

# RAPPORT

## Hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD-R) en Ile-de-France : partage d'expérience

Février 2018



# Sommaire

<b>SYNTHESE</b> .....	2
<b>COURRIER A LA DGOS</b> .....	3
<b>CONTEXTE ET ENJEUX DE L'HAD-R</b> .....	5
Pourquoi de l'HAD-R ? .....	5
Comment de l'HAD-R ? .....	6
Freins au développement de l'HAD-R .....	7
Objectifs de ce rapport.....	8
<b>PARCOURS DU PATIENT AVEC HAD-R</b> .....	10
<b>ILLUSTRATIONS CLINIQUES</b> .....	12
AVC hémorragique avec hémiplégié gauche .....	12
Encéphalopathie carencielle.....	13
Sclérose latérale amyotrophique (SLA) d'évolution rapide .....	14
Sortie de chirurgie digestive pour pathologie cancéreuse.....	14
Exemples de parcours en réadaptation .....	17
<b>PARTENARIATS POUR L'HAD-R</b> .....	18
Quels partenariats ? .....	18
Organisation de la prise en charge.....	18
Répartition des demandes.....	18
Financement .....	19
Evaluation d'un partenariat pour l'HAD-R.....	19
<b>OUTILS FRANCILIENS POUR L'HAD-R</b> .....	19
Information des patients et de leurs entourages .....	19
Formulaire de demande médicale d'HAD-R.....	23
Formulaire d'évaluation des besoins par le coordonnateur de l'HAD .....	25
<b>HAD DE REEDUCATION EN FRANCE</b> .....	30
Palmarès des régions pour la rééducation .....	30
Opérateurs d'HAD les plus actifs en 2016 pour la rééducation.....	31
Activité de l'HAD de rééducation par régions .....	32
<b>ANNEXES</b> .....	38
1- CONVENTION TYPE DE PARTENARIAT D'HAD-R .....	38
2- BASES POUR UN CALCUL DE COÛTS .....	43
Informations recueillies .....	43
Exemple de calcul de recettes et dépenses en HAD-R .....	44
3- CHEMIN CLINIQUE GÉNÉRIQUE .....	45
4- GROUPE DE TRAVAIL.....	47
Méthode de travail .....	47
Composition .....	47
5- SIGLES .....	49
6- POUR EN SAVOIR PLUS SUR L'HAD ET L'HAD-R.....	50

# Synthèse

Les besoins en réadaptation, réinsertion et rééducation augmentent. Ces soins spécialisés permettent aux patients porteurs de déficiences/incapacités motrice et/ou cognitive et/ou psycho-comportementale entraînant un handicap d'acquies des gains fonctionnels et de prévenir les complications spécifiques liées aux déficiences. Apporter cette expertise au domicile dans le cadre d'une hospitalisation garantit la sécurité, la continuité et la coordination des soins pluridisciplinaires, tout en bénéficiant de l'environnement écologique du patient. Les progrès dans le retour à l'autonomie sont plus efficaces et immédiatement utiles en situation de vie réelle ; ils sont alors le gage d'une dynamique positive et d'une meilleure réinsertion sociale et familiale. Par ailleurs l'entourage et le médecin traitant sont plus facilement impliqués dans le projet thérapeutique.

Pourtant la rééducation ne constitue que 2 % de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) en France, 3 % en Ile-de-France. La pérennité de ce dispositif est mise en danger ; l'activité d'HAD de rééducation (orthopédique et neurologique) est d'ailleurs en baisse en France entière (de 28 % entre 2013 et 2016) même si elle se maintient en Ile-de-France (baisse de 4%).

Afin de développer l'offre d'HAD de réadaptation (HAD-R) sur tout le territoire francilien, l'Agence régionale de santé soutient la constitution de partenariats entre d'une part équipe ou structure d'HAD spécialisée en médecine physique et de réadaptation, d'autre part structure d'HAD polyvalente. Les expertises de l'hospitalisation à domicile et des soins de réadaptation sont ainsi mises en synergie au service des patients.

La mise en commun de moyens entre partenaires facilite une montée en charge rapide de cette activité. En revanche, les possibilités de prise en charge sont limitées par le codage T2A (tarification à l'activité) en vigueur peu favorable au profil des patients concernés par l'HAD-R. L'enthousiasme des équipes impliquées dans l'HAD de réadaptation et la satisfaction des patients ne suffiront pas à moyen terme à la poursuite de cette activité. Un courrier alertant sur les difficultés à poursuivre cette offre de soins spécialisés a été adressé à la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) (voir page 3). A l'heure où la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 promeut des expérimentations régionales de modèles de tarification favorisant les parcours, la transcription dans le droit d'une expérimentation conduite par des ARS et des équipes de terrain qui ont montré leur engagement serait un bon levier de pertinence du parcours du patient en cohérence avec son projet de vie.

Un groupe HAD-R régional réunit les professionnels concernés par ces partenariats pour un partage d'expérience, une réflexion commune sur les freins rencontrés et les leviers à mobiliser ainsi que l'élaboration d'outils partagés. Afin de diffuser les enseignements capitalisés grâce à ces partenariats innovants, un groupe de travail issu de ce groupe régional a rédigé ce document, afin de : proposer un parcours générique de patient bénéficiant d'un séjour en HAD-R ; décrire les modalités de partenariat avec quelques illustrations cliniques des parcours de patients ; partager la plaquette d'information sur l'HAD-R à destination du patient, les formulaires de demande médicale et d'évaluation des besoins par le coordonnateur d'HAD. Quelques données sur l'activité de rééducation en HAD en France permettent de comparer les régions. En annexe des données d'étude de coût et une ébauche de chemin clinique à adapter aux particularités d'exercice serviront de base à des travaux ultérieurs.

L'objectif de ces travaux est d'offrir l'accès à de l'HAD-R sur tout le territoire francilien. Cet objectif s'inscrit dans la volonté affirmée par la Loi de permettre le choix de la forme d'hospitalisation. Le Plan « Maladies neuro-dégénératives » 2014-2019 met d'ailleurs l'accent dans sa mesure 15 sur l'accès à l'HAD pour les modes de prise en charge de rééducation et sur le développement de coopérations entre équipes de soins de suite et réadaptation (SSR) et HAD.

## Courrier à la DGOS

**Courrier à Madame Cécile COURREGES, Directrice générale de l'Offre de soins, Ministère des Solidarités et de la Santé, le 27 octobre 2017.**

Signé par Monsieur Christophe DEVYS, Directeur général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France.

Madame la Directrice générale,

mes équipes sont engagées dans des actions plurielles de développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) en tant que levier du virage ambulatoire. Il apparaît que les établissements classiques d'hospitalisation à domicile polyvalente réalisent très peu et/ou mal la rééducation - réadaptation - réinsertion à domicile.

Afin d'apporter l'expertise en médecine physique et de réadaptation (MPR) au domicile, l'Agence régionale de santé Ile-de-France soutient des partenariats innovants en Ile-de-France entre d'une part des structures d'HAD polyvalente et d'autre part des équipes spécialisées en MPR. Ce partage d'expertises garantit la pertinence des soins dans un parcours du patient en cohérence avec son projet de vie.

Les besoins en médecine physique et de réadaptation augmentent. Ces soins spécialisés permettent aux patients porteurs de déficiences motrices et/ou cognitives entraînant un handicap d'acquérir des gains fonctionnels et de prévenir les complications spécifiques liées aux déficiences. Apporter cette expertise au domicile dans le cadre d'une hospitalisation (HAD) garantit la sécurité, la continuité et la coordination des soins pluridisciplinaires de rééducation, tout en bénéficiant de l'environnement écologique du patient. Les progrès dans le retour à l'autonomie sont plus efficaces et immédiatement utiles en situation de vie réelle ; ils sont alors le gage d'une dynamique positive et d'une meilleure réinsertion sociale. Par ailleurs l'entourage et le médecin traitant sont plus facilement impliqués dans le projet thérapeutique.

Un groupe de travail réunissant les partenaires des équipes d'HAD de réadaptation (HAD-R) a identifié trois freins majeurs :

- Aujourd'hui, la spécificité de la médecine physique et de réadaptation en HAD n'est pas reconnue. L'activité d'HAD-R nécessite un cahier des charges avec des indicateurs et une tarification dédiés à cette activité médico-psycho-sociale coordonnée à forte expertise qui implique des professionnels spécialisés : médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, enseignant en activité physique adaptée (APA), psychomotricien, neuropsychologue, difficiles à former, recruter et faire venir au domicile.
- Le codage PMSI de l'HAD est inadapté pour la MPR à domicile. L'activité réellement réalisée ne peut être décrite et le financement correspondant n'est donc pas assuré. Les restrictions d'associations de modes de prise en charge (par exemple rééducation neurologique et éducation thérapeutique) ou l'impossibilité de coder un trouble à traiter en lien avec la pathologie motivant l'HAD (par exemple trouble de la déglutition en cas d'hémiplégie) compromettent la prise en charge de situations cliniques complexes pertinentes pour une HAD-R. La dégressivité des tarifs en HAD-R limite la possibilité de maintien à domicile.
- Il est impossible de valoriser un accès ponctuel au plateau technique spécialisé (par exemple pour un bilan d'appareillage ou l'injection de toxine botulique avec repérage échographique) indispensable au suivi de patients complexes. Actuellement l'HAD-R doit être interrompue pour une admission en hôpital de jour, empêchant la poursuite des soins quotidiens.

Pourtant les résultats sont tangibles en gains d'autonomie, qualité de vie, diminution des durées de séjour en hospitalisation complète et du nombre de ré-hospitalisations.

Je souhaite attirer ainsi votre attention sur l'intérêt d'initier une réflexion nationale afin de faire

évoluer la réglementation et créer un codage PMSI adapté à l'HAD-R. Celle-ci pourrait s'inscrire dans la mise en œuvre de l'article 35 du PLFSS 2018.

Cet objectif s'intègre directement aux priorités de la nouvelle stratégie nationale de santé : égalité de l'accès à des soins complexes et coordonnés, pertinence du parcours de santé intégré au projet de vie, prévention des complications médico-psycho-sociales liées à un handicap évolutif et enfin innovation organisationnelle mise en œuvre par les professionnels de terrain et les usagers du système de santé, avec le soutien de l'ARS.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice générale, l'expression de ma considération distinguée.

# Contexte et enjeux de l'HAD-R

## Pourquoi de l'HAD-R ?

L'hospitalisation à domicile (HAD) est proposée en remplacement d'une hospitalisation complète dès lors que la prise en charge ne comporte pas de soins intensifs ni de recours fréquents à un plateau technique spécialisé.

