

**Les Assises Nationales du Maintien à Domicile, Salon Autonomie 2 000.
Médecine Physique et de Réadaptation et Maintien à Domicile**

Paris le 16 06 2 000.

La réadaptation en hospitalisation à domicile

Dr BERNARD, M. GARCIA

ANNEXE

TYPES DE SOINS et CRITERES D'ADMISSION

Profils prenant en compte :

- La dépendance du patient
- Le temps de soins
- Les temps d'intervention des **kinesithérapeutes**.

Les soins ponctuels: 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 readaptation 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 polyopathie.

LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'HAD

(Extrait de la Charte de l'hospitalisation à domicile -
FNEHAD)

1 Le service du malade est au centre des préoccupations de la structure d'HAD

2. L'HAD est une prise en charge globale, évolutive qualitative et coordonnée quel que soit l'âge du malade et pour toute pathologie dont les soins sont compatibles avec le domicile

3. L'HAD assure une prise en charge avec une équipe pluridisciplinaire

Médicale

Paramédicale

Sociale

Administrative et logistique

4. L'HAD assure des soins d'intensité et de nature hospitalière apportés au domicile du patient

Maillon important et fondamental de la chaîne de soins

l'hospitalisation à domicile est capable de s'adapter rapidement aux données épidémiologiques et aux particularismes locaux,

Caractéristiques des séjours en HA selon les Types de soins

Les données fournies dans le tableau suivant sont issues d'une enquête réalisée dans 3 services d'HAD. Elles indiquent, pour chaque type de soins, la répartition des niveaux de dépendance du patient, du temps soignant (IDE + aides soignants + coordination), des temps de kinésithérapie et des durées de séjour. La fréquence des pathologies à l'origine de l'admission, ainsi que celle * de deux modes de prise en charge (chimiothérapie et soins palliatifs) sont également précisées, de même que l'intensité de la surveillance médico-soignante pour chaque type de soins. Ces éléments, analysés avec différents professionnels de services d'HAD, sont donnés à titre indicatif pour servir de référence aux services

Soins ponctuels	<i>Soins destinés à un patient ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée, avec des soins techniques lourds et complexes. Ces soins sont fréquemment réitérés.</i>			
Karnofsky (K)	Médiane K: 70%	80% ont K < 80%	64% ont K < 70%	20% ont K < 40%
Durée prévisible du séjour	Médiane: 13 jours	75% < 6 semaines	25% < 5 jours	
Temps soignant par jour	Médiane: 50 mn	75% < 1 H 30	25% < 20 mn	
Temps Kiné par semaine	Médiane : 3 h 45	75% < 6 H 25	25% < 2 H 15	Avec Kiné : 34%
Etiologie	Cancéro : 60%	Cardio : 7% VIH		
chimiothérapie	40% des séjours	64% des cancers		
Soins palliatifs	néant			
<i>Surveillance infirmière permanente, 3 à 7 interventions IDE par semaine au minimum</i>				
<i>Au moins 1 à 2 interventions médicales par semaine</i>				

Soins ponctuels	<i>Soins destinés à des patients ayant une pathologie évolutive, pris en charge pour une durée non déterminée, associant 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</i>			
1. Soins continus chez des patients avec Karnofsky > 90				
Karnofsky (K)	Médiane K * 60%	80% K < 70%	66% K < 60%	40% K < 50%
Durée prévisible du séjour	Médiane : 36 jours	75% < 23 semaines	25% < 8 jours	
Temps soignant par jour	Médiane : 1 H	75% < 1 H 30	25% < 35 mn	
Temps Kiné par semaine	Médiane: 1 H 35	75% < 2 H 20	25% < 1 H	avec kiné : 56
Etiologie	Cancéro: 63%	Cardio 10 %	Neuro: 10 %	

