplinarité, de coordination et d'un regard holistique sur la personne, son quotidien, ses habitudes de vie et son environnement.

Anne-Christine Miaz

« Service de physiothérapie »

La physiothérapie a pour but d'améliorer la santé physique et de rétablir la motricité par des moyens physiques, et sans médicament. Elle est donc préconisée pour traiter des incapacités affectant les systèmes neurologique, sensoriel, moteur et cardiorespiratoire.

Le physiothérapeute intervient dès le début d'une hospitalisation ; il est soumis à une prescription médicale dans laquelle le médecin précise le diagnostic médical et spécifie les objectifs attendus du traitement (antalgie, réconditionnement, récupération motrice...).

Le physiothérapeute est libre dans le choix de ses techniques thérapeutiques en rapport avec le diagnostic et les objectifs fixés ; il établit son diagnostic physiothérapeutique et administre le traitement selon les principes de l'evidence based practice (pratique professionnelle basée sur les évidences).

En règle générale le patient hospitalisé en soins aigus poursuivra sa réadaptation soit en centre de traitement et réadaptation (CTR) ou en ambulatoire s'il peut rentrer à domicile. L'hôpital propose des suites de traitement ambulatoire pour toutes les pathologies y compris de la rééducation en piscine sur les trois sites principaux de l'HNE (Pourtalès, La Chau-de-Fonds, Val-de-Ruz).

L'hôpital neuchâtelois travaille en étroite collaboration avec les physiothérapeutes indépendants de la région ces derniers pouvant également se rendre au domicile du patient.

Un partenariat avec d'autres institutions se fait par exemple avec la Ligue pulmonaire neuchâteloise, la Ligue neuchâteloise contre le rhumatisme ou encore les Perce-Neiges dans différents domaines spécifiques.

L'objectif de ces différentes alternatives de poursuite de traitement est de garantir au patient une continuité dans la prise en charge et une transmission des informations concernant son traitement avec les physiothérapeutes qui prennent en charge le patient dans la suite de sa rééducation.

Pierre Colin



« Service social »

Le service social et liaison au HNE est représenté dans les soins aigus (Pourtalès et Chau-de-Fonds), la réadaptation (CTR du Locle et du Val-de-Ruz) et la Chrysalide par des assistantes sociales et des infirmières de liaison.

En préambule, les assistantes sociales gèrent avec le patient et la famille les démarches administratives en vue d'une convalescence, d'un placement, font des recherches de homes. Par ailleurs, elles organisent les retours à domicile nécessitant des soins, des repas, des moyens auxiliaires, de l'aide au ménage, etc... (en lien avec NOMAD, les infirmières indépendantes Nutradom, la Ligue contre le cancer, la Ligue pulmonaire, le SEREI...) en ayant à cœur d'optimiser la continuité des soins, en tenant compte de la dimension pluridisciplinaire. Sans oublier les situations plus complexes telles que les personnes sans assurances, sans papiers, sans domicile.

D'autres part, les infirmières de liaison, évaluent, analysent et coordonnent les transferts en réadaptation et gèrent les demandes, externes des hôpitaux périphériques, des médecins traitants extramuros. Au regard d'un paysage économique et sanitaire de plus en plus efficient, le flux de patients est plus rapide et demande beaucoup de réactivité.

Ces activités sont denses tant dans la singularité des situations rencontrées que dans la complexité et cela demande une expérience confirmée et des compétences avérées au sein du HNE et du réseau neuchâtelois.

Isabelle Groh Sobler

« Service de nutrition »

Garantir une qualité optimale des soins, c'est garantir la cohérence du projet de soins pour le patient, au sens large. Ceci implique une coordination entre les différents professionnels gravitant autour du patient, avec des évaluations spécifiques et un objectif commun posé en interdisciplinarité au sein de l'hôpital mais également en impliquant le réseau de santé dans le recueil et la transmission de données.

Les prises en charge des diététicien-nes s'inscrivent complètement dans ce processus. L'intervention est déclenchée par une prescription médicale.

L'expertise des diététiciens comprend la nutrition et la diététique, à savoir science de l'alimentation, avec la dimension de diétothérapie. Leur prise en charge est basée sur le processus de soins en nutrition, qui comporte l'évaluation, le diagnostic nutritionnel et l'intervention. Dans certains cas, un enseignement thérapeutique et/ou travail sur le comportement alimentaire est requis.

À l'Hôpital neuchâtelois, les diététicien-nes du service nutrition travaillent sur plusieurs axes, à savoir interviennent pour une prise en charge ponctuelle en lien avec une pathologie aiguë ou une prise en charge au long cours s'il s'agit d'une affection chronique (diabète, obésité, système cardio-respiratoire, allergies et intolérances, ...).

Les patients hospitalisés sont à risque nutritionnel, a fortiori s'ils sont âgés, et peuvent développer une dénutrition, pathologie en soit, impliquant une perte de poids, une diminution des forces, de la difficulté à se mobiliser, notamment.

Dans ce cas, la mise en place d'une assistance nutritionnelle est primordiale et contribue à maintenir ou restaurer l'état nutritionnel des patients, de réduire la durée du séjour à l'hôpital, de permettre de retrouver autonomie et capacité à se mobiliser.

La prise en charge globale implique d'anticiper la suite, que ce soit le transfert en réadaptation ou un autre établissement hospitalier ou lieu de vie, ainsi que le retour à domicile. Ceci permet d'organiser la continuité de la thérapie nutritionnelle prescrite dont les effets attendus peuvent prendre parfois plusieurs semaines, voire mois.

Un suivi nutritionnel ambulatoire est régulièrement organisé et assuré soit par les diététicien-nes de l'HNE, soit en partenariat avec le réseau, par les diététicien-nes exerçant en libéral ou affiliés à un HomeCare ou prestataires de soins.

L'objectif du réseau de soins intra et extra-hospitalier est de favoriser le maintien à domicile et les capacités fonctionnelles des patients. La mise en place d'un dépistage précoce des risques nutritionnels peut ou doit ainsi débiter en amont d'une hospitalisation et se prolonger au-delà, afin d'éviter les multi-hospitalisations.

Les transmissions et échanges de données entre les différents acteurs se font soit au travers de rapports écrits, oraux, dans des colloques interdisciplinaires ou colloques de réseau.

Une réflexion et un travail supplémentaire sur le flux d'informations et de données utiles à la prise en charge coordonnée du patient (outils informatiques et plateformes d'échanges) doit encore se développer pour optimiser cette continuité de soins.

Laurence Schwab



Le Centre médical de la Côte se tient au service de sa clientèle:
Du lundi au vendredi : 08h00 – 19h00 | Samedi et jours fériés : 09h00 – 15h00

Centre Médical de la Côte SA
14, rue du Petit-Berne | CH - 2035 Corcelles/NE
Tél. 032 727 11 00 | Fax 032 727 11 01
info@centremedicaldelacote.ch | www.centremedicaldelacote.ch

URGENCES
T. 032 727 11 00

Médecine générale
Médecine du sport
Pédiatrie
Gynécologie
Immunologie - allergologie
Psychiatrie | Psychologie
Laboratoire de cardiologie (Holter, Remler, Test d'effort)
Laboratoire | Analyses
Pédicure | Podologie
Sexologie, médiation et gestion de conflits
Prise en charge de l'obésité

Policlinique
Radiologie numérisée et échographie
Divers gestes techniques (ponctions, infiltrations, ...)
Urgences ambulatoires
Pharmacie

Soins à domicile

LA CONTINUITÉ DES SOINS, DES ENJEUX À TOUS LES NIVEAUX ET SURTOUT... UN ENJEU COMMUN !

LA VISION DE NOMAD

Corinne Girod | Directrice opérationnelle à NOMAD

La continuité des soins pour un soignant est essentielle ; elle est une caractéristique fondamentale de l'exercice de la médecine ; certains parleront d'elle comme de LA préoccupation permanente... et pourtant...

Tout soignant est animé durant son parcours de formation, puis durant son cheminement professionnel, par l'importance du travail en pluridisciplinarité, par la plus-value que représente l'expertise des différents intervenants, par la richesse apportée dans le partage des informations, par la multiplication des connaissances issues du savoir des uns et des autres. Tout cela bien sûr au service de la prise en soins et donc du patient. Tous les soignants – et beaucoup de dirigeants – ont déclaré un jour que le patient était au cœur de leurs préoccupations. Et dans les faits ?

La vision systémique du patient est-elle bien présente ? Le patient et son entourage sont-ils toujours parties prenantes dans la définition des objectifs et des actions mises en place pour assurer leur parcours de santé dans les meilleures conditions ? Les objectifs de prises en soins sont-ils partagés entre les différents acteurs qui « gravitent » autour de ce patient ? Tenons-nous compte suffisamment de l'environnement du patient ? La démarche de soins enseignée à tous les infirmiers et infirmières depuis des décennies est-elle réellement appliquée au quotidien ? Cherchons-nous systématiquement à mesurer avec le patient la pertinence des actions réalisées durant sa trajectoire de santé ? Les outils mis en place ces dernières années dans les différentes institutions ont-ils toujours été pensés dans le sens d'une continuité, d'une facilitation à échanger les données cliniques, à l'interne et à l'externe ?

C'est difficile – et ça serait incorrect – de répondre NON à toutes ces questions. Il faut pourtant être lucides et accepter que nous avons encore beaucoup de travail à mener à tous les niveaux pour atteindre cet objectif de continuité des soins et relever les nombreux défis qui se présentent.