L'HAD de réadaptation (HAD-R) s'adresse à des patients présentant une ou plusieurs déficiences ou incapacités (quelle que soit la pathologie) nécessitant une rééducation/réadaptation pluridisciplinaire coordonnée par un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), avec un programme soutenu et limité dans le temps, dans un but de gain ou de maintien fonctionnel et de meilleure qualité de vie. Elle est proposée au cours d'un parcours composé de différentes modalités de prise en charge intégrées dans un projet thérapeutique. Intervenir au domicile présente plusieurs avantages :

- le patient, dans son environnement, est confronté à ses difficultés dans la vie réelle et les progrès sont immédiatement appréhendés ;
- un niveau élevé d'interventions au domicile, grâce aux soins complexes pluridisciplinaires coordonnés, évite les coûts supplémentaires engendrés par des complications liées aux déficiences ;
- retrouver des repères habituels rassure et contribue à la mise en place d'une dynamique positive et d'une réinsertion sociale plus rapide ;
- la présence de l'équipe d'HAD-R au domicile facilite l'implication des aidants du patient (proches et professionnels) dans leur environnement de vie quotidienne grâce à un accompagnement ou une éducation spécifique tenant compte de ses déficiences ; elle est l'occasion d'intégrer le médecin traitant au projet de rééducation/réadaptation.

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) insistait déjà dans son rapport de 2010 consacré à l'HAD sur l'importance de l'HAD de réadaptation, en particulier en cas de maladie invalidante ou au décours d'un accident vasculaire cérébral (AVC). L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a montré en 2007 son intérêt économique.

Le parcours d'un patient porteur d'une pathologie physique entraînant un handicap se veut désormais plus fluide avec la possibilité de recours à différents dispositifs au cours du temps comme un service hospitalier de médecine-chirurgie (MCO), le plateau technique sophistiqué d'un service de soins de suite et réadaptation (SSR) en hospitalisation complète ou hôpital de jour, l'environnement écologique du domicile en HAD-R avec la transposition en situation réelle des acquis sur le plateau technique, l'intervention d'une équipe mobile de réadaptation/réinsertion pour une évaluation des besoins, sans soins, avec prescription d'aides et si besoin orientation.

Cependant en Ile-de-France moins de 1 % des séjours en service de SSR sont suivis d'un transfert en HAD ; le choix de cette forme d'hospitalisation n'est pas toujours accessible aux patients, contrairement à la volonté de la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé<sup>1</sup>.

L'HAD-R assure une expertise par un professionnel spécialisé en MPR ; elle met à disposition au domicile des professionnels spécialisés dans la rééducation, la réadaptation et l'éducation thérapeutique. Les interventions de kinésithérapeutes et d'ergothérapeute sont quasi systématiques ; d'autres interventions sont prescrites en fonction des besoins propres à chaque situation clinique : orthophonie, orthoptie, suivi psychologique, avis diététique, psychomotricité,

---

<sup>1</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14>

activité physique adaptée (APA), suivi social, etc. Des soins spécifiques traitent les troubles vésico-sphinctériens ou de la déglutition, la spasticité, une épine irritative (qui déclenche des contractures, par exemple dues à une infection urinaire, une plaie ou un fécalome), les conséquences de troubles de la sensibilité, et préviennent ainsi les complications associées aux déficiences. Plus largement, le projet de soins concerne toutes les atteintes fonctionnelles et notamment les déplacements intérieurs et extérieurs, le gain ou le maintien en autonomie, le retour à une activité professionnelle, etc.

### Comment de l'HAD-R ?

Le parcours du patient avec HAD-R proposé dans ce document est générique ; il est à préciser et adapter par les équipes. Des exemples cliniques de parcours de patients illustrent la pratique d'HAD-R, qui s'articule avec d'autres modalités de prise en charge.

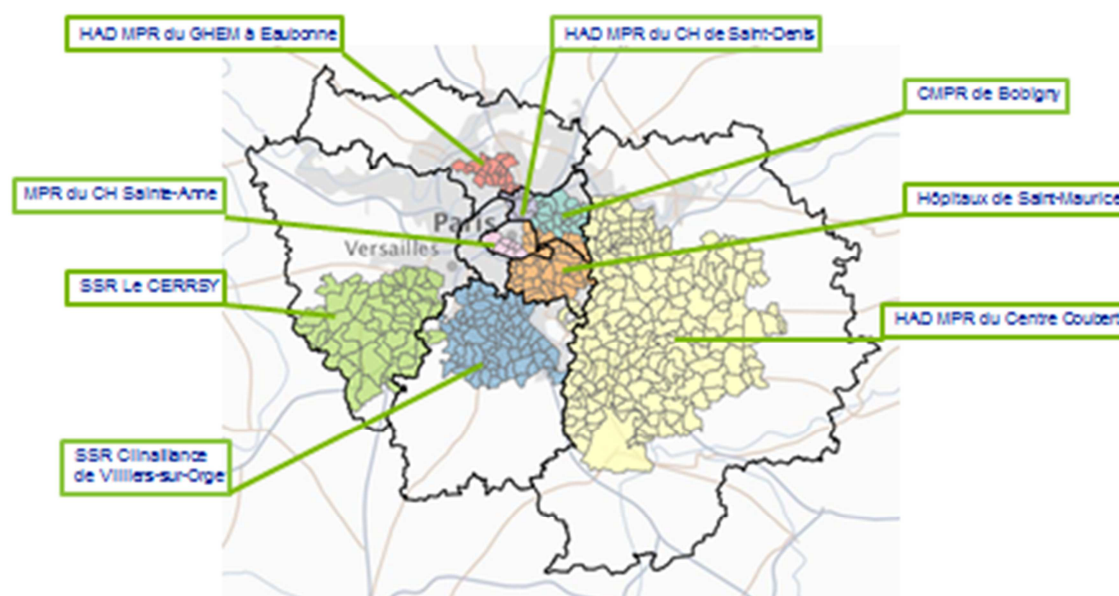
La prise de décision de demande d'HAD peut être facilitée grâce à l'utilisation d'un algorithme<sup>2</sup> mis à disposition par la Haute Autorité de santé au travers d'une application mobile : ADOP-HAD (Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD).

L'HAD-R nécessite des compétences spécialisées en MPR peu disponibles en ville, comme les ergothérapeutes, associée à une bonne connaissance de l'organisation de la logistique, de la coordination et de la continuité des soins inhérentes à l'HAD. Trois opérateurs d'HAD en Ile-de-France (IDF) sont spécialisés en réadaptation ; ils manquent parfois des ressources nécessaires pour prodiguer des soins polyvalents. C'est pourquoi se sont développés 2 types de partenariats :

- Entre opérateurs d'HAD polyvalente et équipe spécialisée en MPR
- Entre opérateurs d'HAD polyvalente et d'HAD spécialisée en MPR

Les modalités de ces partenariats restent expérimentales, à la recherche notamment de modèle économique pour assurer leur pérennité. Une convention type de partenariat est proposée en Annexe 1. Les bases pour un calcul de coût avec un exemple figurent en Annexe 2.

## — Annuaire de l'HAD-R



<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-annuaire-et-activite>

<sup>2</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2810323/fr/algorithmes-d-aide-a-la-decision-d-orientation-des-patients-en-had-a-destination-des-medecins-prescripteurs](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2810323/fr/algorithmes-d-aide-a-la-decision-d-orientation-des-patients-en-had-a-destination-des-medecins-prescripteurs)



La demande médicale se fait au mieux avec l'interface du logiciel d'orientation Via-Trajectoire<sup>3</sup>, afin de structurer les informations, de faciliter le choix d'une structure d'accueil et de garder une traçabilité du parcours du patient pour les intervenants ultérieurs ; par ailleurs Via-Trajectoire est un précieux outil d'évaluation grâce à son Observatoire, tableau de bord des transferts en HAD. Néanmoins un formulaire est proposé par le groupe HAD-R régional, à transmettre par messagerie sécurisée ; son emploi nécessite que le prescripteur connaisse déjà l'opérateur d'HAD-R qu'il sollicite. La demande est complétée par les ordonnances de traitements et dispositifs médicaux ainsi que les bilans des évaluations déjà effectuées. Ces documents sont le support de l'évaluation de la pertinence d'une admission en HAD-R.

Comme pour toute HAD, l'admission ne peut se faire qu'avec l'accord du médecin traitant qui assure le suivi médical et les prescriptions. Les intervenants au domicile peuvent être salariés de la structure d'HAD ou libéraux après signature d'une convention avec la structure détenant l'autorisation d'activité d'HAD. Les informations demandées permettent à l'opérateur d'HAD de vérifier la pertinence d'une admission en HAD-R.

Toute admission en HAD est précédée d'une évaluation des besoins, afin de juger de sa faisabilité et des moyens à mettre en œuvre. Cette évaluation se fait à partir de l'analyse du compte-rendu d'hospitalisation et d'une visite au domicile par un coordonnateur d'HAD. Les deux partenaires doivent s'articuler pour envoyer un seul professionnel formé à cette évaluation spécifique à l'HAD-R au moyen d'un formulaire partagé élaboré par le groupe régional. Les informations recueillies permettent de construire le projet thérapeutique durant le séjour en HAD-R et d'argumenter la décision d'admission ou de refus d'HAD-R. Le remplissage est interrompu si l'HAD s'avère impossible.

Ce formulaire a vocation à être intégré sous forme dématérialisée au dossier du patient informatisé partagé. Le dossier est accessible à distance par les deux partenaires d'HAD ainsi que les prescripteurs au moyen d'un lien informatique, et au domicile par les intervenants grâce à la mise à disposition d'une tablette numérique.

Un important travail de coordination médico-soignante entre les partenaires nécessite une réflexion commune par les équipes, au-delà de la convention initiale, afin que chacun sache QUI fait QUOI COMMENT QUAND ; qui par exemple s'occupe de l'hospitalisation d'un patient ? La communication auprès du patient et de son entourage doit être harmonisée entre les deux équipes partenaires de l'HAD-R et avec les autres intervenants du domicile.

En complément du parcours générique, un exemple de chemin clinique en annexe 3 peut être adapté par les équipes en fonctions de leur contexte d'exercice et des caractéristiques de leurs patients, afin de s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques.

### Freins au développement de l'HAD-R

L'HAD est réglementée par un guide méthodologique de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation<sup>4</sup> (ATIH), qui définit les **modalités de tarification**. Les deux Modes de prise en charge principaux (MPP) 11 pour la rééducation orthopédique et 12 pour la rééducation neurologique comportent de nombreuses restrictions.

Les MPP 11 et 12 sont peu valorisés sur le plan financier car ils **ne reflètent pas la charge de soins** apportés aux patients. Le codage porte sur la pathologie initiale et non sur les déficiences et incapacités. Ainsi, dans le cas des patients dans les suites d'un AVC, le MPP 12 suppose, de façon implicite, une rééducation/réadaptation sensitivo-motrice de l'hémiplégie avec l'intervention de rééducateurs mais elle ne tient pas compte de tous les aspects de la prise en charge MPR ;

<sup>3</sup> <https://viatrajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>

<sup>4</sup> <http://www.atih.sante.fr/les-guides-methodologiques-had>



en effet, la complexité de la situation clinique nécessite souvent d'autres types de rééducation/réadaptation (déglutition, langage, troubles cognitifs et psycho-comportementaux, troubles vésicosphinctériens etc). Afin de mieux valoriser ces soins, le codage d'un Mode prise en charge associé (MPA) est à privilégier. Les MPA paraissant les plus adaptées aux typologies de ces patients seraient :

- 25 : « Prise en charge psycho sociale » mais qui est également peu valorisée
- 15 : « Education du patient et/ou de son entourage » un peu plus favorable mais dont l'association aux MPP 11 et 12 entraîne une demande de « confirmation de codage » car l'éducation d'un patient victime d'un AVC ou de son entourage est incluse dans les bonnes pratiques de soins.

