

## La réadaptation en hospitalisation à domicile

Dr BERNARD, M. GARCIA

L'objet de cette présentation est de définir dans quels cas et comment l'HAD peut être rendre utile aux personnes en rééducation ou réadaptation.

Par définition, les personnes prises en charge, le sont chez elles.

Le bénéfice par rapport à l'hospitalisation va de soit.

Les soins sont dispensés à domicile par des professionnels (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes ... ), qui peuvent être selon les cas salariés ou libéraux.

Ayant dit cela, les premières condition et modalité sont établies : le patient dont l'état ne nécessite pas ou plus de surveillance médicale continue, ni l'usage d'équipement ou de matériel hospitalier pour la rééducation peut être admis en HAD

Dans quels cas, un patient en rééducation trouve t-il un bénéfice à l'HAD :

On peut évoquer plusieurs éventualités:

- Coordonner des intervenants multiples dans l'objectif d'une prise en charge globale
- Eviter une hospitalisation
- Hâter le retour à domicile en suite d'hospitalisation, faciliter ce retour
- Assurer une continuité au domicile malgré des fluctuations de besoins en soins
- Assurer des soins dont la difficulté d'organisation et la charge (fréquence et durée des interventions) ne peuvent être assumé par un intervenant seul (ou une simple sommation d'intervenants).

On constate donc que les situations dans lesquelles l'HAD peut intéresser une personne en rééducation sont nombreuses.

En comparaison l'accès à l'HAD pour la rééducation est perçu par les patients et les médecins comme insuffisant.

Nous ne sommes pas toujours en capacité de répondre favorablement à une demande de prise en charge. La part des patients admis en HAD pour une pathologie neurologique est actuellement d'environ 15 %.

Je devrai dire, nous n'étions pas assez souvent en capacité de dire oui mais le seront sans doute beaucoup plus dans l'avenir.

Cette restriction à l'admission était liée à deux facteurs :

- Les critères d'admission en HAD définis par le décret du 2 octobre 1992 : soins techniques ...(court séjour)
- L'insuffisance en places d'HAD

### SLA

Hygiène et nursing

Temps de soin quotidien: moyenne > 1 heure

Nombre de passage par semaine: moyenne 10

Soins infirmiers

Temps de soin quotidien: moyenne 46 minutes

Nombre de passage par semaine: moyenne 7

Kinésithérapie

Temps moyen par acte: 40 minutes

Nombre de séances par semaine: 5

Temps total quotidien 2 h 15

Or, et c'est le motif de mon intervention, une nouvelle circulaire vient de paraître. Et cette circulaire ouvre LHAD à la rééducation et insiste sur la nécessité d'augmenter l'offre.

Je vais rapidement vous présenter ce qu'est et sera l'HAD du fait de la parution de cette circulaire, ce qu'elle maintien ou renforce et ce qu'elle change.

(Circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile)

Cette circulaire est le fruit d'un travail de groupe initié en 1997 DH et DGS en collaboration avec les professionnels.

Les objectifs de cette circulaire sont les suivants:

- Redéfinir le champ d'intervention de l'HAD, les soins dispensés et les
- critères d'admission
- Favoriser les démarches d'amélioration de la qualité des prise en
- charge au travers des liens entre HAD et hôpitaux, libéraux et HAD,
- préciser le fonctionnement de l'HAD,
- Promouvoir la création DHAD dans chaque région

#### **L'HAD en France**

- Etablissements de statut public ou privé 58% privés à but non lucratif association loi 1901
- -Plus de 68 structures
- -Environ 4000 places manque plus de 4000 place en soins de suite  
réadaptation en IDF
- Inégalité de répartition sur le territoire
  - Près de 60 % de l'offre en région parisienne
  - Une cinquantaine de département sans HAD
  - (Corse = 0 ; Pays de Loire : 1 département sur 5 ; Centre 1 sur 6
  - Franche Comté 1 sur 4)

#### **DEVELOPPER L'HAD dans chaque REGION:**

- Encourager la création ou l'extension de services DHAD  
En complémentarité avec d'autres services de maintien à domicile.  
Possibilités de passage de l'un à l'autre suivant l'intensité des soins requis.  
Prioritairement dans les département non pourvus et en particulier en zone rurale.
- Selon les orientations définies dans le SROS, les services pourront développer plus particulièrement des types de prise en charge considérés comme prioritaires : prise en charge de la douleur, soins palliatifs, oncologie, soins de suite et réadaptation en tenant compte de l'existant.  
Toutefois les services DHAD n'ont pas vocation à se spécialiser  
Plusieurs régions ont prévu dans leur schéma d'organisation sanitaire (SROS) la création ou le développement significatif de ce type de service

#### **OBJECTIFS DE L'HAD:**

Les objectifs de l'HAD restent inchangés:

- Dispenser au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés
- Améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins.
- Eviter ou raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation.