La prise de conscience est là, chez beaucoup, et de nombreuses actions sont menées depuis plusieurs années pour travailler dans ce sens. Le sujet est très fréquemment approfondi dans nombre d'articles et de conférences. Des projets institutionnels se développent et visent à améliorer cette continuité dans un environnement en pleine mutation.

« Plusieurs projets en cours »

Au sein de NOMAD (Neuchâtel Organise le Maintien à Domicile), nous pouvons citer quelques projets ou travaux en cours qui visent tous à développer la continuité des soins.

Le projet ETP lancé l'année dernière avec le précieux soutien de la HE-Arc (domaine santé) : « l'Education Thérapeutique du Patient » (ETP) s'inscrit comme une philosophie qui vise à placer le patient au centre du soin, non pas uniquement comme « receveur » de ces soins, mais comme acteur lui-même, considérant qu'il possède le degré d'expertise dont il convient de tenir compte pour favoriser une alliance thérapeutique de qualité.

Le soignant se trouve alors davantage dans la posture de celui qui permet au patient de faire émerger ses ressources, de projeter sa vie selon ses souhaits propres. Son rôle est de conseiller et son outil principal est le dialogue avec comme objectif d'aider l'autre à envisager un avenir acceptable malgré la maladie, tout en lui laissant in fine, le pouvoir sur sa vie, sans le juger. Nous avons intégré dans ce projet différents partenaires (un médecin traitant, un ergothérapeute), ceux-ci étant indispensables dans la démarche avec le patient pour définir – avec lui – son itinéraire. Nous mesurerons les résultats de ce projet mené au centre NOMAD

du Locle durant 2018. L'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de santé du client sera-t-il prêt et d'accord d'accompagner le bénéficiaire dans ce sens ?

Depuis 2015, nous travaillons également sur le processus de prise en charge des patients. Dès la réception de la demande et jusqu'à la fin des prestations, nous visons à fluidifier au maximum les différentes activités et à assurer une continuité des prestations pour aboutir, au final, à la satisfaction du patient. Chaque intervenant joue un rôle essentiel. Le rôle de référent a été approfondi depuis trois ans et va encore être développé pour assurer une coordination des différents acteurs et rendre ainsi l'itinéraire de soin le plus efficace possible pour le bénéficiaire. Ce référent devient l'interlocuteur principal pour le patient et/ou son entourage, pour l'équipe et pour les partenaires.

Le projet DIABÈTE a permis de mettre au service des patients souffrant de cette maladie chronique, de leurs proches et de toutes les équipes de NOMAD, les compétences d'infirmières spécialistes. Ces collaboratrices sont en contact régulier avec les médecins et l'ensemble des partenaires afin de permettre un suivi le plus pertinent dans des situations souvent complexes et nécessitant des réadaptations fréquentes et une vigilance accrue par l'ensemble des intervenants. Comme dans toute pathologie chronique, la définition avec le patient de ses priorités et la prise en considération de ses choix est capitale pour assurer une prise en soins de qualité. Les objectifs nécessitent d'être déterminés avec lui. L'enjeu de la prise en soins tient ensuite sur la collaboration de l'ensemble des intervenants à la réalisation d'actions toutes en lien avec cet objectif en maintenant toujours le bénéficiaire comme acteur principal dans son parcours de santé.

Une réflexion est menée actuellement à l'interne sur les transmissions ciblées – et plus largement sur la démarche clinique. L'objectif est de permettre à chaque collaborateur de suivre de manière simple et systématique toutes les actions mises en place en amont, de mesurer leurs impacts et de réajuster la prise en soins si nécessaire.

Des projets interinstitutionnels voient également le jour :

- le projet RÉACTIVITÉ (voir le « SNM News » N° 89 du printemps 2017) a permis de réunir des intervenants de l'HNE et de NOMAD, de permettre aux collaborateurs de mieux comprendre la réalité de l'autre et d'améliorer la qualité des informations échangées et sur laquelle repose la continuité de la prise en soins.

- Le projet ERGOMAD (voir page suivante) vise lui aussi à réunir plusieurs acteurs de soin autour du parcours de santé des patients.

- Le projet ITINÉRAIRE CLINIQUE lancé cette année par NOMAD en collaboration avec l'HNE et NUTRADOM relève de nouveau l'importance de travailler en étroite collaboration pour agir concrètement sur la sécurité et l'autonomie des patients nécessitant une alimentation entérale à domicile.

« De l'importance de collaborer »

Le médecin est notre partenaire principal et l'acteur avec lequel nous collaborons au quotidien ; c'est la raison pour laquelle nous poursuivons les rencontres avec les médecins traitants dans l'ensemble des régions afin de recueillir leurs besoins et proposer des moyens efficaces pour assurer le partage des informations et faciliter le parcours de santé du patient.

Citons encore le **réseau clinique neuchâtelois** qui réunit les cliniciens et cliniciennes de l'HNE, du CNP, de La Providence et de NOMAD ; ces professionnels travaillent régulièrement sur des situations concrètes de patients ayant, dans leur parcours de santé, « traversé » les différentes institutions ; ils relèvent les éléments représentant des ruptures dans les prises en soins et proposent des mesures d'amélioration.

Depuis deux ans, le **réseau des infirmières en psychiatrie de NOMAD** bénéficie de l'expertise régulière d'une clinicienne et d'un médecin psychiatre du CNP¹ pour travailler en supervision sur des situations de patients. Le CNP peut aussi être sollicité pour des demandes de prestations ambulatoires lors de prises en soins de patients présentant des troubles complexes, en particulier lors de sorties de l'hôpital ou après l'intervention des équipes du CNP à l'occasion d'un trouble aigu. Là encore, l'objectif central est de garantir une continuité dans la prise en soins du patient.

De multiples autres collaborations se sont intensifiées au cours des dernières années montrant le besoin de se coordonner au mieux autour du patient. Elles impliquent la Ligue Pulmonaire, Caritas, Pro Senectute, la Croix Rouge, la Ligue contre le cancer, T.I.M², l'ASI³ représentant les infirmières indépendantes ou l'ONP⁴ pour ne citer que ces partenaires.

Les initiatives se poursuivent ailleurs pour développer de nouvelles fonctions axées sur les coordinations des prises en soins : gestionnaires de cas, infirmières de liaison, infirmières coordinatrices ; certaines à l'interne des institutions, d'autres faisant le lien entre plusieurs institutions.



Photo: Guillaume

« Encore du chemin à parcourir... et avec le patient »

Pourtant, et malgré tous ces efforts déployés par l'ensemble des acteurs, nous ne pouvons pas encore affirmer qu'il existe à ce jour une vraie continuité des soins : le parcours de santé du patient présente souvent des ruptures ; des prestations superflues ou inefficaces peuvent exister. Les processus de traitement ou de soins manquent encore de fluidité. Nous pouvons citer pour exemple les difficultés que nous rencontrons encore régulièrement dans la coordination du traitement médicamenteux.

Nous sommes aujourd'hui d'abord centrés sur la continuité de la prise en soins au sein de notre organisation et sur l'échange de données avec quelques-uns de nos partenaires principaux. Les travaux menés dans ce sens sont nécessaires et bénéfiques ; demain, il nous faudra tous voir plus largement que cela. La clé de succès tient sûrement à la prise en considération de l'acteur principal de l'itinéraire de santé, le patient lui-même. Associons-le rapidement (lui ou son représentant thérapeutique) et systématiquement à toutes les discussions qui concernent sa santé ! L'un des objectifs stratégiques du Conseil d'Etat est d'ailleurs « d'intégrer, informer et responsabiliser le patient comme acteur pour lui assurer la meilleure santé⁵ ». A nous, acteurs de la santé, de proposer des solutions pour atteindre ce but !



ALO et la coordination des soins

L'Unité « Accueil-Liaison-Orientation » (ALO) accueille la demande et initie le processus de prise en charge à NOMAD. Les infirmières de ALO exercent leurs compétences d'évaluation en détectant dans toute la mesure du possible les éléments indispensables aux équipes pour assurer une première visite dans les meilleures conditions possibles.

L'enjeu de la continuité des soins pour ce service se situe donc à deux niveaux : recueillir toutes les informations et données pertinentes déjà connues par le ou les demandeurs puis les transmettre dans les meilleurs délais aux centres qui assureront ensuite la prise en soins. Une nouvelle coordination peut d'emblée être nécessaire si le bénéficiaire doit à la fois être pris en charge par l'équipe d'un centre et par l'Unité des spécialistes (stomathérapeutes et infirmières en diabétologie).



Corinne Girod | Directrice opérationnelle à NOMAD

NOMAD et le Centre d'ergothérapie ambulatoire et à domicile de La Chaux-de-Fonds pilotent aujourd'hui le projet nommé « ERGOMAD-NE » (ergothérapie et maintien à domicile).

Cette démarche réunit autour des pilotes du projet nombre d'acteurs du canton : la SN-ASE (Section neuchâteloise de l'Association Suisse des Ergothérapeutes), le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), Hôpital neuchâtelois (HNE), l'Association Neuchâteloise des Etablissements et Maisons pour Personnes Agées (ANEMPA), Centrevue et les ergothérapeutes indépendants. Elle a pour but de mettre en place, pour 2017, un nouveau modèle partenarial de développement des soins spécialisés en ergothérapie et de réadaptation de la personne à domicile, quel que soit son âge.