Cette tarification obsolète ne prend pas en compte les besoins en technicité accrue du personnel qualifié comme du matériel. Il devrait être possible de garder des temps d'hôpital de jour avec accès à un plateau technique sophistiqué au cours d'une HAD, notamment pour des évaluations, appareillages et gestes locaux qui ne peuvent pas être réalisés au domicile comme des blocs moteurs ou des injections de toxine botulique. Enfin la dégressivité rapide du tarif avec la durée de séjour est incompatible avec la spécificité des objectifs de réadaptation.

Les opérateurs d'HAD interviennent avec des **professionnels salariés et libéraux**. La tarification n'incite pas aux déplacements à domicile ni aux interventions longues nécessaires dans la réadaptation de troubles neuropsychologiques complexes, la rééducation de troubles de la déglutition ou l'éducation des patients et de leurs proches. L'impossibilité de garder une équipe de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) durant une HAD en raison de financements différents (dotation annuelle de financement ou DAF pour les SSIAD n'autorisant pas une prise en charge par l'opérateur d'HAD) vient d'être levée en 2018.

Les **orthèses et prothèses « près du corps »** achetées ou réalisées par un orthoprothésiste durant un séjour en HAD sont à la charge de l'opérateur d'HAD alors qu'elles seront gardées par le patient.

Les **limites administratives** de la région empêchent les équipes d'HAD-R exerçant en périphérie de se déplacer dans les territoires limitrophes pourtant proches. Il est nécessaire de conclure une convention de partenariat avec un opérateur d'HAD de l'autre région et de partager l'évaluation.

Cette **activité est peu connue** des professionnels hospitaliers, libéraux ou des réseaux de santé.

### Objectifs de ce rapport

Les acteurs de l'HAD-R en Ile-de-France ont constitué un groupe régional pour la promotion de cette activité. Un groupe de travail issu de ce groupe HAD-R a élaboré ce rapport ; la méthode et la composition du groupe sont décrites en Annexe 4.

La diffusion de ce rapport sur le site Internet de l'ARS d'Ile-de-France a pour objectifs :

- un partage d'expérience avec les équipes de MPR souhaitant créer une activité d'HAD-R pour leurs patients,
- la communication des outils régionaux d'HAD-R,
- la transmission aux tutelles des leviers et freins au développement de l'HAD-R, avec les bases pour une réflexion médico-économique.

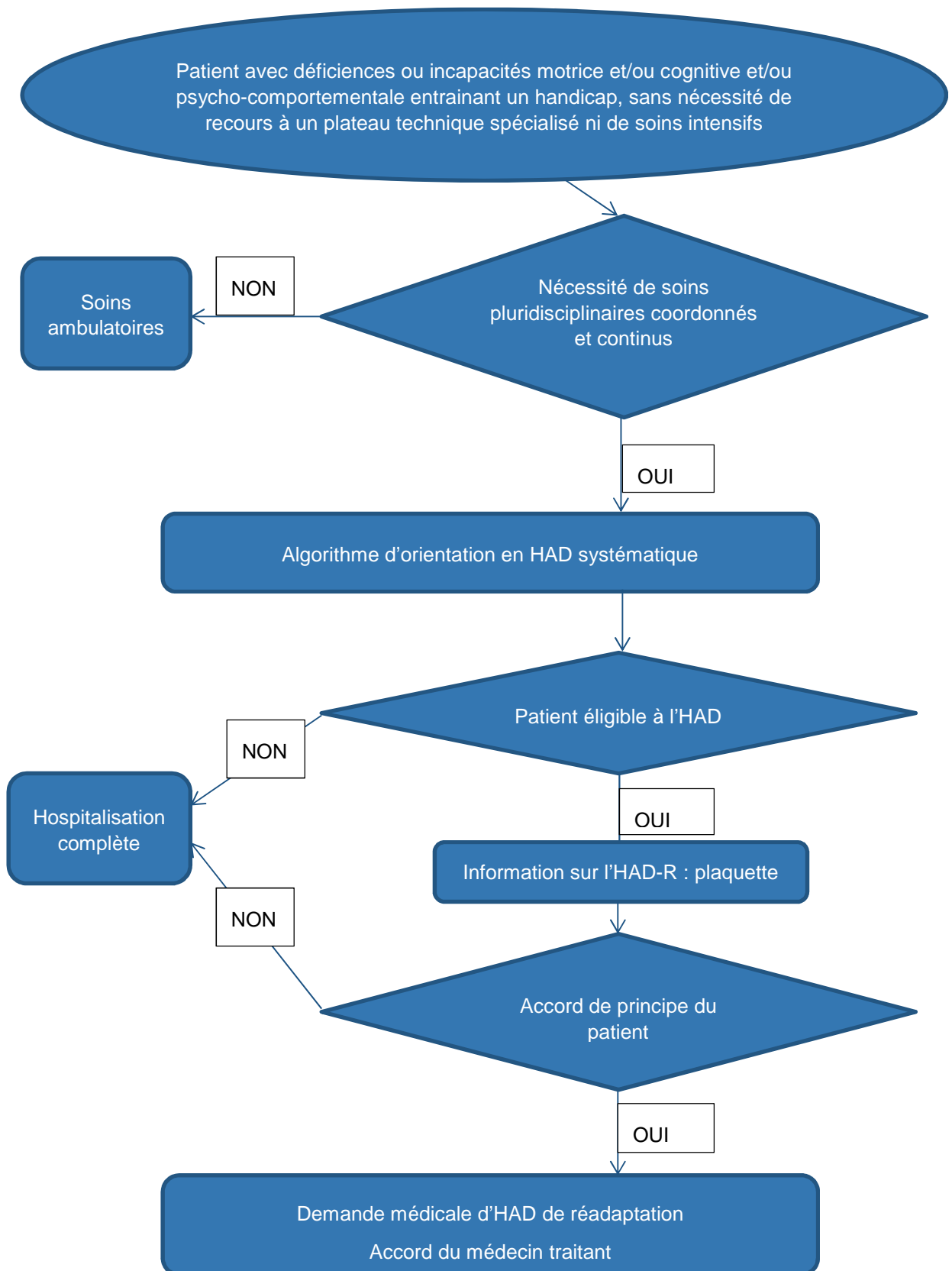
Il ne s'agit pas d'entrer dans le détail de l'organisation d'un séjour en HAD, du ressort des opérateurs ; ni d'élaborer des recommandations sur la place de l'HAD-R dans le parcours du patient ou les bonnes pratiques en HAD de réadaptation, du ressort des sociétés professionnelles.

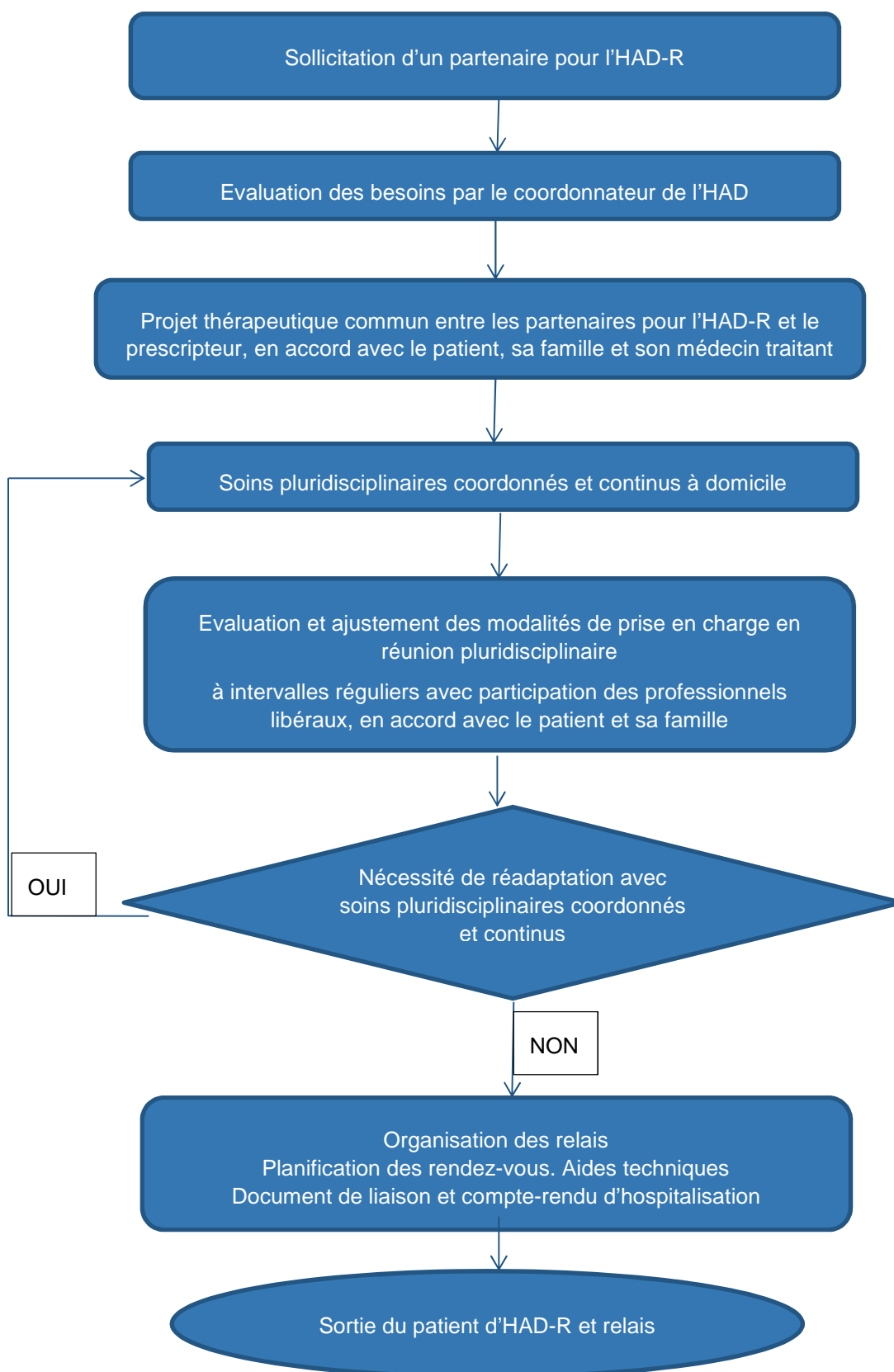
L'activité d'HAD-R en France est présentée par régions, avec un focus sur les opérateurs d'HAD

les plus actifs en 2016 pour la rééducation.

Quelques références bibliographiques sont proposées en Annexe 6. Il ne s'agit en aucun cas d'une revue systématique de la littérature.

