

Hospitalisation à Domicile de Réadaptation

Missions, Modalités de prescription...

Dr F. COLLE – MPR – Hôpital Ste Anne
Dr D. HENNEBELLE – MPR – Hôpitaux de St Maurice

LEGISLATION TEXTE

- Loi du 31 décembre 1970
- Loi du 31 janvier 1991
- Circulaire DHOS du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.
- Ouverture progressive au médico-social depuis 2007

LA PLACE DE L'HAD-R (MPR)- 1

(Médecine Physique et Réadaptation)

- Maladies chroniques et handicap

« Il peut s'agir de soins de **réhabilitation** jusqu'à ce que l'état du patient soit suffisamment amélioré pour qu'il soit pris en charge par des médecins de ville ou par des SSIAD »

- Pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité

- Projet personnalisé de soins

- Education patient / aidant

- Rééducation en milieu écologique

LA PLACE DE L'HAD-R (MPR) - - 2

(Médecine Physique et Réadaptation)

- Alternative à l'Hospitalisation
- Parcours de soins
- Diminuer DMS MCO / SSR

- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAS) cahier des charges

PARCOURS DE SOINS.

Par rapport aux autres structures - professionnels

- « ...hospitalisation à domicile soit prescrite comme prise en charge relais entre deux étapes du parcours du patient... entre son hospitalisation complète et sa prise en charge en ambulatoire. » (Circulaire DHOS/O3 no 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile)

• Adresseurs :

- MCO (neurochir, neuro, ortho, gériatrie, autre)
- HC MPR
- HDJ
- Equipe mobile

- HAD poly
- Médico-social (EHPAD)
- Libéraux
- Réseau, SSIAD...

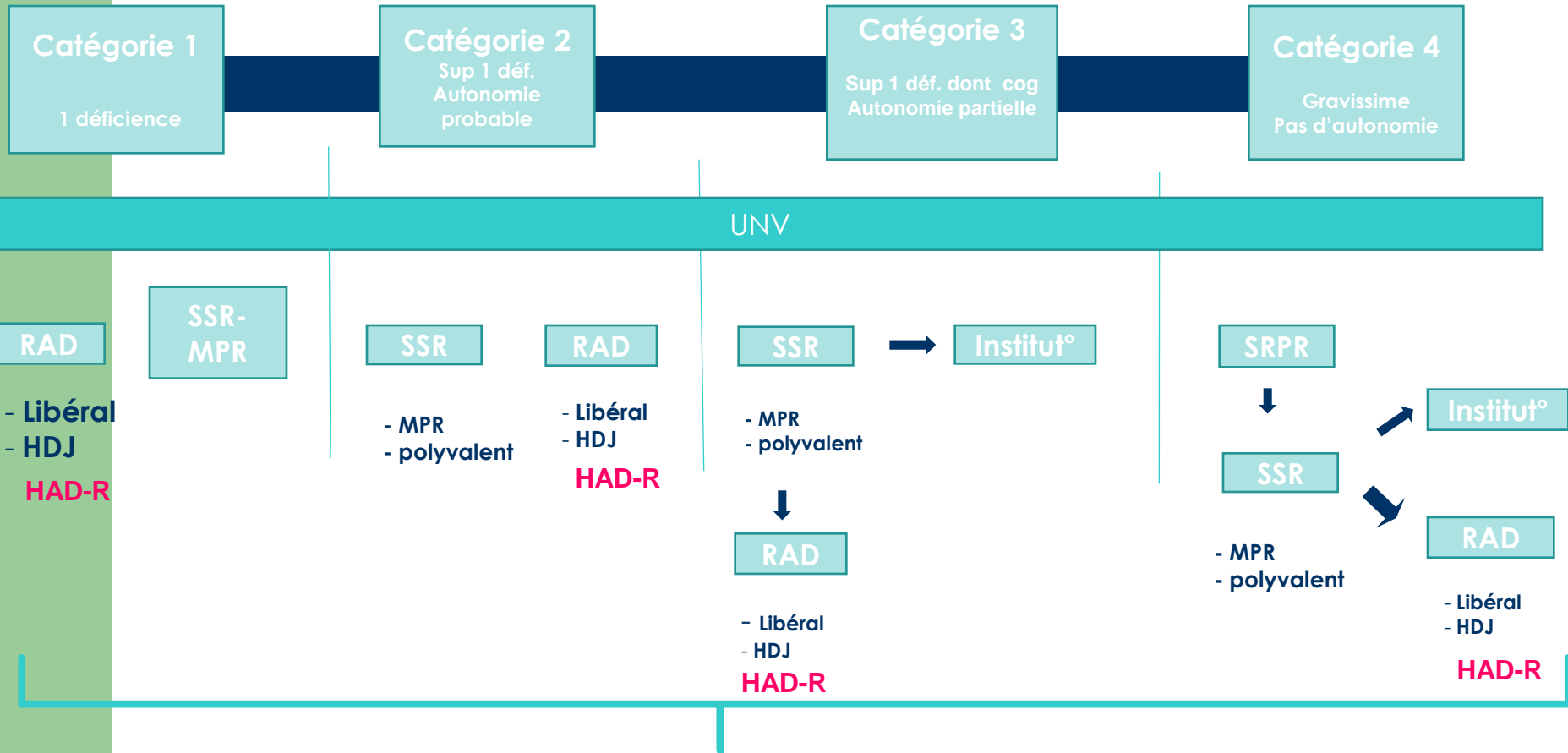
• Aval :