Durant la phase d'état des lieux, menée de fin 2015 à début 2016, les patients, l'ensemble des ergothérapeutes du canton, ainsi que différents acteurs de la prise en soin de patients bénéficiaires de prestations d'ergothérapie à domicile (dont un échantillon représentatif de médecins), ont été invités à se prononcer sur l'état des collaborations actuelles. Cet état des lieux a permis de décrire les interactions indispensables entre ergothérapeutes et professionnels médicaux (médecins, infirmières, institutions hospitalières ou de maintien à domicile, etc.) et sociaux (assistants sociaux par exemple pour la recherche de financement de moyens auxiliaires) pour assurer une prise en soin de qualité, efficiente et réactive.

Dès lors, pour s'assurer d'une couverture cantonale équitable au vu des besoins accrus estimés dans le cadre de la PMS⁶, ces flux de travail et de collaborations sont (re)travaillés dans le projet : le flux Prescripteur-Soins-Ergothérapie est donc repensé pour assurer la vision globale du suivi du client, assurer la continuité de la prise en charge du client, permettre la détection précoce des besoins, faciliter la transmission d'informations et bien sûr soutenir le patient et ses proches aidants.

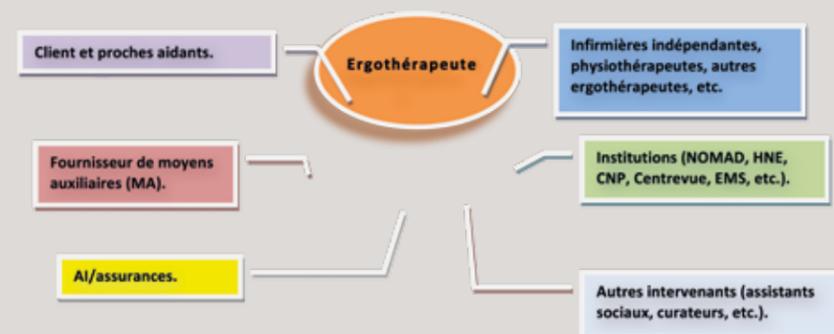
Les résultats de l'étude sont attendus pour la fin de l'année.

Contact : Jennifer Billon Widmer, cheffe de projet à la Direction opérationnelle de NOMAD
Tél. 032 886 82 55 | jennifer.billon-widmer@nomad-ne.ch



L'ergothérapeute et l'interdisciplinarité

Pour la prise en charge de ses clients, l'ergothérapeute travaille avec de nombreux acteurs, professionnels de la santé ou non.



1 | Centre Neuchâtelois de Psychiatrie
2 | Ton infirmière à la maison
3 | Association Suisse des Infirmières
4 | Ordre Neuchâtelois des Pharmaciens
5 | www.ne.ch/medias/Documents/16/01/visuel_vision_sante_21es.pdf
6 | PMS : Planification Médico Sociale

COMMUNICATION DU COMITÉ DE LA SNM | Les médecins participant au groupe de communication SNM-NOMAD ont plusieurs fois relevé le désir des membres de communiquer par mail avec les intervenants à domicile. Certains collègues expérimentent déjà ce système. NOMAD nous annonce que les conditions pour l'échange d'informations par voie électronique seront en place en 2018, avec la possibilité de l'appliquer à l'ensemble des membres de la SNM. Le Comité de la SNM accueille positivement ce développement.

Groupe de travail H+H, pour la mise en place de l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires »

COMMUNIQUÉ

Le groupe chargé de réfléchir à la mise en oeuvre de l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires » a présenté sa vision générale de l'organisation hospitalière au Conseil d'État. Il considère que le succès de l'opération passe par l'octroi d'une autonomie aux deux hôpitaux de soins aigus. La constitution de deux sociétés anonymes de service public est la proposition phare de cette nouvelle vision.

Le Groupe de travail (GT) chargé de proposer des modalités de mise en oeuvre de l'initiative « Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires » acceptée par le peuple neuchâtelois le 12 février dernier a remis au Conseil d'État en date du 14 juillet un rapport intermédiaire sur la réorganisation hospitalière cantonale rendue nécessaire par cette initiative. Selon le mandat que lui avait donné le Conseil d'État, le GT émet dans un premier temps un certain nombre de propositions relatives au modèle institutionnel et à la gouvernance des futurs hôpitaux neuchâtelois. Toutes ces propositions ont été adoptées de façon consensuelle.

Le GT a été guidé dans sa réflexion par la préoccupation d'assurer la sécurité et la qualité des soins hospitaliers, d'une part, et de garantir la qualité, la complémentarité et la pérennité de l'offre de formation en milieu hospitalier pour les médecins assistants, d'autre part. Il s'est également soucié de proposer des solutions financièrement supportables pour le canton et suffisamment souples pour s'adapter aux défis futurs.

Ainsi, le GT se montre favorable à la constitution de deux sociétés anonymes de service public, détenues par l'État, pour gérer les deux futurs hôpitaux de soins aigus du Littoral et des Montagnes. Une telle structure juridique, fréquemment utilisée dans les cantons alémaniques, a été préférée à celle de l'établissement autonome de droit public de l'actuel HNE parce qu'elle offre en principe une plus grande autonomie à l'hôpital, tout en le rendant davantage responsable de sa gestion financière. Elle correspond en outre mieux aux règles de la LAMal introduites en 2012 sur le financement hospitalier, largement fondées sur la notion de concurrence. Enfin, elle sépare plus clairement la fonction politique que continuera d'assumer le Conseil d'État, en particulier à travers la planification hospitalière, de la stratégie d'entreprise qui relève de la compétence de chaque établissement hospitalier.

En même temps, le GT souhaite que les deux futurs hôpitaux de soins aigus s'entendent pour garder la collaboration actuelle en matière informatique (avec CIGES SA) et d'analyses de laboratoire (avec la Fondation ADMED). Plus généralement, le GT demande aux deux futures directions hospitalières de conserver les services transversaux qui se justifient par des considérations de santé publique, d'ordre financier ou organisationnel.

Le GT préconise par ailleurs de rattacher la policlinique du Val-de-Travers au futur hôpital de soins aigus du Littoral.

Le GT estime nécessaire d'aller de l'avant rapidement, en constituant notamment les futurs organes dirigeants des deux entités hospitalières et en prévoyant une période de transition aussi courte que possible. Il appartiendra ensuite aux nouveaux organes dirigeant les deux hôpitaux de faire des choix judicieux sur la base des propositions générales du GT concernant les missions hospitalières, le personnel et sa formation ainsi que les infrastructures.

Les séances du GT se sont déroulées dans un climat constructif d'échanges entre les membres désignés par le Conseil d'État qui ont pu compter sur la participation, avec voix consultative, de représentants du service de la santé publique, du service juridique de l'État et de la direction générale d'HNE.

Le GT interrompt momentanément ses travaux dans l'attente de la détermination du Conseil d'État. En fonction de celle-ci, il reprendra ses réflexions en août, en vue de rendre un rapport définitif d'ici fin septembre.

Le GT ne commentera pas davantage les propositions faites dans son rapport.



À L'OCCASION DES 150 ANS DE LA SMSR

GRANDE SOIRÉE « LE MÉDECIN DANS LA SOCIÉTÉ DU FUTUR »

23 NOVEMBRE 2017
PALEXPO (GENÈVE)

Lors des Assises de la Médecine romande organisées par la Revue Médicale Suisse, assistez à 11 interventions de leaders d'opinions, de politiciens, de chercheurs et de praticiens sur le rôle du médecin dans une médecine en plein bouleversement suivies d'une table ronde avec l'ensemble des participants. Soirée suivie d'un buffet dînatoire.

INSCRIPTION

- par mail: lison.beigbeder@medhyg.ch
- par tél: +41 22 702 93 23
- par fax: +41 22 702 93 55
- par internet: www.assisesmed.ch

CONTACT ET INFORMATIONS

Revue Médicale Suisse
Lison Beigbeder
46 ch. de la Mousse/1225 Chêne-Bourg
+41 22 702 93 23
lison.beigbeder@medhyg.ch



REVUE
MÉDICALE
SUISSE

LE MÉDECIN DANS LA SOCIÉTÉ DU FUTUR

SOIRÉE

Réflexions sur l'avenir à l'occasion des 150 ans de la SMSR et des 125 ans de l'AMGe

18h30 - 20h00

Aussi bien par leur activité scientifique que par la culture qu'ils rayonnent, les médecins jouent un rôle majeur dans la société. Ce rôle est en même temps une responsabilité: il leur revient de garantir à la fois la qualité des soins et une vision de la médecine qui soit au service des patients et de la collectivité. Or, la médecine est entrée dans une période d'intenses bouleversements. Des ruptures touchent tous les domaines de la santé (captage et analyses des données, médecine de précision et technologies nouvelles). Face à ces évolutions, quels savoirs et quels leaderships les médecins doivent-ils revendiquer, et de quelle manière doivent-ils concevoir leur futur?

Le but de cette rencontre est d'offrir une information qui permette de comprendre les mutations en cours et d'ouvrir la discussion sur le rôle et les perspectives d'avenir du médecin. Informatrice, scientifique, pratique et conviviale, elle vise aussi à créer un réseau de réflexion médicale.

11 interventions de 5 minutes de leaders d'opinions, de politiciens, de chercheurs et de praticiens sur le rôle du médecin dans une médecine en plein bouleversement.