## Parcours du patient avec HAD-R





# Illustrations cliniques

L'HAD-R concerne des patients avec potentiel de gain fonctionnel en autonomie ou en qualité de vie ainsi que de prévention d'aggravation ou de complications, nécessitant des soins complexes pluridisciplinaires, continus et coordonnés, en remplacement d'une hospitalisation complète en service de MPR.

Ces patients ne doivent pas nécessiter de recours fréquents à un plateau technique spécialisé ni de soins intensifs. En revanche leur état doit impliquer une coordination entre les professionnels que ne permettrait pas une prise en charge par des professionnels de ville.

Une intervention soutenue permet d'éviter notamment les complications de décubitus, diminue la dépendance (par exemple en faisant évoluer la nécessité de transferts par un lève-malade à une aide par une tierce personne), corrige les facteurs associés de perte d'autonomie (par exemple chez une personne âgée au décours d'une fracture du fémur), facilite la « reprogrammation » à la suite d'un séjour long en unité de soins intensifs.

La pertinence d'un séjour en HAD-R est liée à la complexité des situations cliniques et non à une pathologie donnée. Les cas cliniques présentés ici sont des exemples ; ils n'ont pas vocation à servir de recommandation.

## AVC hémorragique avec hémiplégié gauche

**Femme de 82 ans**, veuve, une fille qui vit dans la même ville, un fils dans le Midi. Vit dans un appartement en centre-ville, au premier étage d'un immeuble avec ascenseur.

**Parcours de soins** : AVC le 16 janvier ; hospitalisation complète du 15 mars au 1<sup>er</sup> septembre. Deux chutes occasionnant une fracture du poignet droit puis une entorse du poignet gauche. HAD du 1<sup>er</sup> septembre au 16 décembre.

**Situation clinique** : troubles de l'équilibre nécessitant l'utilisation d'un fauteuil roulant poussé par une tierce personne ; troubles des fonctions exécutives ; héminégligence ; difficultés de préhension. Etant donné les troubles cognitifs et son manque d'indépendance, Mme D. devait aller en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur souhait du médecin du service de rééducation et de la famille. Le projet de Mme D. était de retourner à domicile. Il a donc été décidé d'essayer une HAD afin de voir s'il était possible de réaliser un maintien à domicile.

### Objectifs thérapeutiques

- Kinésithérapie : marche avec déambulateur en situation (aller jusqu'au centre-ville et retour) puis à l'aide de cannes ; équilibre bipodal en dynamique et en statique.
- Ergothérapie : compensation des difficultés des fonctions exécutives en situation (courses, repas) ; matériel adapté pour le logement ; aide technique à la marche adaptée aux courses et à l'environnement (passage de trottoir, dévers, nid de poule).
- Psychologue
- Orthophoniste : rééducation des fonctions exécutives, héminégligence visuelle gauche, capacités d'évocation lexicale en analytique et en situations fonctionnelles.
- Assistante sociale : mise en place des aides humaines (auxiliaire de vie pour les courses et le ménage) ; portage de repas.

**Indice de Karnofsky**<sup>5</sup> (échelle de dépendance de 10 = moribond à 100 = normal) passé de 40 à l'entrée à 70 à la sortie.

---

<sup>5</sup> <http://www.atih.sante.fr/indice-de-karnofsky>

**Résultats** : l'HAD a permis à Mme D. de rentrer à domicile en sécurisant les activités de la vie quotidienne. La famille a été accompagnée pour ce retour et la charge des aidants a pu être diminuée en favorisant la mise en place d'aides techniques dans le cadre de vie de la patiente. L'évolution et le travail en milieu écologique ont permis d'arrêter le portage de repas. L'HAD a favorisé le respect du projet de vie de la patiente.

### Encéphalopathie carentielle

**Femme de 42ans**, célibataire, mère d'un garçon de 11ans (garde alternée) ; au chômage depuis plusieurs années. Vit dans un appartement au 3ème étage d'un immeuble sans ascenseur.

**Parcours de soins** : suivie en psychiatrie pour des troubles bipolaires depuis 1994 ; épisode d'anorexie et comportements à risques depuis 2016. Hospitalisation en neurologie de septembre à décembre 2016 pour encéphalopathie carentielle ; hospitalisation en MPR de décembre 2016 à avril 2017 pour un important déficit moteur des quatre membres nécessitant l'aide de deux tierces personnes pour les transferts, des troubles de la coordination avec mouvements involontaires et des troubles attentionnels. Elle a bénéficié de kinésithérapie, d'ergothérapie et d'un suivi psychologique et social. Retour au domicile de ses parents.

**Situation clinique** : à sa sortie d'hospitalisation, elle se déplace à l'intérieur avec déambulateur et en fauteuil roulant manuel à l'extérieur. Les déplacements sont lents et quelques déséquilibres persistent encore. De nombreux gestes parasites gênent ses mouvements notamment lors des activités bi manuelles en station debout (cuisine, pliage du linge, repassage, vaisselle...). Son projet de vie est de retourner chez elle avec reprise de la garde alternée de son fils.

### Objectifs thérapeutiques

- Ergothérapie : amélioration de capacités motrices des membres supérieurs (coordination, dysmétrie, dextérité des doigts) ; équilibre debout ; adaptation du logement (aides techniques, aménagements...) ; reprise des activités quotidiennes antérieures.
- Kinésithérapie : montée/descente des escaliers ; marche avec déambulateur puis béquilles ; transferts.
- Assistante sociale : aides humaines organisées en vue du retour à son domicile pour les courses, le ménage, la surveillance de la gestion des médicaments par une infirmière, le portage des repas.
- Psychologue : prise en charge des troubles comportementaux et préparation au retour à son domicile.

**Evolution en HAD-R** : en juin 2017 visite au domicile de Madame avec la kinésithérapeute, l'ergothérapeute et son père pour l'évaluation de la montée/descente des escaliers et de son niveau d'indépendance ; en juillet 2017 retour dans son appartement après réalisation des aménagements préconisés par l'ergothérapeute et la mise en place du matériel, et poursuite de l'HAD.

**Indice de Karnofsky** passé de 50 à l'entrée à 60 à la sortie.

**Résultats** : l'HAD a permis à Madame de poursuivre une prise en charge globale mêlant rééducation et réadaptation dans un environnement familial. Le logement de ses parents lui a permis dans un premier temps de retrouver progressivement ses habitudes quotidiennes, telles que préparer le petit déjeuner ou s'installer à table. Tant en ergothérapie qu'en kinésithérapie, le logement a été un véritable outil de rééducation. Lors des séances, Madame a pu réaliser qu'il lui était possible d'atteindre les différents rangements, de monter les escaliers, d'entrer seule dans sa baignoire. Ses progrès et l'amélioration de son niveau d'indépendance lui ont permis de poursuivre la rééducation dans son appartement personnel. Accompagnée par l'équipe d'HAD, elle a bénéficié d'un cadre rassurant lui permettant de retrouver ses habitudes de vie et d'accroître davantage son autonomie et son indépendance. L'intervention de l'assistante sociale

lui a offert la possibilité de bénéficier d'aides humaines et d'un portage des repas pour la soulager dans les premiers temps, ainsi qu'une téléalarme pour sécuriser son quotidien.

### Sclérose latérale amyotrophique (SLA) d'évolution rapide

**Homme de 69 ans**, vit à domicile avec son épouse.

**Situation clinique** : déficit moteur des membres inférieurs plus déficit du psoas ; marche avec une canne simple. Dysarthrie (trouble de l'articulation de la parole), troubles sensitifs aux membres supérieurs, diminution de la dextérité, modification de la voix, troubles de la déglutition. Séjour en HAD-R du 24 août au 7 octobre ; en attente d'inclusion dans le réseau SLA d'Ile-de-France.

#### Objectifs thérapeutiques

- Kinésithérapie : réalisation des transferts, maintien de la verticalisation, renforcement de l'équilibre et respect de la fatigue musculaire très importante.
- Ergothérapie : bilan de l'autonomie pour la toilette, habillage, préconisation d'aménagements et mise en place d'aides techniques (lit médicalisé, chaise percée, fauteuil pivotant pour la baignoire).
- Orthophonie : bilan de la déglutition et prise en charge de la dysarthrie.
- Psychologue : soutien et travail de l'acceptation du handicap.

**Evolution en HAD-R** : début septembre, mise en place d'un déambulateur. Mi-septembre, mise en place d'un fauteuil roulant ; modification de la texture alimentaire. Fin septembre, adaptation des aides techniques (couverts à manches grossis, lève-malade) ; début d'encombrement pulmonaire. Début octobre, pose d'une sonde de gastrostomie.

**Indice de Karnofsky** passé de 40 à l'entrée à 10 à la sortie.

**Relais par une structure d'HAD polyvalente** pour le suivi de la gastrostomie, des soins de nursing et une assistance respiratoire. Décès le 14 novembre.

### Sortie de chirurgie digestive pour pathologie cancéreuse

Femme de 60 avec activité professionnelle, voyageant beaucoup, très entourée par sa famille et ses amis, sans antécédent particulier, vit seule dans un duplex au 5<sup>e</sup> étage avec ascenseur mais 10 marches d'accès.

**Parcours de soins** : adénocarcinome du rectum diagnostiqué en avril 2015, chimiothérapie en mai puis radiothérapie de mai à juillet ; exérèse initialement prévue en septembre. AVC ischémique sylvien profond droit le 25 mai entraînant une hémiplegie gauche avec aphasie. Aggravation brutale en service de MPR le 1<sup>er</sup> août avec état de choc et défaillance multi-viscérale, nécessitant un séjour en réanimation jusqu'au 25 septembre ; escarre et dénutrition sévère liée à une iléite post-radique. Transfert en médecine interne jusqu'au 20 octobre, puis en service MPR jusqu'au 3 décembre puis en service de gastro-entérologie pour renutrition ; iléostomie le 13 janvier 2016.

**Situation fonctionnelle en mars 2016** : hémiparésie gauche avec transfert assis/debout possible avec aide ; équilibre debout d'assez bonne qualité en statique, plus précaire en dynamique ; marche possible avec une canne tripode sous surveillance rapprochée en demi-pas ; nécessité d'une aide partielle pour la toilette et l'habillage. Incapacité à gérer seule la vie quotidienne.

**Situation neuropsychologique** : négligence spatiale unilatérale (NSU) gauche ; troubles attentionnels, logorrhée avec manque du mot, déficit de la mémoire de travail, anxiété. Lassitude marquée de l'hospitalisation qui dure depuis 10 mois mais crainte du retour à domicile en raison d'une dépendance partielle à une tierce personne



### Objectifs en vie quotidienne

- Utiliser la main gauche dans la vie quotidienne pour tenir des objets
- Prendre sa douche seule dans la baignoire
- Revoir la pose d'une rampe à droite dans les escaliers, pour pouvoir monter seule dans la cuisine
- Sortir seule de son logement et marcher seule à l'extérieur
- Exprimer ses besoins
- Faire des auto-exercices
- Travail de l'attention par des mises en situation de vie quotidienne (lecture notamment)
- Réentraînement à l'effort

**Evolution en HAD-R entre le 8 mars et le 15 avril 2016** : acquisition d'une autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) simples en dehors d'une aide nécessaire pour quelques éléments d'habillement ; transferts, marche et escaliers seule acquis en intérieur. Persistance de troubles des fonctions cognitives, de troubles de la marche et d'une désadaptation à l'effort justifiant une poursuite de la rééducation en hôpital de jour après rétablissement de la continuité digestive le 13/04/2016.