- HDJ
- HC
- Equipe mobile
- HAD poly

- Medico Social (EHPAD)
- Libéraux
- Réseau, SSIAD

PARCOURS DE SOINS.

AVC – Sofmer 2011



Consultation de suivi MPR 1- 3M

TYPOLOGIE PATIENT

- H = F
- Neurologie 90 % - 100 %
 - AVC 50 % (HSM) / 64% (SA)
 - Maladie dégénérative 15 % (Sd extrapyramidal, SEP, SLA, atrophie cérébelleuse, démence -)
 - Tumeur cérébrale 10 % (HSM) - 15% (SA)
 - TC 2%
- Orthopédie 0% - 10%
 - Post opératoire : PTH
 - Polytraumatisme
 - Amputation
- DMS = 31 – 40 j
- N j : 1350 / 4000
- Echelle d'autonomie MIF vs Karnovsky (moyen= 50, 15% Karnovsky 30)

MODALITE D'INTERVENTION.

- Suivi médical : MT
- 5 séances de rééducation / semaine (minimum)
- Soins de nursing / infirmiers
- Intervention ASE, psychologue, diététicienne ...
- Intervention d'aidants extérieurs (sauf SSIAD)
- Durée de PEC de 1 à 3 mois et mode de sortie défini au préalable

COMPOSITION DES EQUIPES.

- INTERVENANTS COMMUNS HAD POLYVALENTE
 - Médecin de coordination
 - IDE, puéricultrice
 - AS
 - ASE
 - Psychologue
 - Diététicienne
- PROFESSIONNELS DE MPR
 - Médecin MPR,
 - Kinésithérapeute,
 - Ergothérapeute,
 - Orthophoniste,
 - Psychomotricien
 - APA ?
- Coordination : acteurs de la structure détenant l'autorisation +/- acteurs extérieurs

ROLE DU MEDECIN.

- MEDECIN TRAITANT*

Responsable de la prise en charge et du suivi médical, la surveillance des soins lors de ses visites périodiques.

- MEDECIN COORDONNATEUR*

- responsable de la prise en charge globale du patient : coordination des soins
- missions médicales et administratives

- MPR RÉFÉRENT

- MPR DE L'ÉQUIPE D'HADR : rôle de coordination, PPS et souvent de MPR référent...

INTERVENTIONS.

- Action de rééducation - réadaptation
- Nouveau champ d'action de l' HAD polyvalente :
 - Troubles cognitifs
 - Autonomie, aides techniques, installation, mobilité, transferts
 - TVS : vessies neurologiques, incontinence fécale
 - Troubles de la déglutition

EN PRATIQUE POUR LES PRESCRIPTEURS.