Soirée suivie d'un buffet dînatoire à partir de 20h

PROGRAMME SOIRÉE

18h30 Introduction

- Quelles structures sanitaires pour le futur? M. M. Poggia, Conseiller d'Etat, Genève
- Quel futur pour la FMH? Dr J. Schlup, Président de la FMH
- Quel futur pour une culture régionale de la médecine? Dr P.-A. Schneider, Président de la Société médicale de la Suisse romande
- A quoi ressemblera la médecine de demain? Dr M. Matter, Président de l'Association des médecins du canton de Genève - AMGe
- Jusqu'où le numérique transformera-t-il la médecine? Pr C. Lovis, Service des sciences de l'information médicale, HUG
- Quelles seront les tâches du médecin de premier recours de demain? Pr J. Sommer, Unité des internistes généralistes et pédiatres, Faculté de médecine de Genève
- Comment assurer la solidarité dans le système de santé de demain? Pr I. Guessous, Unité d'épidémiologie populationnelle, HUG
- Quelle stratégie pour éviter que les médecins de demain soient épuisés? Dre A. Zyska-Cherix, spécialiste en médecine du travail (Lausanne)
- Le médecin de demain sera-t-il uberisé? M. X. Comtesse (ancien responsable d'Avenir Suisse)
- Santé personnalisée: quelle révolution scientifique en perspective? Pr D. Trono, Laboratoire de virologie et génétique, EPFL
- Less is more, vers une nouvelle pratique de la médecine? Pr J.-M. Gaspoz, Médecine communautaire, de premier recours et des urgences, HUG

19h30 Table ronde avec l'ensemble des participants

Participation: Ouvert à tous (sur inscription, voir ci-contre)

Frais de participation: CHF 20.- / personne (excepté internes, chefs de clinique et assistants participant à la session Jeunes Médecins)

ASSISES DE LA MÉDECINE ROMANDE

LE 23 NOVEMBRE 2017 | PALEXPO (GENÈVE)

Événement unique organisé par la Revue Médicale Suisse, à l'occasion des 150 ans de la Société médicale de la Suisse romande (SMSR) et des 125 ans de l'Association des médecins du canton de Genève (AMGe). Cet événement se compose d'une après-midi (voir ci-dessous) et d'une soirée (voir ci-contre).

APRÈS-MIDI « MA VIE DE MÉDECIN »

L'après-midi est articulé autour de l'organisation du travail de médecin et de la profession en elle-même. Après-midi composée de plusieurs modules:

Colloque clinique conjoint de médecine de premier recours 13h30 - 17h30

Policlinique Médicale Universitaire - Lausanne / Département de Médecine communautaire, de premier recours et des urgences (HUG) / Revue Médicale Suisse
Mises au point express sur des nouveautés médicales et leur impact sur la pratique (3 crédits SSMIG).

Colloque Vie pratique (I) + exposants: Les services liés à la pratique professionnelle 13h30 - 18h00

Appréhendez les outils, services et innovations liés aux aspects entrepreneuriaux de la vie du médecin (gestion du cabinet, prévoyance, informatique, problèmes juridiques, etc.)

Colloque Vie pratique (II): Digitalisation et avenir de la profession 13h30 - 18h00

Le point sur les bouleversements liés à l'arrivée de nouvelles technologies (intelligence artificielle, Big data, dossier informatisé etc.) pour la pratique médicale.

Table ronde | Comment assurer la qualité des prestations médicales dans le futur? 17h00 - 18h15

Le cabinet du futur 13h30 - 22h00+
Exposition interactive de 180 m² répartis en 8 salles d'ateliers pour découvrir les futurs possibles du lieu de consultation.

Session Jeunes Médecins 18h00 - 20h00

Session pour les jeunes médecins, chefs de clinique, assistants et internes visant à présenter les choix possibles à la sortie de l'hôpital.

Partenaires thématiques:



Sponsors principaux:



Partenaire
média:
REVUE
MÉDICALE
SUISSE

espace-blanc.ch



L'AROSS, UN PROJET COLLABORATIF AU SERVICE DU

« TRAVAILLER ENSEMBLE ».

Sylvie Lebaill | Responsable AROSS

Le projet pilote de l'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) est un projet issu de la planification médico-sociale du canton de Neuchâtel.

Suite à la création de l'association le 23 mars 2015, le projet pilote a débuté ses prestations le 1^{er} janvier 2016 pour les habitants des villes du Locle et des Brenets avec le soutien des autorités communales. En 2017, le périmètre géographique s'est étendu.

Dorénavant, L'AROSS intervient pour les habitants, âgés de plus de 65 ans, du district du Locle et du Val-de-Travers, sur demande d'un médecin de famille, d'une personne âgée, de ses proches ou des partenaires du domaine socio-sanitaire.

« Historique du projet »

La Planification médico-sociale pour les personnes âgées (PMS) a été approuvée en mai 2012 par le Grand Conseil et les modifications y relatives de la loi de santé sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

A l'horizon 2022, la PMS prévoit d'augmenter le nombre d'appartements avec encadrement, de renforcer les prestations de maintien à domicile et de créer les structures d'accueil intermédiaires (court-séjour et foyer de jour et de nuit). L'offre résidentielle des EMS est adaptée pour faire face à ces nouveaux besoins.

Des mesures de soutien aux proches aidants et de promotion du bénévolat accompagnent ces changements. L'orientation des personnes âgées dans le réseau médico-social est améliorée par la mise sur pied d'entretiens d'orientation, la création d'une permanence téléphonique et d'un guichet cantonal d'information.



« Cadre légal »

La Loi de Santé, Art. 83c, régit l'orientation dans le réseau de santé de la façon suivante:

- L'orientation dans le réseau de santé vise à assurer une utilisation adéquate des ressources de santé destinées à la prise en charge des personnes âgées ;
- Des entretiens d'orientation sont organisés à la demande de la personne âgée, de son représentant légal ou du médecin ;
- Ils ont lieu lorsqu'une entrée pour un long séjour en EMS ou dans une pension est envisagée ;
- Le Conseil d'Etat fixe les modalités et les conditions nécessaires au bon déroulement des entretiens d'orientation. Il consulte au préalable les milieux concernés.

« Les prestations de l'AROSS »

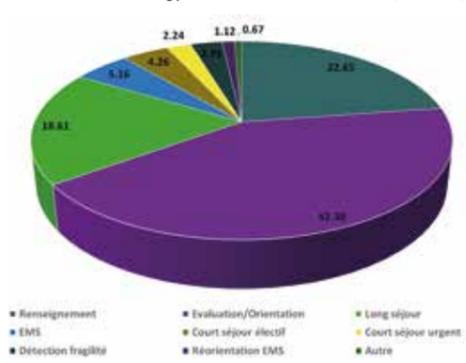
- **Inform**er la population ou les professionnels sur les prestations et prestataires du domaine socio-sanitaire du canton de Neuchâtel.
- **Ori**enter après une évaluation multidimensionnelle des besoins.
 - Respecter le projet de vie du bénéficiaire
 - Détecter la personne âgée fragile à domicile (prévenir la survenue de la dépendance)
 - Evaluer (co-évaluer) et proposer des solutions en adéquation avec les besoins
 - Déterminer un profil de dépendance « BoC »
 - Faire des recommandations (lieu de vie et prestations de maintien à domicile)
- **Accompagner**
 - Suivre les situations complexes
 - Soutenir et conseiller les proches
 - Favoriser l'information tout au long du processus afin de faciliter les choix du bénéficiaire ou de ses proches

Pour cela, il s'agit concrètement :

- De collaborer avec les partenaires du domaine socio-sanitaire, pour détecter les personnes en situation complexe ou fragile, afin d'anticiper leur orientation et s'assurer qu'elles reçoivent au bon moment des prestations liées à leurs besoins.
- D'assurer l'interface entre tous les acteurs concernés pour garantir l'organisation, la continuité et la coordination de l'accompagnement en interdisciplinarité.



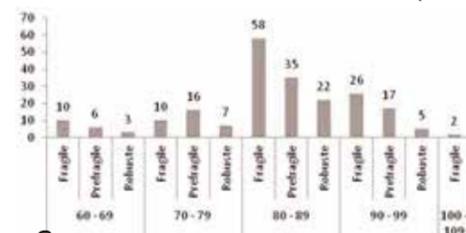
Type de demandes traitées (N=448)



Caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires ayant fait l'objet d'une évaluation (N = 225)

Sexe	Femme	151	67.11
	Homme	74	32.89
Age	60-69 ans	19	8.44
	70-79 ans	37	16.44
	80-89 ans	114	50.67
	90-99 ans	53	23.56
	100 ans et plus	2	0.89

La fragilité de la population évaluée (N = 217) par tranche d'âge, selon la grille Short Emergency Geriatric Assesment (SEGA)



• D'informer et d'orienter sur l'offre disponible en matière de solutions transitoires, voire d'alternatives intermédiaires.

• D'informer et d'accompagner les personnes âgées dans les démarches d'entrée en Etablissement Médico-Social.

Concernant son intervention auprès des bénéficiaires, l'AROSS garantit les principes suivants :

• Toute intervention et démarche de l'AROSS se fait avec l'accord préalable du bénéficiaire ou de son représentant légal.

• Le choix et la volonté du bénéficiaire (autodétermination – libre choix) ou de son représentant légal sont respectés.

• L'AROSS réalise la traçabilité du consentement éclairé dans le cadre de ses activités.

• Avec l'accord du bénéficiaire, le proche aidant est invité à participer aux entretiens.

• Le bénéficiaire ou son représentant légal a le droit d'accepter ou de refuser les recommandations de l'AROSS.

• La coordination des prestataires pour favoriser la continuité et une réponse en adéquation avec les besoins du bénéficiaire sur le long terme sont assurées.

« Premiers bilans après 18 mois d'activités »

L'AROSS est interpellée pour les différents types de demandes présentées ci-contre :

« AROSS, un projet collectif au service du changement »

« Travailler en réseau », « agir ensemble », « projet commun », « responsabilité collective », « stratégie partagée » sont des mots de plus en plus présents ou entendus dans les milieux de soins et sociaux. Face aux enjeux qui nous attendent, on sent, petit à petit, poindre à l'horizon une volonté de donner un sens différent aux collaborations et un nouvel élan aux pratiques professionnelles.