**Relai** en hôpital de jour MPR du 2 mai au 25 juillet 2016 ; poursuite de la rééducation par des professionnels libéraux. **En mai 2017** vit seule à domicile, autonomie intérieure et extérieure totales, marche illimitée en extérieur avec une canne simple, guérison de l'adénocarcinome, prend l'avion seule.

### Post-chirurgie chez un enfant avec autisme sévère

**Enfant de 16 ans présentant un autisme sévère**, aîné de 4 enfants, communication verbale difficile. La maman s'occupe des enfants, le papa travaille. Très entouré par sa famille, il habite dans une maison de plain-pied dont toutes les chambres et la salle de bains sont situées à l'étage. Il se rend en autobus en Institut médico-éducatif (IME), du lundi au vendredi, de 8h à 17h. Son niveau scolaire est estimé à un CM1/CM2

**Parcours de soins** : chirurgie pour marche sur la pointe des pieds et équin bilatéral sévère, avec intervention sur le pied gauche le 8 septembre 2011 puis sur le membre inférieur droit le 14 novembre.

**Situation clinique** : à la sortie de la 1<sup>è</sup> hospitalisation, l'enfant présente un flexum du genou d'environ 10° avec une botte plâtrée à gauche à garder 6 semaines. A droite, le pied encore non opéré est creux en équin partiellement fixé et présente une tuméfaction molle dorsale ; le genou droit est en flexum d'environ 10°. Il a des capacités motrices qui lui permettent d'allonger les deux membres inférieurs à la demande mais il refuse d'effectuer les transferts pour aller au fauteuil. Il a besoin d'être sollicité pour tous les actes de la vie quotidienne. Il dort dans le canapé du salon avec son papa à côté de lui pour éviter qu'il ne se lève et la toilette est faite, couché, par la maman.

### Objectifs thérapeutiques :

- Kinésithérapie :
  - o Surveillance sous plâtre et éducation de l'entourage aux signes d'alertes de complication.
  - o Entretien des mobilités articulaires, notamment au pied gauche déjà opéré et des 2 genoux.
  - o Entretien musculaire des quadriceps
  - o Béquillage si possible avec appui à 45 jours
- Ergothérapie : évaluation des besoins en matériel d'aides-techniques.
- Social : évaluation des besoins en aides humaines et suivi de la demande à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) faite par la directrice de l'IME.

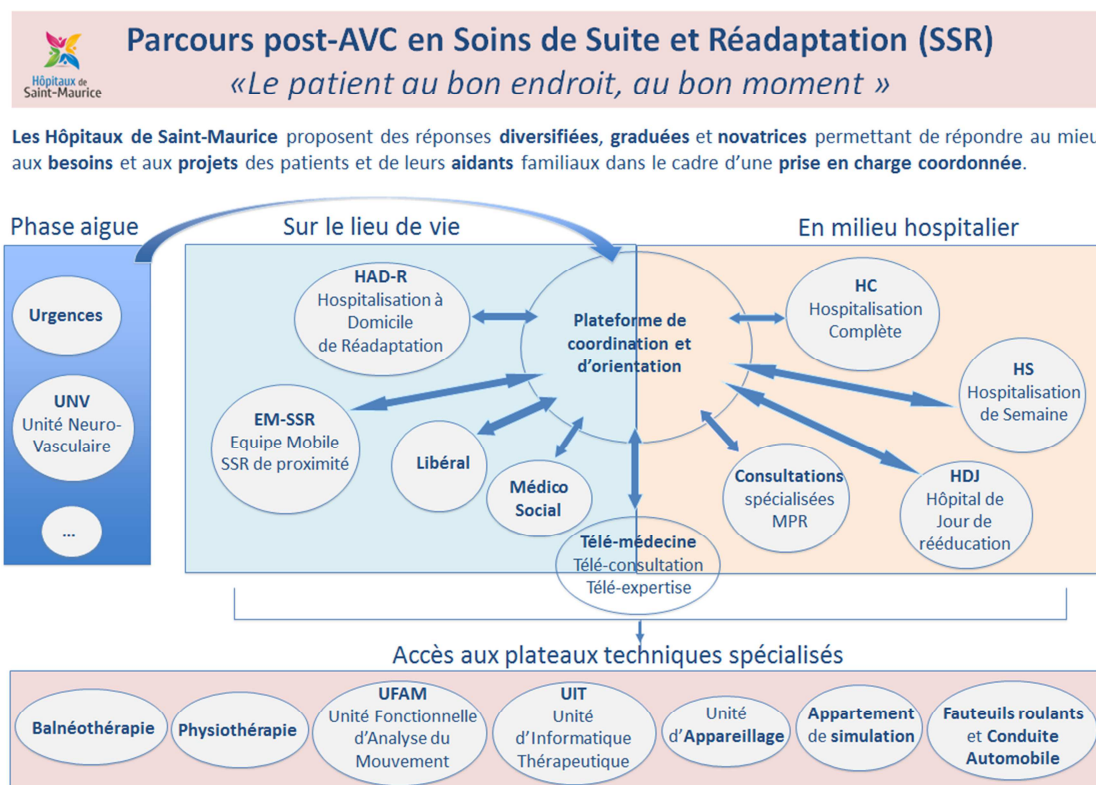
- Infirmier : injection quotidienne d'anticoagulant, surveillance du plâtre et mise en place d'évaluation de la douleur avec une échelle adaptée.

**Evolution en HAD-R** du 20 septembre au 10 novembre 2011, puis du 17 novembre 2011 au 20 janvier 2012 au décours de la 2<sup>e</sup> intervention. Reprise de la scolarité en IME le 23 janvier 2012. Les suites opératoires ont été simples. La difficulté de la prise en charge a été liée à la non coopération de l'enfant du fait du syndrome autistique, avec de ce fait des séances de qualité très variable. Cependant, l'évolution a été favorable avec reprise progressive de la marche, ablation des plâtres remplacés par des attelles livrées le 28 décembre 2011 (appui non autorisé sans attelle) ; renforcement musculaire lors des séances de kinésithérapie. Deux mois après les interventions chirurgicales, l'enfant marche de manière autonome au domicile et accompagné à l'extérieur.

**Résultat :** la prise en charge dans le cadre d'une HAD-R a permis d'apporter des soins post-opératoires et une rééducation intensive en maintenant l'enfant dans son cocon familial et d'intégrer son entourage dans la prise en charge.

## Exemples de parcours en réadaptation

### Parcours post-AVC proposé par les hôpitaux de Saint-Maurice



### Parcours en hospitalisation complète puis HAD-R puis hôpital de jour

- En neurologie : patient de 62 ans avec une paraplégie évolutive (syringomyélie) associée à des troubles vésico-sphinctériens ; sortie d'hospitalisation complète en HAD-R pour rééducation, réadaptation et éducation vésico-sphinctérienne du patient et des intervenants libéraux ; relais en hôpital de jour pour prise en charge avec le plateau technique et bilan de l'aggravation d'une spasticité.
- En traumatologie : patient de 45 ans avec polytraumatisme ; hospitalisation complète le temps de la cicatrisation et de l'organisation du retour à domicile avec HAD-R durant la phase sans appui ; relais en hôpital de jour pour la reprise d'appui et l'accès au plateau technique.

### Parcours en hospitalisation complète puis au domicile avec intervention de l'équipe mobile puis HAD-R

- Patient avec AVC « ancien » ; équipe mobile (qui ne délivre pas de soin) au domicile pour adaptation des aides techniques ; HAD-R pour réadaptation au domicile et mise en situation écologique.

# Partenariats pour l'HAD-R

## Quels partenariats ?

Un partenariat entre une équipe de MPR et un opérateur d'HAD polyvalente est porté par l'autorisation d'activité d'HAD de l'opérateur polyvalent, qui apporte ses compétences logistiques pour l'organisation du séjour.

Un partenariat entre un opérateur d'HAD spécialisée en réadaptation et une structure d'HAD polyvalente porte sur la complémentarité entre compétences en rééducation/réadaptation et compétences pour les autres soins éventuels. Les autorisations d'activité d'HAD spécifiant la zone d'intervention possible, un tel partenariat peut permettre par ailleurs à une structure d'HAD spécialisée en réadaptation d'intervenir au-delà de sa zone habituelle, portée par l'autorisation du partenaire d'HAD polyvalente.

Dans les deux cas, le partenariat contribue aux liens avec les autres acteurs du maintien à domicile grâce au partage des réseaux de correspondants des deux équipes : équipes mobiles de SSR ; professionnels libéraux, de SSIAD ou des structures d'hébergement médico-sociales ; MDPH, etc.

Les partenaires établissent ensemble et signent une convention dans laquelle sont définies les modalités de leur partenariat, en précisant les différentes déclinaisons possibles selon les apports respectifs des deux équipes qui découlent des différentes catégories de situations cliniques. Une trame générique de convention est proposée en Annexe 1.

## Organisation de la prise en charge

L'équipe de MPR met à disposition au domicile des patients ses compétences spécifiques (évaluation MPR, kinésithérapeute, orthophoniste et ergothérapeute, autres si besoin comme par exemple psychomotricien ou enseignant en APA). La structure d'HAD polyvalente met à disposition les compétences non spécifiques à la réadaptation comme les infirmiers diplômés d'état (IDE), aides-soignants, assistante sociale, psychologue ; elle finance les frais de mise à disposition de matériel, les traitements, les frais de laboratoire et les honoraires du médecin traitant. L'équipe de MPR n'ayant pas d'autorisation d'HAD, la structure d'HAD polyvalente assure la remontée des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et reçoit la tarification ; une partie des recettes est reversée à l'établissement de santé de l'équipe de MPR, conformément à la convention de partenariat. La structure d'HAD polyvalente ouvre le dossier patient informatisé aux professionnels de l'équipe MPR, ce qui optimise la transmission d'informations entre les deux équipes. Les réunions pluridisciplinaires sont organisées dans les locaux de l'équipe de MPR.

Les formulaires de demande médicale d'HAD-R et d'évaluation des besoins par le coordinateur d'HAD sont régionaux. Le formulaire de consentement du patient et le dossier patient sont ceux de l'HAD polyvalente. Le livret d'accueil en HAD est celui de la structure d'HAD polyvalente complété par la plaquette d'information régionale pour l'HAD-R.

## Répartition des demandes

Pour l'instant une seule équipe de SSR est partenaire de deux opérateurs d'HAD polyvalente ; l'HAD-R des hôpitaux de Saint-Maurice dans le Val-de-Marne (94) résulte d'un partenariat entre l'unité neurologique adulte et l'HAD de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) depuis 2010 puis l'HAD de la Fondation-Œuvre de la Croix-Saint-Simon depuis 2014. Le principe d'équité est retenu pour la répartition entre les deux opérateurs d'HAD polyvalente.