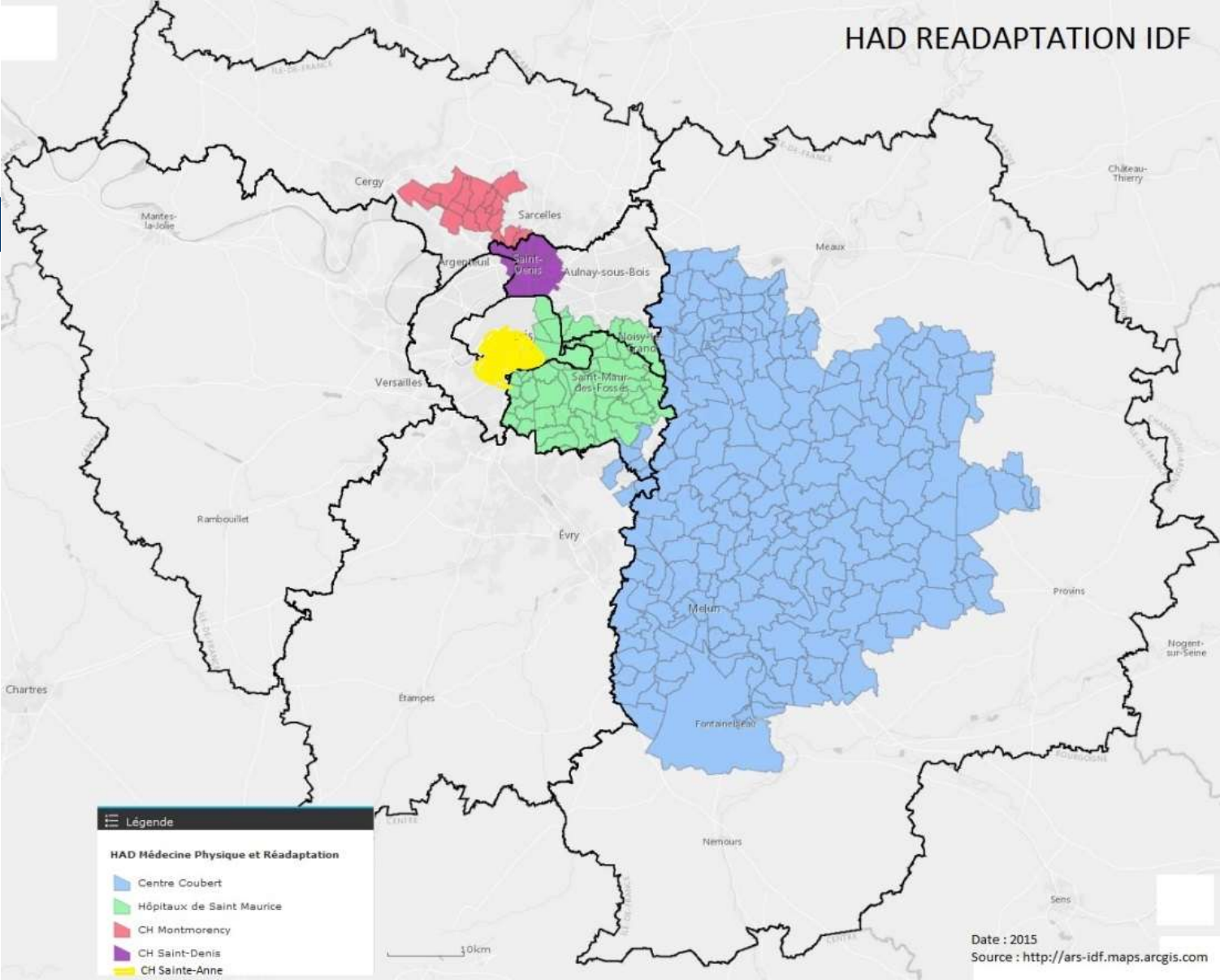
● CARTOGRAPHIE

- Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris, 75
- Hôpitaux-St-Maurice, 94
- Centre de Réadaptation, UGECAMIF-Coubert, 77
- COS Bobigny, 93
- Centre Hospitalier Saint-Denis, 93
- Centre Hospitalier Eaubonne, 95

● LA DEMANDE

- « Habituelle »
- Via trajectoire
- Document commun

HAD READAPTATION IDF



INTERET

- RF milieu écologique
- Education aidants (familiaux, professionnels)
- Sécurisation RAD
- Facilitation admission MPR car positionnement en relais garanti
- Amélioration du RAD
- Développement : ETP et auto rééducation
- Coordination MPR
- Probable diminution DMS MCO et MPR (étude à faire)

DIFFICULTES

- Relais 75 / 94
- Coordination : lien (intervenant, ville etc), positionnement
- INTRUSIF (se prépare ; importance de la préadmission - VAD)
- T2A : mal valorisée par rapport à la quantité (durée intervention et n) et la qualité des soins dispensés (pluri pro, coordination), décroissance très rapide des tarifs
- Lien libéraux : facilités, plus spécifiques car donnée sur le domicile, continuité, chronophage.

CONCLUSION

- Convaincre
- Développer
- Valoriser T2A
- Harmonisation des pratiques
- Groupe de travail IDF...



MERCI DE VOTRE ATTENTION...