L'interdépendance accrue entre les acteurs et les actrices de la santé et du social, liée à la complexification des besoins des personnes atteintes dans leur santé, pousse inexorablement le système socio-sanitaire à passer notamment de la concurrence à la coopération, de la coordination séquentielle à la coordination collective et de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité.

Le projet AROSS a la singularité de cristalliser plusieurs de ces changements. Par la composition de son comité, il symbolise la collaboration, la concertation et l'approche partenariale. Par la composition et le fonctionnement de son équipe de professionnels, supervisée par une gériatre, il témoigne l'importance du partage et de la mise en commun de compétences dans une dynamique interdisciplinaire. Et enfin, par l'intégration des collaboratrices et des collaborateurs des institutions partenaires dans le processus d'évaluation et d'accompagnement, il favorise la coordination des soins et la mise en place d'options de soins cohérentes.

Le projet AROSS se révèle ainsi non seulement, par son objectif de favoriser une utilisation rationnelle et adéquate des ressources disponibles, un axe déterminant de la Planification Médico-Sociale, mais également un intéressant et fertile terrain d'expérimentation pour des nouvelles formes de coopération et de nouveaux outils.

Nous nous tenons à votre disposition pour toute information complémentaire :
info@aross-ne.ch | www.aross-ne.ch



INTERDISCIPLINARITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS

L'EXEMPLE DE LA LIGUE PULMONAIRE NEUCHÂTELOISE

Marc Maréchal | Ligue pulmonaire neuchâtelaise



LIGUE PULMONAIRE NEUCHATELOISE

« Une interdisciplinarité nécessaire »

L'interdisciplinarité vise à mettre en relation d'échanges et de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour bien desservir une patientèle à problèmes multiples¹.

Plus de 4'000 patients sont suivis par la LPNE (Ligue pulmonaire neuchâtelaise) à l'année pour des pathologies respiratoires telles que le syndrome d'apnées du sommeil, la BPCO, l'asthme, la fibrose pulmonaire, les maladies neuromusculaires, l'hypertension pulmonaire, le cancer, la mucoviscidose, les maladies cardiaques...

La LPNE est une association d'utilité publique à but non lucratif dédiée à la prise en charge médicosociale globale des patients souffrant de troubles respiratoires et de leur entourage. Elle se compose d'une équipe professionnelle de 35 collaborateurs avec plusieurs disciplines : physiothérapeutes, infirmières, médecin pneumologue, techniciens, assistantes sociales, animatrices socioculturelles, psychologue, personnel administratif... Le développement et la réorganisation profonde de la LPNE ces dernières années ont justement eu comme objectif d'améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage par le biais de l'interdisciplinarité.

« Une prise en charge globale² et intégrée³ »

La prise en charge globale est comprise comme un « soutien accompagnateur » du patient, des proches et de l'entourage, avec une offre intégrée de prestations techniques complexes, de conseil, d'enseignement et de surveillance, qui englobe les dimensions biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles. Elle est adaptée en fonction de l'évolution constamment changeante de la maladie et de la biographie des patient-e-s (trajectoire : fig.1).

FACTEURS INFLUENÇANT LA TRAJECTOIRE



Elle postule une approche systémique : la gestion de la maladie (adhérence au traitement), l'organisation de la vie quotidienne et l'histoire de vie des personnes concernées s'influencent mutuellement. Seule la prise en compte de tous ces aspects permet d'agir efficacement sur la qualité de vie.

L'équipe interdisciplinaire de la LPNE doit se coordonner avec les acteurs du système de santé neuchâtelais pour intégrer les prestations, c'est-à-dire les lier et les assortir, pour assurer la qualité et la continuité des soins avec une efficacité maximale.

« Exemples de travail interdisciplinaire de coordination et de continuité des soins »

M. R. est un patient de 50 ans atteint d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA). Il est marié et père de deux adolescents. La LPNE a dû progressivement installer plusieurs appareils de soutien respiratoire très spécialisés (ventilateur, in-exsufflateur...) permettant à M. R. de rester à son domicile dans des conditions de qualité de vie satisfaisantes. Les thérapies à domicile pluri hebdomadaires couplées à une disponibilité 24h/24 de la LPNE par du personnel compétent sont des éléments de qualité et de sécurité essentiels. Le transfert d'informations entre la LPNE, le(s) médecins prescripteurs et les soins à domicile sont assurés de manière régulière pour une coordination optimale.

La LPNE a mis à disposition, sur demande du patient et de ses proches, un soutien par une psychologue spécialement formée. La transmission des informations et la coordination au sein de la LPNE, entre le service de thérapie et le pôle psychosocial, sont quotidiens. Pour une coordination optimale des soins et pour rassurer la famille sur le respect de leur volonté et de leurs besoins, un colloque de réseau a été organisé par le service social de la LPNE. Il a réuni un nombre d'acteurs importants en présence du patient et de sa famille : médecin traitant, pneumologue, neurologue, soins à domicile, logopédiste, ergothérapeute, équipe interdisciplinaire de la LPNE, infirmière de l'association SLA Suisse et équipe mobile en soins palliatifs. Dans cette situation, le patient et sa famille n'ont pas souhaité l'intervention des bénévoles de Caritas⁴.

Cet exemple de situation compliquée avec un degré d'urgence (pronostic sombre et évolution rapide), illustre très bien la complexité de la prise en charge avec une coordination indispensable des acteurs du réseau de soins autour du projet du patient et de ses proches.

Mme P. est une patiente de 88 ans, vivant seule, souffrant de BPCO sévère (oxygénodépendante), avec de multiples comorbidités (cardiaques, orthopédiques...). Mme P. bénéficie des espaces de rencontre réguliers organisés par le service d'animations socioculturelles de la LPNE. Les demi-journées bihebdomadaires

d'animations (gymnastique, jeu, promenade...) suivies d'un repas convivial sont essentielles à Mme P. pour garder sa vivacité d'esprit, sa joie de vivre et rester à son domicile. Mme P. a sollicité le service social de la LPNE pour l'accompagner dans la rédaction de ses directives anticipées. Ces mesures, comme le suivi des thérapies d'oxygène et de réhabilitation, se font en concertation avec le pneumologue et le médecin de famille. Au printemps, Mme P. a dû être hospitalisée en soins aigus puis en CTR. Encore une fois la coordination est de mise grâce à une connaissance réciproque des équipes avec des échanges d'informations. Mme P. reste en contact permanent avec le service psychosocial grâce à des échanges téléphoniques et bénéficie des visites de ses collègues des « journées animées » (photo).

« Faire appel à la LPNE »

En tant que médecin, si vous souhaitez travailler en interdisciplinarité et en coordination avec la LPNE ou si vous souhaitez simplement plus d'informations sur nos prestations (oxygénothérapie, réhabilitation respiratoire, thérapies inhalées, éducation thérapeutique, rupture de l'isolement, soutien social...), n'hésitez pas à nous contacter !

Tél. 032 720 20 50 info@lpne.ch www.lpne.ch

RESPIRONS ENSEMBLE !

- 1 | Fortin, B. (2000). L'interdisciplinarité : rêves et réalité. Psychologie Québec, 17(3), Mai, 39-40
- 2 | Inspirée du modèle de de la maladie chronique de Corbin-Strauss, conformément au concept national de la Ligue pulmonaire
- 3 | L'approche globale et intégrée est un concept national qui a démontré ses preuves tant sur l'adhérence à la thérapie que sur la réduction des coûts de la santé (étude Helsana sur plus de 9'000 patients <https://epaper.helsana.ch/standpunkt/2017-02/fr>)
- 4 | Caritas et la LPNE ont une convention de collaboration pour coordonner au mieux l'accompagnement en fin de vie des personnes souffrant de pathologies respiratoires.



Jeudi 23 novembre 2017
Marin / Neuchâtel

Journée de formation
commune LPN-SNM

La dyspnée

Accréditations

Société Suisse de Pneumologie
Société Suisse de Cardiologie
Société Suisse de Médecine Interne Générale
Physioswiss
ASI

6 points
en cours
6 points
7 points
en cours

Comité scientifique		
Pr J.-M. Fellrath	Médecin chef de service, professeur en pneumologie	HNE
Dr G. Clark	Pneumologue	LPN
Dr J. Rilliot	Médecin généraliste	MFE
E. Jossen	Physiothérapeute	LPN
M. Marechal	Physiothérapeute	LPN

Espace Perrier, Rue Charles Perrier 2 - 2074 Marin-Epagnier (NE)
Gare CFF de Marin-Epagnier à 5 minutes de la gare de Neuchâtel
Parking sur place à disposition

Renseignements et inscription:
info@lpne.ch

Les modalités de règlement sont précisées en réponse au mail d'inscription



LES EXPERTS QUI FONT PARLER LES CELLULES

Révéler les secrets des cellules : voilà la mission assignée à nos experts lors des 30'000 analyses médicales que nous effectuons quotidiennement.

Unilabs mobilise toutes les compétences de 900 professionnels en Suisse, dont 72 spécialistes scientifiques et académiques, pour vous aider à affiner votre diagnostic. Ainsi, vous pouvez prendre la meilleure décision pour chacun de vos patients.



Le moment d'arrêter? de fumer?



Parlons-en. Avec de l'aide,
4x plus de chance de réussir.