chimiothérapie	6,5% des séjours	25 % des cancers		
Soins palliatifs	34%			
<i>3 à 7 interven IDE par semaine plus autres paramédicaux, soit 1 passage quotidien au minimum</i>				
<i>Au moins 1 intervention médicale par semaine</i>				
2. Soins continus chez des patients avec Karnofsky < ou = 40				
Karnofsky (K)	médiane K *. 40%	30% K < 30%	15% K < 20%	
Durée prévisible du séjour	Médiane: 69 jours	75%<28 semaines	25%<21 jours	
Temps soignant par jour	Médiane: 1 H 25	75%<2H	25% < 1 H	
Temps Kiné par semaine	Médiane: 2 H	75% <2 H 35	25 % < 1 h 10	avec Kiné: 78%
Etiologie	Cancéro: 50%	Cardio: 14%	Neuro: 17%	
chimiothérapie	10% des séjours	18,5% des cancers		
Soins palliatifs	37%			
<i>7 interventions IDE par semaine plus autres paramédicaux, soit 1 à 2 passages quotidien au minimum</i>				
<i>Au moins 1 intervention médicale par semaine</i>				

Soins de réadaptation	<i>Soins destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguës d'une pathologie neurologique, cardiologique au d'une au domicile polypathologie</i>			
Karnofsky (K)	Médiane : 40%	80% K < 50% %	20% K < 30	
Durée prévisible du séjour	Médiane : 42 jours	75%<10 semaines	25% <21 jours	
Temps soignant par jour	Médiane: 90 mn	75% < 1 H 50	25% < 1 h	
Temps Kiné par semaine	Médiane 2 H 15	75%<3 H	25 % < 1 H 30	avec Kiné 78%
Etiologie	Cancéro 11%	cardio . 23%	Neuro : 30%	
chimiothérapie	néant			
Soins palliatifs	néant			
<i>3 à Interventions IDE par semaine plus autres paramédicaux, soit 1 à 2 passage quotidien au minimum</i>				
<i>Au moins 1 intervention médicale par semaine</i>				

1. L'indice de Karnofsky mesure la dépendance des personnes (annexe 4)

2. La médiane est la valeur qui répartit la distribution en deux Parties égales

Ici, 80 % des Patients ont un Karnofsky au dessus ou au dessous de 70 %

CHARTE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

Qualité et fiabilité

INDICE DE KARNOFSKY

100 % Normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie
90 % Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie
80 % Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs
70 % Capable de se prendre en charge, incapable de mener une activité normale ou de travailler
60 % Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses soins personnels
50 % Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40 % Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
30 % Sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente
20 % Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de soutien actif
10 % Moribond, processus fatal progressant rapidement

INDICE DE KARNOFSKY

100%	Normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie
90%	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie
80%	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs
70%	Capable de se prendre en charge, incapable de mener une activité normale ou de travailler
60%	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses soins personnels
50%	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40%	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
30%	Sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente
20%	Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de soutien actif
10%	Moribond, processus fatal progressant rapidement

HISTORIQUE

1945 Première expérience américaine Pr Bluestone à New York

1951 Première expérience française Pr Siguier Hôp Tenon

1957-58 Création de l'HAD de L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et de l'HAD Santé Service

1961 Première convention HAD avec une Caisse Primaire d'Assurance Maladie

1967 Création des HAD de Bagnolet, d'Amiens

1968-72 Création des HAD de Bayonne, Dijon, Courbevoie, Nice, Lyon

1970 Loi du 31 décembre portant réforme hospitalière : reconnaissance officielle de l'HAD

1973 Existence d'une dizaine d'HAD en France

1974 Circulaire CNAMTS du 29 octobre 1974: => création d'HAD

1975 13 HAD

1976 15 HAD

1979 Loi du 29 décembre relative aux autorisations de création ou d'extension

20 HAD

1982 25 HAD

1984 28 HAD

1986 Circulaire du 12 mars : notions d'intensité de soins, admission après simple consultation externe, admissions pour toutes pathologies sauf psychiatrique

1991 Loi du 13 juillet portant réforme hospitalière

1992 Décret du 2 octobre : structures de soins alternatives à l'hospitalisation, conditions de fonctionnement.

41 HAD

1997 50 HAD

1999 Charte de l'hospitalisation A Domicile (FNEHAD)

68 HAD

2000 Circulaire du 30 mai relative à l'HAD ouverture et précision des profils d'admission