### Financement

Le modèle actuel en cas de partenariat entre équipe de SSR et opérateur d'HAD polyvalente est le partage à parts égales des recettes provenant du tarif à l'activité (T2A) spécifique à l'HAD.

Ce modèle doit être affiné en fonction de l'importance respective des interventions des deux partenaires ; un réajustement en fin d'exercice permettrait de répartir les recettes proportionnellement aux charges engagées par chacun des partenaires.

Des études analytiques de coûts sont en cours à cet effet. Une proposition de maquette d'étude de coût est présentée en annexe 2.

### Evaluation d'un partenariat pour l'HAD-R

L'évaluation concerne plusieurs aspects :

- les données d'activité,
- la mise en œuvre de la convention de partenariat,
- des critères choisis comme prioritaires à partir du chemin clinique,
- les données de coût analytique.

Le PMSI-HAD est nécessairement remonté par la structure bénéficiant d'une autorisation d'HAD, sans possibilité de distinguer des séjours réalisés en partenariat avec une équipe de SSR ou non. L'HAD-R doit donc mettre en place son propre tableau de bord.

Un certain nombre d'indicateurs proposés dans le cahier des charges de l'HAD francilienne peuvent être suivis pour l'activité spécifique de réadaptation :

- Nombre de journées / de patients dans l'année avec MPP 11 / 12
- Durée moyenne de séjour (DMS)
- Nombre de séjours par prescription directe non hospitalière
- Nombre de séjours d'HAD-R en établissement social et médico-social (ESMS)
- Nombre d'actions de formation associant personnel de l'HAD-R et intervenants extérieurs
- Nombre de réunions de concertation pluridisciplinaire
- Nombre d'actions d'amélioration engagées à la suite de réclamation de patient ou de son entourage
- Nombre de patients participant à des programmes d'éducation thérapeutique

Il est recommandé d'organiser des réunions à rythme régulier entre les partenaires afin de discuter ensemble des difficultés rencontrées, de proposer puis de mettre en œuvre des actions d'amélioration, avant d'évaluer leur efficacité. Ces réunions sont également l'occasion d'un partage d'expérience sur les leviers facilitant l'organisation du séjour en HAD-R.

## Outils franciliens pour l'HAD-R

### Information des patients et de leurs entourages

Cette plaquette sert de support au dialogue entre l'équipe d'HAD-R et le patient avec son entourage. Elle est complétée d'un document spécifique à chaque équipe avec son logo, QUI = professions et trombinoscope, la zone d'intervention et les modalités de contact.

**Cible** : patient porteur de déficiences motrice et/ou cognitive et/ou psycho-comportementale entraînant un handicap nécessitant réadaptation / rééducation / réinsertion pluri-professionnelle coordonnée, ainsi que son entourage

#### Objectifs :

- Intérêt de la réadaptation à domicile

- Dans votre environnement et avec votre entourage
- Objectifs adaptés à votre contexte de vie
- Poursuite de la prise en charge par des spécialistes de la rééducation/réadaptation
- Sécurise votre retour et le maintien à domicile
- Information sur l'HAD-R et ses missions
  - Exemple de professionnels pouvant intervenir chez vous : médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) + masseur-kinésithérapeute + orthophoniste + ergothérapeute + enseignant en activité physique adaptée (APA) + psychomotricien + neuropsychologue
  - Service social
- Modalités de l'HAD
  - Accord du médecin traitant
  - Prise en charge par l'Assurance maladie
  - Assure le lien avec les intervenants au domicile
  - Organise le relai à la sortie

### Verbatim :

La poursuite de votre programme de rééducation et de réadaptation en hospitalisation à domicile vous permet de le réaliser dans votre cadre de vie auprès de votre entourage, au plus près de vos besoins. Il vous est bien entendu demandé votre consentement ainsi que la désignation (non obligatoire) d'une personne de confiance.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est réservée aux situations complexes qui nécessitent des soins coordonnés fréquents, pluridisciplinaires et continus. Elle est proposée en remplacement d'une hospitalisation complète dès lors que la prise en charge ne comporte pas de soins intensifs ou de recours fréquents à un plateau technique spécialisé ; elle est soumise aux mêmes règles, notamment de qualité et de sécurité certifiées par la Haute Autorité de santé.

La plupart des opérateurs d'HAD proposent rééducation orthopédique et rééducation neurologique. En Ile-de-France, des partenariats entre opérateurs d'HAD polyvalente et entre équipes de médecine physique et de réadaptation permettent de créer des structures spécialisées en HAD de réadaptation ou HAD-R. L'annuaire spécifique est disponible sur le site Internet de l'Agence régionale de santé : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-annuaire-et-activite>

L'HAD est prescrite par votre référent hospitalier ou votre médecin traitant ; elle ne peut être organisée sans l'accord de ce dernier. Le projet thérapeutique associe les objectifs de réadaptation, les soins médicaux, le suivi social et un accompagnement psychologique. Tout est pris en charge comme à l'hôpital : interventions des professionnels, matériel et médicaments, examens biologiques ; votre carte vitale ne doit pas être utilisée pendant votre séjour en HAD (sauf pour l'imagerie). Votre infirmier ou votre kinésithérapeute libéraux, si vous en avez, peuvent continuer à vous prodiguer des soins dans le cadre de l'HAD, en passant une convention avec la structure d'HAD. Les aides à domicile restent en place ou sont sollicitées si besoin par l'assistante sociale de l'HAD. L'ergothérapeute envisagera avec vous un éventuel aménagement de votre domicile.

Vos données médicales sont accessibles aux professionnels de santé, lesquels sont soumis au secret médical, dans un dossier qui vous sera communiqué sur simple demande après votre sortie d'HAD.

L'HAD est prescrite pour une durée définie ; sa pertinence est réévaluée régulièrement. Dès que possible, le relai est organisé avec les professionnels de ville. Une synthèse de la prise en charge est alors adressée à votre médecin traitant et au prescripteur de l'HAD.

Votre appréciation sur le déroulement du séjour en HAD sera recueillie à la sortie, afin que votre expérience contribue à l'amélioration continue de nos services. Pour en savoir plus - Charte de la personne hospitalisée – 2006 <http://www.cnr-d.fr/Charte-de-la-personne-hospitalisee-702.html>



**GAGNER EN AUTONOMIE  
CHEZ SOI**

**HAD-R**

**HOSPITALISATION À DOMICILE  
RÉÉDUCATION · RÉADAPTATION · RÉINSERTION**

**HAD-R**  
réadaptation

En Île-de-France, des partenariats entre opérateurs d'HAD polyvalents et équipes de médecine physique et de réadaptation permettent de créer des structures d'hospitalisation à domicile spécialisées en réadaptation sous le label HAD-R.

**POUR EN SAVOIR PLUS**  
L'HOSPITALISATION À DOMICILE EN ÎLE-DE-FRANCE  
(annuaire des opérateurs)  
[www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile](http://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile)

**LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE**  
[www.cnrdf.fr/Charte-de-la-personne-hospitalisee-702.html](http://www.cnrdf.fr/Charte-de-la-personne-hospitalisee-702.html)

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

@ars\_IDF  
iledefrance.ars.sante.fr

ARS Île-de-France – Département commission – Février 2018 – FR ISBN 978-2-36950-101-5



# L'HOSPITALISATION À DOMICILE DE RÉADAPTATION



LA RÉADAPTATION À DOMICILE vous permet de retrouver une autonomie maximale dans votre environnement habituel et pour les gestes de la vie quotidienne, auprès de votre entourage, dans un cadre sécurisé, comme à l'hôpital.



## 1. Qu'est-ce que c'est ?

L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) peut remplacer une hospitalisation complète, dès lors que des soins intensifs et le recours fréquent à un plateau technique ne sont pas nécessaires.

L'HAD DE RÉADAPTATION (HAD-R) propose une rééducation pluridisciplinaire coordonnée associée à des soins, avec astreinte 24h/24, chez vous (domicile ou établissement d'hébergement) par une équipe de professionnels spécialisés :

- Médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation
- Kinésithérapeute
- Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Neuropsychologue
- Psychomotricien
- Enseignant en activité physique adaptée



En fonction des besoins, des suivis particuliers sont mis en place avec interventions par exemple d'une assistante sociale, d'un psychologue, d'une diététicienne, etc.



## 2. Quelles sont les pathologies prises en charge ?

L'HAD DE RÉADAPTATION s'adresse aux patients atteints de pathologies d'origine neurologique (par exemple à la suite d'un accident vasculaire cérébral) ou orthopédique (par exemple à la suite d'une fracture complexe ou d'une amputation).



## 3. Quelles sont les modalités de prise en charge ?

L'HAD EST PRESCRITE par le médecin hospitalier ou le médecin traitant. L'accord de ce dernier est indispensable.

Dans certains cas, votre infirmier, votre orthophoniste et/ou votre kinésithérapeute libéraux habituels peuvent être intégrés à l'équipe d'HAD-R.

Les interventions des professionnels, le matériel et les médicaments ainsi que les examens biologiques liés aux soins sont pris en charge par l'Assurance Maladie comme à l'hôpital.




## 4. Et après ?

L'HAD EST PRESCRITE POUR UNE DURÉE LIMITÉE et sa pertinence est réévaluée régulièrement. Dès que possible, le relais est organisé avec les professionnels de ville.

Une synthèse de la prise en charge est alors adressée à votre médecin traitant et au médecin ayant prescrit l'HAD.

## Formulaire de demande médicale d'HAD-R

	Date de la <b>demande</b> :  Date d'admission souhaitée :	LOGO  Etablissement réalisant la demande
---	---	--

**Utiliser Via-Trajectoire ++** <https://viatrajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>  
**ou COURRIEL** par messagerie sécurisée (MS-Santé) à [xxxxx@xxxx.xxx](mailto:xxxxx@xxxx.xxx)

Service adresseur : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

Médecin prescripteur : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

Médecin traitant : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

Assistante sociale : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

### LE PATIENT

**NOM et prénom** : .....

Date de naissance : ...../...../.....      Age : ..... Sexe :  Masculin  Féminin

Adresse précise en HAD : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

Personne à joindre pour préparer l'HAD :

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

Infirmier à domicile : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

Aide à domicile organisée : OUI  NON       A organiser : OUI  NON

Accord du patient : OUI  NON       Vit seul(e) : OUI  NON

Langue parlée : Français  Autre - - - - -      Accord de l'entourage : OUI  NON

Couverture sociale :

Démarches sociales en cours : OUI  NON  Commentaires : .....



## Formulaire d'évaluation des besoins par le coordonnateur de l'HAD

	Date de l'évaluation :  Date d'admission souhaitée :	LOGO  Etablissement réalisant l'évaluation des besoins
---	--	--

### Joindre la demande médicale d'HAD de réadaptation

EVALUATION FAITE PAR : .....