Vivre sans fumer

www.vivre-sans-fumer.ch



D'après une campagne du Cipret Valais

CNP | UNE VOLONTÉ CLINIQUE SIMPLE, EN APPARENCE

Marie Sansonnens | CNP

La volonté clinique du Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP) est, en apparence, simple: « le séjour à l'hôpital doit être limité aux situations de crise. Le lieu de vie étant la communauté, tout doit être mis en œuvre pour favoriser le maintien des personnes souffrantes dans la communauté. Une perception du patient « nouvelle » soutient cette approche. Elle tient davantage en compte des ressources de la personne et ne se focalise pas sur « la maladie ». Cette volonté s'inscrit dans la mission du CNP, qui est de prodiguer des soins individualisés en santé mentale, fondés sur des pratiques individualisées, actualisées et pluridisciplinaires.

« Concept de soint »

En accord avec le modèle du rétablissement, les professionnels du CNP mettent l'accent sur des actions de « réhabilitation ». Ils utilisent une diversité de techniques et d'approches thérapeutiques et psycho-sociales pour permettre aux personnes d'améliorer leurs capacités à se prendre en charge et à accroître leur autonomie en s'appuyant sur leur environnement familial et social. Les soins sont réalisés par une équipe interdisciplinaire selon un programme thérapeutique individualisé. Ceci suppose une coordination avec les services de soins à domicile, l'hôpital somatique et les médecins installés et les différentes institutions de socio-sanitaires du canton.

Etant donné le fait que le prochain numéro de SNM News traitera de la psychiatrie, les différents modes de fonctionnement et de prise en charge du CNP et de la psychiatrie au niveau cantonal y seront très largement commentés.



CONTINUITÉ DES SOINS ET MULTIDISCIPLINARITÉ

À PROPOS DE PRO SENECTUTE ARC JURASSIEN

François Dubois | Directeur Pro Senectute Arc jurassien

« En Suisse »

Plus grande organisation spécialisée et de services de Suisse, Pro Senectute conseille gratuitement les seniors et leurs proches dans plus de 130 bureaux de consultation répartis dans tout le pays. Forte de quelque 1600 collaboratrices et collaborateurs et de 18 000 bénévoles, elle propose de nombreuses prestations et offres spécifiques à la population âgée dans tous les domaines liés à la vieillesse. Environ 700 000 personnes retraitées et leurs proches en profitent déjà. Pro Senectute est certifié par le label de qualité ZEW0. Pro Senectute fête cette année son 100^e anniversaire !

« Dans l'Arc jurassien »

En tant que fondation privée d'utilité publique, Pro Senectute Arc jurassien est depuis bientôt 100 ans l'organisation spécialisée et de services qui œuvre pour la vieillesse et les relations intergénérationnelles dans les cantons de Neuchâtel, du Jura et dans le Jura bernois. Elle est ainsi l'interlocutrice de référence pour les personnes âgées, leurs proches, les autorités, l'administration et les institutions du réseau médico-social. Forte de plus de 250 professionnels rémunérés (assistantes sociales, secrétaires, livreur de repas, monitrices de sport), et avec le soutien et les compétences de 350 bénévoles, Pro Senectute Arc jurassien propose des prestations sociales dans l'ensemble de la région via ses quatre sites : La Chaux-de-Fonds, Neuchâtel, Delémont et Tavannes.

PRESTATIONS FOURNIES

« Consultation sociale »

C'est le « cœur de métier » de Pro Senectute avec pour objectif d'apporter aide et conseils aux personnes ayant atteint l'âge AVS, ainsi qu'à leurs proches et partenaires du réseau médico-social pour toutes les questions liées à la vieillesse. Notre intervention se fait sur demande, dans la confidentialité et le respect de l'autonomie des personnes intéressées. Les prestations sont gratuites.

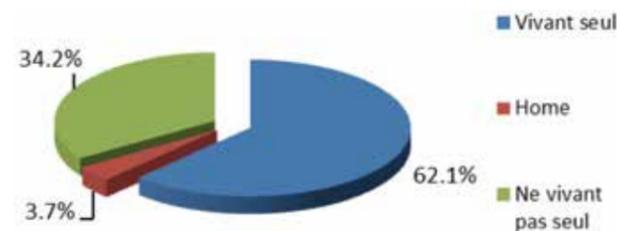
Par le biais de son service social, Pro Senectute Arc Jurassien propose les prestations suivantes :

- Conseils et accompagnement portant sur les questions liées à l'avancée en âge.
- Appui administratif pour des questions liées aux assurances sociales AVS, prestations complémentaires, LAMAL, etc.
- Soutien psychosocial pour mieux faire face aux difficultés de la vie.
- Octroi d'aides financières lorsqu'un revenu modeste ne permet pas d'assumer des dépenses particulières ou imprévues [grâce à la mise à disposition de fonds fédéraux].

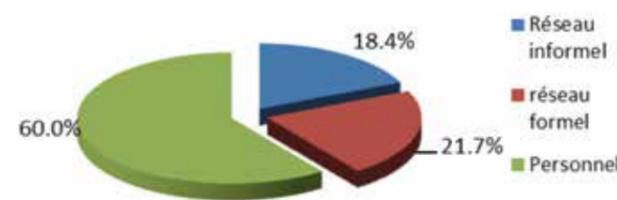
- Conseils budgétaires.
- Conseils et accompagnement pour le maintien à domicile.
- Orientation en matière de placement en EMS.
- Renseignements et orientation vers les services médico-sociaux existants.
- Informations sur les directives anticipées et les dispositions testamentaires.

Les consultations sociales ont lieu à domicile ou dans nos bureaux. En 2016, ce ne sont pas moins de 2079 personnes qui ont été accompagnées et conseillées par notre service de consultation sociale [cf. graphes ci-dessous].

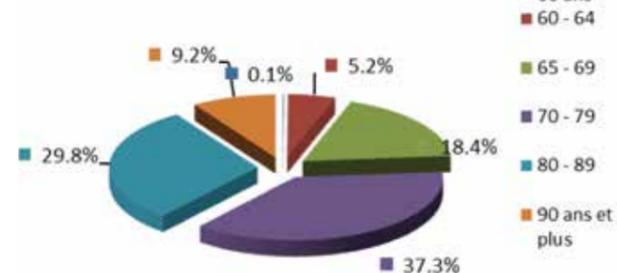
CONDITIONS DE LOGEMENT



PREMIÈRE PRISE DE CONTACT



TRANCHES D'ÂGE



PRO SENECTUTE
PLUS FORTS ENSEMBLE

Pour nous atteindre pour tous les autres services

Rue du Puits 4 | CH-2800 Delémont
T + 41 32 886 83 20 | F + 41 32 886 83 19
prosenectute.delemont@ne.ch

Rue du Pont 25 | CH-2300 La Chaux-de-Fonds
T + 41 32 886 83 00 | F + 41 32 886 83 09
prosenectute.cf@ne.ch

Rue de la Côte 48a | CH-2000 Neuchâtel
T + 41 32 886 83 40
F + 41 32 886 83 41
prosenectute.ne@ne.ch

Chemin de la Forge 1 | CH-2710 Tavannes
T + 41 32 886 83 80 | F + 41 32 886 83 89
prosenectute.tavannes@ne.ch

« Services »

Avec l'aide d'une équipe de bénévoles compétents, formés, supervisés régulièrement et encadrés par des professionnelles de l'action sociale, Pro Senectute Arc jurassien propose divers services.

- Visites à domicile (uniquement dans le Jura)
- Soutien administratif
- Aide à la gestion
- Remplissage de la déclaration d'impôt
- Tables d'hôtes



« Cours de sport et de formation »

Ce secteur propose une large palette d'offres sportives qui tiennent compte des besoins des personnes âgées, leur permettent, de manière préventive et ludique, de rester en forme et de créer et d'entretenir de nombreux contacts sociaux. Toutes les activités sont menées par des monitrices et moniteurs au bénéfice d'une solide formation. Il en va de même pour les formations qui concernent deux domaines principaux : l'informatique et la mobilité [cf. photos]. Pro Senectute n'est pas une association ou un club dont on fait partie en payant des cotisations. Aucune adhésion n'est donc nécessaire pour participer à nos activités de manière ponctuelle ou régulière.

Ces prestations sont payantes... à prix doux !

« Repas à domicile »

Le service des repas à domicile de Pro Senectute Arc Jurassien a pour but de préserver la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile et de favoriser leur autonomie.

Par la livraison de repas à domicile, nous souhaitons apporter un soutien aux personnes qui éprouvent des difficultés à préparer elles-mêmes leur repas. Ainsi, nous espérons contribuer au maintien d'un bon état nutritionnel de ces personnes, afin de diminuer les risques liés à la malnutrition (chutes, fractures, infections) et de différer le plus longtemps possible une hospitalisation.

Pro Senectute Arc Jurassien travaille prioritairement en collaboration avec des établissements hospitaliers ou EMS pour l'élaboration des repas. En effet, la qualité nutritionnelle du repas est particulièrement importante afin de couvrir au mieux les besoins spécifiques des personnes âgées. Il est également essentiel d'assurer la possibilité d'obtenir des régimes et des textures adaptés aux différents problèmes de santé présents. Ces critères peuvent généralement être assurés par les établissements médico-sociaux.

Fonctionnement du service de repas à domicile | Notre service se charge de livrer des repas chauds, à midi, du lundi au dimanche (365 jours/an). Ces repas sont destinés à toute personne ne pouvant pas, momentanément ou de manière durable, se les préparer elle-même.

Pro Senectute livre des repas dans tout l'arc Jurassien excepté le Jura bernois et le Val-de-Travers.