#### **L'HAD S'ADRESSE :**

Aux personnes atteintes de pathologies :

- Graves,
- Aiguës ou chroniques,
- Evolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.

#### **PATHOLOGIES**

- 30 %oncologie
- 15 %neurologie

Province: 25 à 30 % de neurologie

**ADMISSION:**

SONT ADMIS EN HAD des personnes qui:

Nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial, c'est à dire à la fois :

1- Une coordination des soins (décret du 2 octobre 1992 codifié article R. 712-2-1 du code de la santé publique) ;

Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 "Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés."

2- Une évaluation médicale au moins hebdomadaire qui conditionne la fréquence de la surveillance médicale en fonction de l'état clinique du patient ;

3- Des soins infirmiers, quasi - quotidiens, de la compétence exclusive de l'infirmier, ou des soins infirmiers, moins fréquents, avec des interventions de kinésithérapie quasi - quotidiens, auxquels peuvent s'ajouter, le cas échéant : à des soins dispensés par :

- un aide soignant ,
- des soins d'orthophonie, ,
- des conseils de diététique,
- à une, prise en charge psychologique,
- des prestation d'ergothérapie,
- à une prise en charge sociale.

NE SONT PAS ADMIS en HAD les malades: qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non coordonnés, qui relèvent de soins infirmiers à domicile (SIAD),

Types de soins et critères d'admission :

Ainsi que mentionné dans la grille jointe à la circulaire, trois indicateurs principaux sont pris en compte pour décrire les types de séjour:

- La dépendance du patient (indice de Karnofsky),
- Le temps de soins (incluant les soins infirmiers, le nursing par aides soignants ou infirmiers selon les structures, et la coordination)
- Les temps d'intervention des kinésithérapeutes.

Ces éléments, fournis par une enquête réalisée dans trois services d'HAD, sont donnés à titre indicatif

Les soins ponctuels sont définis comme des soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie, par exemple).

Les soins continus associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.

La réadaptation au domicile est destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie.

Ainsi, la nouvelle circulaire:

- Précise la place de l'HAD parmi les structures de soins à domicile.

- Propose des critères d'admission qui restent cohérents avec la définition de l'HAD mais prend en compte une réalité de besoins.
- Vient en renfort des démarches visant à l'amélioration de la qualité en intégrant notamment la prise en compte de la dimension psychosociale et le retentissement sur la vie au domicile.

Enfin, l'action sociale est mentionnée et donc reconnue:

Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour à domicile. Le projet thérapeutique prend en compte les besoins d'aide supplémentaires : aide ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile et garde à domicile.

## **L'HAD**

S'adresse aux personnes atteintes de pathologies :

- Graves,
- Aiguës ou chroniques,
- Evolutives et/ou instables

qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.

## **MOTIFS d'HOSPITALISATION A DOMICILE**

- Coordonner des intervenants multiples dans l'objectif d'une prise en charge globale
- Eviter une hospitalisation
- Hâter le retour à domicile en suite d'hospitalisation, faciliter ce retour
- Assurer une continuité au domicile malgré des fluctuations de besoins en soins
- Assurer des soins dont la difficulté d'organisation et la charge (fréquence et durée des interventions) ne peuvent être assumés par un intervenant seul (ou une simple sommation d'intervenants).

## **OBJECTIFS DE L'HAD**

Dispenser au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Eviter ou raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation.

Pour créer une HAD et adhérer à  
la CHARTE DE L'HAD

FNEHAD

FEDERATION NATIONALE  
des ETABLISSEMENTS d'HOSPITALISATION a DOMICILE

Secretariat général  
B.P. 136  
40 103 DAX CEDEX  
Tel: 05 58 58 10 55  
<http://www.fnehad.asso.fr>