Fonction : ..... Lieu : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

Accord d'HAD : du patient OUI  NON  - du médecin traitant OUI  NON

### LE PATIENT et son environnement

**NOM et prénom** : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

Profession : ..... Chômage  Retraité  Invalidité

Personne de confiance : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

**Cadre de vie** : Appartement  Maison  Etablissement médico-social  Nom :

Accès au domicile : Code - - - - Interphone  Nom : .....

Bâtiment : - - - Etage : - - - Porte : - - - Ascenseur : OUI  NON

Accès aux personnes à mobilité réduite : OUI  NON

Présence d'un tiers au domicile : OUI  NON  - Préciser :

Le patient peut ouvrir la porte : OUI  NON  - Jeu de clés à prévoir : OUI  NON .....

Présence d'animaux : OUI  NON  Lesquels :

Logement : de plain-pied  Spacieux  Exigu  Danger potentiel  Préciser : .....

Accessibilité du patient à une douche : OUI  NON  - à des WC : OUI  NON

Aménagements à prévoir : OUI  NON  Préciser : .....

**Entourage** - Personnes à prévenir. Accord d'HAD : OUI  NON

1 - Nom – Prénom – Age / Lien avec le patient : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

2 - Nom – Prénom – Age / Lien avec le patient : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

3 - Nom – Prénom – Age / Lien avec le patient : .....

☎ : ...../...../...../...../.....      ✉ : .....@.....

**RAPPEL - NOM et prénom du patient** : .....

## Données administratives et sociales

N° de sécurité sociale : .....100 %  CMU  AME

Mutuelle :

Allocations d'invalidité / handicap / autonomie : .....GIR : .....

Arrêt de travail  Date de fin : --/--/---- Accident de travail  Date : --/--/----

Protection juridique : OUI  NON  Préciser : .....

## Professionnels du domicile

Infirmier : .....

☎ : ...../...../...../...../.....  : .....@.....

Kinésithérapeute .....

☎ : ...../...../...../...../.....  : .....@.....

Orthophoniste : .....

☎ : ...../...../...../...../.....  : .....@.....

Prestataire : .....

☎ : ...../...../...../...../.....  : .....@.....

Pharmacie : .....

☎ : ...../...../...../...../.....  : .....@.....

Laboratoire : .....

☎ : ...../...../...../...../.....  : .....@.....

## Aides à domicile organisée

Garde-malade  Auxiliaire de vie  Aide-ménagère  Téléalarme  Portage des repas

Organisme : Nom .....☎ : ...../...../...../...../.....Fréquence : .....

Bénévoles  Préciser : .....

**Autres dispositifs médico-sociaux** (exemple réseau de santé) :

## SEJOUR en HAD de réadaptation

### Compte-rendu d'hospitalisation

Antécédent d'hospitalisation à l'étranger depuis moins d'un an : OUI  NON

Patient porteur d'une BMR / BHR (bactérie résistante) ou à risque de portage : OUI  NON

Germe isolé : .....

**Ordonnances** médicaments  dispositifs médicaux  rééducation  examens  autre

Préciser : .....

Traitement à risque : OUI  NON  - Préciser : .....

### Informations données :

- Au patient : Diagnostic  Pronostic  (prise en charge ou soins palliatifs)
- A la famille : Diagnostic  Pronostic  (prise en charge ou soins palliatifs)
- Existence de directives anticipées : OUI  NON
- Commentaires :

**Mobilité** – Latéralité : droite  - gauche

Périmètre de marche :

**RAPPEL - NOM et prénom du patient :** .....

## Fonctions cognitives

Langage - Compréhension : Expression :  
 Patient orienté dans le temps : OUI  NON  ; dans l'espace : OUI  NON   
 Mémoire : normale  altérée  - Anosognosie : OUI  NON   
 Traitement : le connaît : OUI  NON  - Capable de le gérer : OUI  NON   
 Négligence spatiale unilatérale : OUI  NON   
 Troubles praxiques : OUI  NON  - dysexécutifs : OUI  NON   
 Humeur :

**Prothèses** : Lunettes  Lentilles  - Auditive droite  - gauche   
 Appareil dentaire haut  - bas  - Autre  Préciser : .....

## Matériel nécessaire

Lit médicalisé : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>	Potence de lit : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>
Matelas : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>	Déambulateur : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>
Fauteuil de repos : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>
Lève personne : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>	Chaise percée : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>
Aspirateur trachéal : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>	Cannes : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>
Aérosol : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>	Oxygène : En place <input type="checkbox"/> A livrer <input type="checkbox"/>
Autre : .....	
Précision : .....	

## Soins

Alimentation entérale : Gastrostomie  Sonde gastrique  Nombre de poches par jour : ...  
 Hydratation / jour : .....Eau plate  gazeuse  gélifiée   
 Compléments nutritionnels : .....Régime normal  tendre  haché  mixé   
 Voie d'abord : Centrale  Périphérique  Préciser : .....  
 Trachéotomie  Type : .....Diamètre : .....  
 Toilette au lavabo / douche : Aide complète  Aide partielle   
 Toilette au lit : Complète  Partielle   
 Sonde urinaire  posée le --/--/---- Etui pénien  Changes complets  Jour - Nuit  
 Pansement : OUI  NON  Préciser : .....  
 Aide aux transferts : OUI  NON  Préciser : .....

**Aides à domicile** à mettre en place : .....

## Risques : **pour chaque risque identifié, ouvrir une feuille de suivi spécifique**

Chute : OUI  NON  Préciser : .....  
 Escarre : OUI  NON  Préciser : .....  
 Douleur : OUI  NON  Préciser : .....  
 Fausse-route : OUI  NON  Préciser : .....  
 Encombrement bronchique : OUI  NON  Préciser : .....  
 Fécalome : OUI  NON  Préciser : .....  
 Dépression : OUI  NON  Préciser : .....  
 Déambulation : OUI  NON  Préciser : .....  
 Insomnie : OUI  NON  Préciser : .....  
 Allergie : OUI  NON  Préciser : .....

## Echelle d'évaluation du risque d'escarre de Norton : score < 14 = risque

Condition physique : 1 = mauvaise  2 = pauvre  3 = moyenne  4 = bonne   
 Condition mentale : 1 = stuporeux  2 = confus  3 = apathique  4 = alerte   
 Mobilité : 1 = immobile  2 = très limitée  3 = peu limitée  4 = complète   
 Incontinence : 1 = fécale et urinaire  2 = urinaire  3 = occasionnelle  4 = continent   
 Activité : 1 = couché  2 = fauteuil  3 = marche aidée  4 = ambulant

## Commentaires

**RAPPEL - NOM et prénom du patient :** .....

## Description des troubles

Orthopédiques et moteurs :

Sensitifs :

Psycho-comportementaux :

Communication :

Etat général :

Activité :

## Index de Barthel

### ► Alimentation :

10 = indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable.

5 = a besoin d'aide par exemple pour couper.

0 = dépendance complète

### ► Contrôle sphinctérien :

10 = continence.

5 = fuites occasionnelles.

0 = incontinence ou prise en charge personnelle si sonde vésicale à demeure.

### ► Anorectal :

10 = continence. Capable de s'administrer un lavement ou un suppositoire.

5 = accidents occasionnels. A besoin d'aide pour un lavement ou un suppositoire si nécessaire.

0 = incontinence.

### ► WC :

10 = indépendance.

5 = intervention d'une tierce personne.

0 = dépendance complète

### ► Soins personnels :

5 = possible sans aide.

0 = dépendance complète.

### ► Bain :

5 = possible sans aide

0 = dépendance complète

### ► Habillage :

10 = indépendance (pour boutonner un bouton, fermer une fermeture éclair, lacer ses lacets, mettre des bretelles)

5 = a besoin d'aide, mais fait la moitié de la tâche en un temps correcte.

0 = dépendance complète

### ► Transfert du lit au fauteuil :

15 = indépendant, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant.

10 = peut s'asseoir mais doit être installé.

5 = capable de s'asseoir, mais nécessite une aide maximale pour le transfert.

0 = Incapacité totale

### ► Déplacement :

15 = marche avec soutien ou pas pour plus de 50 mètres.

10 = marche avec aide pour 50 mètres.

5 = indépendant pour faire 50 mètres en fauteuil roulant.

0 = dépendance complète.

### ► Escaliers :

0 10 = indépendant, peut se servir de cannes.

0 5 = a besoin d'aide ou de surveillance.

0 0 = incapacité totale.

Score total : /100 Commentaires :



**RAPPEL - NOM et prénom du patient :** .....

## Préconisations d'interventions en HAD-R

Kinésithérapeute : OUI  NON

Souhaite garder le professionnel de ville après HAD-R : OUI  NON

Objectifs :

Ergothérapeute : OUI  NON

Souhaite garder le professionnel de ville après HAD-R : OUI  NON

Objectifs :

Orthophoniste : OUI  NON

Souhaite garder le professionnel de ville après HAD-R : OUI  NON

Objectifs :

Psychologue : OUI  NON

Suivi souhaité : OUI  NON

Objectifs :

Assistante sociale : OUI  NON

Passage à domicile nécessaire : OUI  NON

Objectifs :

Infirmier de jour : OUI  NON

Infirmier de nuit : OUI  NON

Souhaite garder le professionnel de ville après HAD-R : OUI  NON

Objectifs :

Aide-soignant : OUI  NON

Souhaite garder le professionnel de ville après HAD-R : OUI  NON

Objectifs :

Diététicienne : OUI  NON

Souhaite garder le professionnel de ville après HAD-R : OUI  NON

Objectifs :

Psychomotricien : OUI  NON

Souhaite garder le professionnel de ville après HAD-R : OUI  NON

Objectifs :

Enseignant en activité physique adaptée : OUI  NON

Souhaite garder le professionnel de ville après HAD-R : OUI  NON

Objectifs :

Autre professionnel : OUI  NON  Préciser :

Objectifs :

Commentaires :

## Attentes du patient et de son entourage

## Projet thérapeutique durant le séjour d'HAD

## Critères d'évaluation

## Conclusion

Une admission en HAD-R semble possible pour une durée prévisible de : ... semaines à réévaluer chaque semaine en fonction de l'atteinte des objectifs et de l'évolution du patient.

Date de début de séjour proposée :

Date de sortie d'HAD-R prévisible :

Les interventions prévisibles après l'HAD-R seront :

Validation le :

par (Nom et fonction) :

## HAD de rééducation en France

Deux modes de prise en charge principaux (MPP) en HAD sont dédiés à la réadaptation :

- MPP 11 pour la rééducation orthopédique
- MPP 12 pour la rééducation neurologique

D'après les données issues du PMSI, ces 2 MPP ont concerné en 2016 en France 1 696 patients distincts (dont 539 soit 32 % en IDF), 81 159 journées (24 900 en IDF) avec une DMS de 40 jours (37 en IDF). Cette activité est en baisse de 28 % en France pour le nombre de journées entre 2013 et 2016 ; elle se maintient en IDF avec une baisse limitée à 4 %. La rééducation orthopédique est minoritaire en IDF avec 22 % des patients, alors qu'elle concerne 49 % des patients en France. Globalement en 2016 l'activité de rééducation concerne 2 % de l'activité d'HAD en nombre de journées en France, 3 % en Ile-de-France.