Composition du repas | Les repas livrés sont composés d'un potage ou d'une entrée ; d'un plat principal avec de la viande ou du poisson, des féculents et des légumes ; et d'un dessert.

Tarif des repas | CHF 18.- (livraison comprise)

Contact | Pour toute demande, une permanence téléphonique est disponible du lundi au vendredi, de 8h00 à 12h00, au no de téléphone 032 886 83 30. Nous sommes également joignables par courriel : psrepas@ne.ch et par fax : 032 886 83 41.



Un certificat médical engage juridiquement la responsabilité de celui qui le rédige et implique de nombreuses conséquences pour la personne en incapacité, ses proches, son employeur et ses collègues, sans oublier les assurances.

Problèmes organisationnels, surcharge des collègues, augmentation des primes (dans le cas d'un accident), un collaborateur absent coûte cher à son employeur. Dès lors, nul doute que certaines entreprises peuvent, parfois, prendre des mesures pour contrôler la véracité d'un certificat.

« Contestation possible »

L'employeur, des pairs ou des experts peuvent tout à fait contester ou remettre en question un certificat. Or, la preuve d'un document contraire à la vérité entraîne pour son auteur des conséquences ; celles-ci sont régies par le code pénal suisse (article 318) et peuvent aboutir à une peine privative de liberté.

« Reprise à temps partiel ou poste adapté »

Rappelons que de plus en plus d'entreprises proposent aujourd'hui d'adapter les postes de travail ou acceptent une reprise à temps partiel grâce au soutien des assurances comme la Suva ou l'Assurance-Invalidité du canton de Genève. La personne peut ainsi reprendre progressivement son activité et bien souvent retrouver un équilibre personnel pouvant même accélérer le rétablissement. Plusieurs études ont d'ailleurs prouvé que les chances de réinsertion diminuent environ de moitié après une incapacité de travail de six mois. Entreprises et médecins ont donc tout intérêt à dialoguer pour le bien du patient.

« Certificat électronique »

La Suva propose désormais les formulaires « Certificats médical LAA » et « Rapport médical intermédiaires » sous la forme électronique (www.suva.ch/formulaires-medicaux). Les médecins pourront ainsi directement remplir ces documents et les envoyer à la Suva en seul clic.

suva

Mieux qu'une assurance



La Suva organise un événement intitulé « Désolé, je ne viens pas travailler aujourd'hui » le jeudi 26 octobre 2017 dès 13h15 à La Chaux-de-Fonds. Cette rencontre s'adresse aux chefs d'entreprise, responsables RH ainsi qu'aux médecins pour lesquels elle a valeur de formation (3,5 crédits MIG).

Inscriptions : www.suva.ch/reinsertion-lcf
Plus d'infos : charlotte.chanex@suva.ch

Parfois, la communication passe mal entre les employeurs et les médecins traitants. Que peut faire un employeur lorsque son employé est en arrêt de travail ? Quelles informations du médecin traitant est-il en droit d'obtenir ? Le Dr Christophe Pollien apporte une solution à ces problèmes de communication grâce à la formation ACT.

Evaluer une incapacité de travail et trouver des solutions pour réinsérer au plus vite les employés accidentés, voici les objectifs premiers de la formation ACT. Cette formation de la Swiss Insurance Medicine (SIM) s'adresse aux médecins traitants. Elle a été créée en 2015 par le Dr Christophe Pollien, responsable romand du service médical à la Suva et représentant de celle-ci au sein du comité de la SIM, en collaboration avec des personnes d'horizons très différents.

ACT signifie «Appréciation sur la Capacité de Travail». Du point de vue médical, les médecins ACT se basent sur les capacités de la personne accidentée afin de déterminer si celle-ci doit être mise en arrêt complet ou si elle est capable de travailler, même à un taux réduit ou à un poste aménagé. Les médecins ne savent pas toujours ce que l'employé fait dans son travail. Le dialogue avec l'employeur joue un rôle important pour trouver des solutions de réintégration adaptées à la personne.

« Une approche juridique »

Le plus de cette formation se situe au niveau juridique et asséculogique. «L'incapacité de travail comprend un aspect juridique dont les médecins n'ont pas toujours connaissance durant leur formation», explique le Dr Pollien. Cette formation, dispensée notamment par des juges et avocats, se déroule en trois modules de deux jours, étalés sur six semaines environ et coûte 3000 francs. Elle offre aux médecins une crédibilité supplémentaire auprès des employeurs, des assureurs et des avocats en matière d'évaluation des incapacités de travail.

« Un rôle d'intermédiaire »

Le médecin ACT joue un rôle d'intermédiaire entre le médecin traitant de l'accidenté et le médecin d'assurance. Sa neutralité vis-à-vis du patient lui permet de juger en toute objectivité la situation et si nécessaire, de revoir la décision du médecin traitant. Le médecin ACT recherche des solutions qui permettront à l'employé de retourner au plus vite à son poste. «On a constaté qu'après neuf mois d'arrêt, la moitié des gens ne retournent plus au travail, on n'arrive plus à les réintégrer. Ce chiffre est énorme» s'alarme le Dr Pollien. Si les conséquences sont économiques, elles sont surtout néfastes sur le plan social car sans travail, la personne accidentée perd ses repères sociaux. Une réinsertion rapide est un avantage considérable.

« Seize médecins certifiés »

Pour la SIM, cette formation a un objectif de dialogue entre les employeurs et les médecins. Le médecin ACT est réactif, proche du terrain et formé spécifiquement aux incapacités de travail. Il est capable de répondre aux interrogations des employeurs, sans pour autant briser le secret médical. Pour l'instant, les seize médecins certifiés ACT sont mandatés par l'assureur accident Suva. A terme, le but du Dr Pollien est d'offrir aux employeurs la possibilité d'utiliser cet outil.

Plus d'infos : www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/ACT.html



HNE • POURTALÈS

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE

Colloques à la salle 3110 le mardi de 8h15 à 9h00 (sauf la pathologie à l'INAP).

Renseignements auprès du secrétariat de chirurgie, tél. 032 713 35 33.

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE

Cours de formation post-graduée et continue en médecine interne. Chaque mardi de 8h15 à 9h15.

Renseignements auprès du secrétariat du Pr R. Malinverni, tél. 032 713 35 89, fax 032 713 58 32, Email sophie.wuethrich@h-ne.ch.

Vacances scolaires : 2 au 13 octobre 2017.

Demi-journées de formation continue, un jeudi par mois de 8h30 à 12h00. Renseignements : Dr Christian Juillet, tél. 079 559 49 28.

Pas de DJFC le jeudi 12.10.17 (vacances d'automne).

- **Jeudi 09.11.17** : Gastro-entérologie.
- **Jeudi 14.12.17** : Ophtalmologie.

DÉPARTEMENT DE PÉDIATRIE

Colloque hebdomadaire à l'auditoire 4110 (4^e étage)/C1 le mercredi à 8h15. Renseignements auprès du PD Dr B. Laubscher, tél. 079 559 44 16.

SERVICE DE NEUROLOGIE

Colloques à la salle « Le Cellier », 1^{er} sous-sol, de 18h00 à 19h00. Organisation, contact et inscription : Dr P. Olivier, tél. 032 919 51 50, fax 032 967 23 49, Email philippe.olivier@ne.ch.

- **Jeudi 09.11.17** : Titre à préciser (aspect neuropsychologique de la maladie de Parkinson), Dr Aline Gronchi Perrin, neuropsychologue FSP, service de neuropsychologie Institution Lavigny et Plein-Soleil, service de neurologie, CHUV.
- **Jeudi 23.11.17** : « Traitements 2018 et futurs de la SEP », Pr Ludwig Kappos, service de neurologie, CHU - Bâle.
- **Jeudi 07.12.17** : « Neuropathie des petites fibres », Dr François Ochsner, cabinet médical La Chx-de-Fds et Unité Nerfs-Muscles, CHUV, Lausanne.

DÉPARTEMENT DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Renseignements auprès du secrétariat du Dr Y. Brünisholz, tél. 079 559 44 61.

SERVICE D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

Colloques à la salle N° 3113 : de 7h45 à 8h15. Renseignements auprès de Mme Mylène Deleury, tél. 079 559 49 79.

- **Mardi 09.01.18** : Grand colloque d'orthopédie avec présentation d'un sujet par un médecin du service.

HNE • LA CHAUX-DE-FONDS

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE

Colloques à la salle de conférence 4.274 (4^e étage) le mercredi de 17h00 à 18h00 (sauf la pathologie à la salle polyvalente au 2^e étage).

Renseignements auprès de la Dresse Silvia Popoviciu, tél. 032 919 51 41.

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE

Colloques de spécialités en visioconférence avec l'auditoire de Pourtalès, à la salle de colloque de médecine du 7^e étage (763). Formation post-graduée en médecine interne. Chaque mardi de 8h15 à 9h15.

Demi-journée de formation continue, à la salle polyvalente (2^e étage), un jeudi par mois, de 08h30 à 12h00.

Renseignements auprès du Dr Hervé Zender, tél. 032 967 27 33.

- **Jeudi 26.10.17** : Angiologie.
- **Jeudi 23.11.17** : Journée de pneumologie à Marin.
- **Jeudi 28.12.17** : Pas de DJFC.

DÉPARTEMENT DE GÉRIATRIE

Formations à la salle de colloque, 9^e (923) le lundi de 13h00 à 14h00 et le Journal Club le jeudi de 11h30 à 13h. Renseignements auprès de Mme Françoise Kudolo, tél. 079 559 47 38.

- **Lundi 16.10.17** : Douleur (I), Dr Dominique Brand, formateur externe.
- **Lundi 23.10.17** : Douleur (II), Dr Dominique Brand, formateur externe.

HNE • LE LOCLE

Renseignements auprès du secrétariat du Dr E. Aganovic, médecine, tél. 032 933 61 90.

HÔPITAL DE LA PROVIDENCE

Rensenseignements auprès du secrétariat tél. 032 720 30 30.

HNE • VAL-DE-RUZ, MPR

Colloques à la salle polyvalente, le mercredi de 08h00 à 09h00. Renseignements auprès du Dr Michel Hunkeler, tél. 032 854 45 26.

- **Mercredi 18.10.2017** : « Présentations de bilans », physio-ergo.
- **Mercredi 25.10.2017** : Prise en charge nutritionnelle/SEP et Parkinson, diététicienne.
- **Mercredi 01.11.2017** : « Quelques nouvelles de la Sofmer 2017 », Dr M. Hunkeler.
- **Mercredi 08.11.2017** : Pas de colloque.
- **Mercredi 15.11.2017** : Pas de colloque..
- **Mercredi 22.11.2017** de 8h-9h30 : « Troubles fonctionnels et réadaptation », Dresse Barbey, Inselspital.
- **Mercredi 29.11.2017** : « Reconnaître les troubles du langage/de la parole », S. Bischof.
- **Mercredi 06.12.2017** : « Gestion des troubles du comportement », Dresse Qorolli.
- **Mercredi 13.12.2017** : « Discussion de cas ».

CENTRE MÉDICAL DE LA CÔTE

CMC - Rue Petit-Berne 14, 2035 Corcelles. Colloques 2^e et 4^e mardi du mois Dr Reza Kehtari, tél 032 727 11 82.

- **Mardi 24.10.2017** : AVC, mise au point, Pr Michel. CHUV.
- **Mardi 14.11.2017** : Rhumatologie pratique, Dr Immer.
- **Mardi 28.11.2017** : FRCV, prise en charge globale.
- **Mardi 12.12.2017** : Vitamine B12 et fer : bilan et substitution. Pr B. Favrat – PMU CHUV
- **Mardi 26.12.2017** : Pas de colloque.

CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE

Information et inscription : Bureau formation du CNP, Email formation@cnp.ch, tél. 032 755 17 24, fax 032 755 12 75.

- **Jeudi 19.10.17** : de 8h30 à 10h30 : La santé du point de vue des jeunes : petit déjeuner spécial Parlement des jeunes et promotion de la santé 2017, Hôtel des associations, rue Louis-Favre 1, Neuchâtel.
- **Mardi 14.11.17** : de 14h – 17h30 : L'intervention systémique auprès d'un public non volontaire : Grande conférence, Préfargier, Mme M. Veya, M. T. Wertz.
- **Lundi 27 et mardi 28.11.17** : Conférence à Marin ; Faire face au risque suicidaire : Mieux identifier, évaluer et prendre en charge des personnes à risque de suicide, M. S. Saillant [Expertise : Adulte] & Mme A. Wohlhauser [Expertise : Adulte].

CENTRE D'URGENCES PSYCHIATRIQUES (CUP)

Formation en psychiatrie de liaison et urgences psychiatriques dispensée à l'Hôpital Neuchâtelois – Site de Pourtalès, auditoire, 4^e étage, de 14h00 à 15h30.

Renseignements et inscription : Patricia Flückiger, Email patricia.fluckiger@cnp.ch, tél. 032 755 15 19.

- **Mardi 17.10.2017** : de 14h à 15h30 : La question des mérites dans les soins. Approche systémique, HNE – Pourtalès salle 3110-11 (3^e étage), Prof. M. Vannotti.
- **Mardi 21.11.2017** : de 14h à 15h30 : Quelles sont les urgences pédopsychiatriques, HNE – Pourtalès salle 3110-11 (3^e étage), Dresse H. Beutler (CNP).
- **Mardi 19.12.2017** : de 14h à 15h30 : Suicide et trouble borderline : comment faire pour ne pas mal faire ? HNE – Pourtalès salle 3110-11 (3^e étage), Dr N. Perroud.

CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE – PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

Conférences dispensées au CNP – CPCL, rue de Vieux-Châtel 18, 2000 Neuchâtel, 5^e étage salle de formation de 10h à 11h30. Délai d'inscription : 1 semaine avant la conférence. Renseignement auprès du secrétariat médical du CNPea, Email ea-ln.ca@cnp.ch, tél. 032 755 23 14.

- **Lundi 16.10.17** : de 18h00 à 19h30 au CPCL, site de Vieux-Châtel 20 à Neuchâtel (5^e étage) : « Parents d'un enfant différent : réflexions pour le thérapeute, de l'annonce du diagnostic à l'accompagnement de la famille ». Pr. Stephan Eliez, Genève.

CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE – PSYCHIATRIE DE L'ADULTE

Bases juridiques pour les médecins, animées par Mme Stéphanie Schweizer, dispensées au Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – Site de Préfargier, salle polyvalente 1, de 13h30 à 15h15. Participation de CHF 50.– par cours pour les participants externes. Inscription et renseignement : Valérie-Anne Turansky ou Sarah Mascle, tél. 032 755 17 19 ou 032 755 17 24, Email valerie-anne.turansky@cnp.ch ou sarah.mascle@cnp.ch.

CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE – PSYCHIATRIE DE L'ÂGE AVANCÉ

Symposium au Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – Site de Perreux, pavillon Borel, de 09h00 à 17h00.

Renseignements et inscriptions : Mme Marise Guignier (tél. 032 843 21 25, e-mail marise.guignier@cnp.ch).

CERFASY • NEUCHÂTEL

- **Séminaire à Neuchâtel, vendredi 20.10.17 et samedi 21.10.17** : La création de l'environnement thérapeutique. De la pratique à la théorie en thérapie familiale.
- **Séminaire à Neuchâtel, mercredi 1.11.17** de 9h à 17h et **jeudi 2.11.17**, de 9h00 à 16h00. Module d'introduction à l'approche thérapeutique centrée sur les solutions.
- **Séminaire à Neuchâtel, lundi 6.11.17** de 9h à 17h : L'utilisation du soi du thérapeute.

Pour plus d'infos consulter le site www.cerfasy.ch/séminaire Renseignements au tél. 032 724 24 72.

FONDATION NEUCHÂTEL ADDICTIONS

Rue des Fausses-Brayes 5, 2000 Neuchâtel. Renseignements au 032 886 86 00.

- **Du 13.11 au 15.11.2017** : Formation en entretien motivationnel niveau 1 de 9h00 à 17h00 à Neuchâtel, Dr Jérôme Cluzeau.

PS : Le programme des colloques n'est pas complet pour certains services.

IMPRESSUM

www.snm.ch



Parution 4 fois par an. ISSN N° 1664-3216

Président Dr Walter Gusmini
Rue de la Serre | 2300 La Chaux-de-Fonds | 032 967 96 43

Rédaction | Secrétariat médical Dr Réza Kehtari
Centre médical de la Côte | 2035 Corcelles/NE | 032 717 11 00 | reza.kehtari@h-ne.ch

Secrétaire SNM Etude Walder-Klauser-Schwab | Grand-Rue 36b | 2108 Couvet
032 863 21 71

Graphisme Pao Design Sàrl, Robin Nyfeler | Rue du Temple 5 | 2072 Saint-Blaise
032 710 18 28 | robin@paodesign.ch

Impression Imprimerie Bailod SA | ZI Chapons-des-Prés 16 | 2022 Bevaix





deux CLINIQUES à votre service

L'Hôpital de la Providence et la Clinique Montbrillant au service de tous les neuchâtelois

Plus de 100 médecins agréés et de 300 collaborateurs. 90 lits de soins aigus et 7 salles opératoires
85% des patients traités au bénéfice de l'assurance de base
60 places de formation annuelles dont 5 médecins assistants

NOS PÔLES D'ACTIVITÉS

Centre pluridisciplinaire de l'appareil locomoteur: 18 médecins spécialistes

- Orthopédie et traumatologie
- Chirurgie du rachis
- Chirurgie de la main
- Centre de la douleur – antalgie
- Physiothérapie spécialisée et médecine du sport

Centre cantonal de néphrologie et de dialyse:

- Couverture de l'ensemble du canton 24h/24 :
Neuchâtel et la Chaux-de-Fonds
- 27 postes d'hémodialyse, dialyse péritonéale
et plasmaphérèse

Centre de chirurgie ambulatoire

- Chirurgie générale et vasculaire
- Gynécologie et urologie
- Ophtalmo-chirurgie

Consultations spécialisées au service des médecins de premier recours

- Ophtalmologie et rétine médicale
- Chirurgie générale
- Gastroentérologie et hépatologie
- Pneumologie
- Service de radiologie
- Neuropsychologie
- Diabétologie et traitement des plaies chroniques
- Diététique
- Prise en charge médicale de l'obésité

Urgences à l'Hôpital de la Providence

T +41 32 720 30 46

- Urgences debout et consultations urgentes ambulatoires
pour adultes (dès 16 ans)
- Avec et sans rendez-vous
- Rapport de consultation au médecin traitant dans les 3 jours,
pas de captation des patients
- Ouverture d'une permanence à la Chaux-de-Fonds en 2017



HÔPITAL DE LA PROVIDENCE
Faubourg de l'Hôpital 81
CH-2000 Neuchâtel
T +41 32 720 30 30
www.hopital-providence.ch



CLINIQUE MONTBRILLANT
Rue de la Montagne 1
CH-2300 La Chaux-de-Fonds
T +41 32 910 04 00
www.clinique-montbrillant.ch