Pour plus de données concernant l'activité d'HAD en Ile-de-France, voir le tableau de bord diffusé sur le site Internet de l'ARS :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-annuaire-et-activite>

### Palmarès des régions pour la rééducation

Seules 4 régions ont réalisé de l'HAD de rééducation (MPP 11 + MPP 12) pour plus de 100 patients en 2016. L'Ile-de-France est en tête avec 539 patients.

Ordre décroissant de nombre de patients distincts en 2016	Total de rééducation = MPP 11 + MPP 12			
	2013	2014	2015	2016
<b>Île-de-France</b>	506	493	549	<b>539</b>
<b>Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine</b>	379	341	330	404
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	305	204	131	105
<b>Guadeloupe</b>	169	120	164	104
<b>Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes</b>	142	123	89	93
<b>Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées</b>	209	164	108	75
<b>Nord-Pas-de-Calais-Picardie</b>	116	111	125	72
<b>Réunion</b>	64	52	44	60
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	98	97	86	48
<b>Guyane</b>	96	89	59	44
<b>Bourgogne-Franche-Comté</b>	74	77	95	39
<b>Bretagne</b>	83	72	36	30
<b>Corse</b>	21	14	30	29
<b>Normandie</b>	34	50	44	29
<b>Centre</b>	95	70	47	24
<b>Pays de la Loire</b>	55	31	25	16
<b>Martinique</b>	15	4		4

## Opérateurs d'HAD les plus actifs en 2016 pour la rééducation

18 structures d'HAD dans 10 régions différentes ont assuré plus de 1 000 journées en 2016 soit pour le MPP 11, soit pour le MPP 12 ; les pratiques sont variables puisque les DMS varient entre 29 et 129 jours.

<b>MPP 12 = rééducation neurologique</b>	<b>Jours</b>	<b>Patients</b>	<b>DMS</b>
> 1 000 jours en 2016	Nombre		
<b>Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine</b>			
540020146 - CENTRE DE REEDUCATION FLORENTIN	1 977	50	33
<b>Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes</b>			
400780888 - SANTE SERVICE DAX -HAD-	2 884	28	76
<b>Corse</b>			
2A0001988 - HAD AJACCIO ET GRAND AJACCIO	1 009	13	53
<b>Guadeloupe</b>	<b>Jours</b>	<b>Patients</b>	<b>DMS</b>
970102596 - CLINIQUE DE CHOISY	1 101	12	73
970111563 - HAD ILES DU NORD	1 498	17	88
<b>Guyane</b>			
970304614 - HAD DE LA CLINIQUE ST PAUL	3 220	21	129
<b>Île-de-France</b>			
750042459 - HAD CROIX SAINT SIMON	2 996	86	31
750712184 - ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS	3 851	84	40
770700011 - CENTRE DE READAPTATION DE COUBERT	6 365	95	49
930110051 - CENTRE HOSPITALIER DE ST-DENIS	3 794	97	31
950013870 - GHEM EAUBONNE MONTMORENCY SIMONE VEIL	2 356	50	32
<b>Nord-Pas-de-Calais-Picardie</b>			
620013649 - HAD DU LITTORAL BOULOGNE MONTREUIL	1 186	12	74
<b>Réunion</b>			
970404851 - HAD-NORD-EST (ST-ANDRE) - ASDR	1 385	21	51

<b>MPP 11 = rééducation orthopédique</b>	<b>Jours</b>	<b>Patients</b>	<b>DMS</b>
> 1 000 jours en 2016	Nombre		
<b>Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine</b>			
540010568 - HAD HADAN	1 963	52	33
540020146 - CENTRE DE REEDUCATION FLORENTIN	8 406	256	29
<b>Île-de-France</b>			
750042459 - HAD CROIX SAINT SIMON	1 210	35	31
750712184 - ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS	1 560	30	47
770700011 - CENTRE DE READAPTATION DE COUBERT	1 401	27	45

## Activité de l'HAD de rééducation par régions

L'activité est largement en deçà des besoins ; le nombre de 100 patients / an est dépassé pour le MPP 11 seulement en Alsace et en Ile-de-France, pour le MPP 12 seulement en Ile-de-France.

Dans certaines régions, le total de séjours et de patients pour les 2 MPP regroupés est inférieur à la somme des MPP pris séparément. Cela indique que certains patients bénéficient des 2 types de rééducation durant leur séjour en HAD.

MPP 11 = rééducation orthopédique		MPP = Mode de prise en charge principal			
MPP 12 = rééducation neurologique		DMS = durée moyenne de séjour			
Rééducation = MPP 11 + MPP 12		> 100 patients distincts pour 1 MPP			
	Nombre de :	2013	2014	2015	2016
<b>Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine</b>					
<b>MPP 11</b>	Jours	6 694	7 904	7 435	11 084
	Séjours	310	304	260	376
	Patients distincts	289	270	235	329
	DMS (en jours)	22	26	29	29
<b>MPP 12</b>	Jours	2 570	2 188	4 106	3 217
	Séjours	106	81	118	106
	Patients distincts	96	71	100	85
	DMS (en jours)	24	27	35	30
<b>Total rééducation</b>	Jours	9 264	10 092	11 541	14 301
	Séjours	415	385	378	478
	Patients distincts	379	341	330	404
	DMS (en jours)	22	26	31	30
<b>Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes</b>					
		2013	2014	2015	2016
<b>MPP 11</b>	Jours	2 126	2 893	1 470	2 154
	Séjours	78	79	41	51
	Patients distincts	74	67	38	45
	DMS (en jours)	27	37	36	42
<b>MPP 12</b>	Jours	4 368	4 378	3 561	4 567
	Séjours	85	73	69	75
	Patients distincts	68	59	52	50
	DMS (en jours)	51	60	52	61
<b>Total rééducation</b>	Jours	6 494	7 271	5 031	6 721
	Séjours	163	151	110	125
	Patients distincts	142	123	89	93
	DMS (en jours)	40	48	46	54

<b>Auvergne- Rhône-Alpes</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	2 805	2 050	2 373	1 457
	Séjours	66	60	56	34
	<b>Patients distincts</b>	<b>62</b>	<b>56</b>	<b>50</b>	<b>31</b>
	DMS (en jours)	43	34	42	43
<b>MPP 12</b>	Jours	1 640	1 960	2 279	1 089
	Séjours	41	48	52	22
	<b>Patients distincts</b>	<b>37</b>	<b>41</b>	<b>38</b>	<b>17</b>
	DMS (en jours)	40	41	44	50
<b>Total rééducation</b>	Jours	4 445	4 010	4 652	2 546
	Séjours	107	108	106	56
	<b>Patients distincts</b>	<b>98</b>	<b>97</b>	<b>86</b>	<b>48</b>
	DMS (en jours)	42	37	44	45
<b>Bourgogne- Franche-Comté</b>					
		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	1 486	1 071	1 457	709
	Séjours	61	62	80	29
	<b>Patients distincts</b>	<b>57</b>	<b>59</b>	<b>78</b>	<b>26</b>
	DMS (en jours)	24	17	18	24
<b>MPP 12</b>	Jours	1 003	879	843	709
	Séjours	22	29	24	18
	<b>Patients distincts</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>13</b>
	DMS (en jours)	46	30	35	39
<b>Total rééducation</b>	Jours	2 489	1 950	2 300	1 418
	Séjours	83	91	104	47
	<b>Patients distincts</b>	<b>74</b>	<b>77</b>	<b>95</b>	<b>39</b>
	DMS (en jours)	30	21	22	30
<b>Bretagne</b>					
		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	1 497	1 176	381	476
	Séjours	62	57	25	18
	<b>Patients distincts</b>	<b>60</b>	<b>53</b>	<b>24</b>	<b>18</b>
	DMS (en jours)	24	21	15	26
<b>MPP 12</b>	Jours	778	805	654	413
	Séjours	27	29	16	14
	<b>Patients distincts</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
	DMS (en jours)	29	28	41	30
<b>Total rééducation</b>	Jours	2 275	1 981	1 035	889
	Séjours	89	85	41	32
	<b>Patients distincts</b>	<b>83</b>	<b>72</b>	<b>36</b>	<b>30</b>
	DMS (en jours)	26	23	25	28

<b>Centre</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	2 548	2 342	2 381	1 020
	Séjours	91	64	53	16
	<b>Patients distincts</b>	<b>82</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>13</b>
	DMS (en jours)	28	37	45	64
<b>MPP 12</b>	Jours	1 295	638	373	1 015
	Séjours	27	15	6	14
	<b>Patients distincts</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
	DMS (en jours)	48	43	62	73
<b>Total rééducation</b>	Jours	3 843	2 980	2 754	2 035
	Séjours	117	77	59	30
	<b>Patients distincts</b>	<b>95</b>	<b>70</b>	<b>47</b>	<b>24</b>
	DMS (en jours)	33	39	47	68
<b>Corse</b>					
		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	510	207	306	438
	Séjours	17	4	14	16
	<b>Patients distincts</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>12</b>
	DMS (en jours)	30	52	22	27
<b>MPP 12</b>	Jours	619	736	2 483	1 349
	Séjours	12	19	29	27
	<b>Patients distincts</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
	DMS (en jours)	52	39	86	50
<b>Total rééducation</b>	Jours	1 129	943	2 789	1 787
	Séjours	29	23	43	43
	<b>Patients distincts</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>29</b>
	DMS (en jours)	39	41	65	42
<b>Guadeloupe</b>					
		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	3 939	3 046	3 884	2 321
	Séjours	94	74	94	50
	<b>Patients distincts</b>	<b>83</b>	<b>68</b>	<b>85</b>	<b>44</b>
	DMS (en jours)	42	41	41	46
<b>MPP 12</b>	Jours	5 133	3 580	5 337	4 694
	Séjours	116	64	97	69
	<b>Patients distincts</b>	<b>103</b>	<b>60</b>	<b>88</b>	<b>63</b>
	DMS (en jours)	44	56	55	68
<b>Total rééducation</b>	Jours	9 072	6 626	9 221	7 015
	Séjours	193	129	182	117
	<b>Patients distincts</b>	<b>169</b>	<b>120</b>	<b>164</b>	<b>104</b>
	DMS (en jours)	47	51	51	60

<b>Guyane</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	1 980	1 567	977	139
	Séjours	32	38	20	6
	<b>Patients distincts</b>	<b>27</b>	<b>36</b>	<b>19</b>	<b>6</b>
	DMS (en jours)	62	41	49	23
<b>MPP 12</b>	Jours	5 632	3 861	2 957	3 929
	Séjours	97	70	45	45
	<b>Patients distincts</b>	<b>75</b>	<b>54</b>	<b>40</b>	<b>38</b>
	DMS (en jours)	58	55	66	87
<b>Total rééducation</b>	Jours	7 612	5 428	3 934	4 068
	Séjours	126	108	65	51
	<b>Patients distincts</b>	<b>96</b>	<b>89</b>	<b>59</b>	<b>44</b>
	DMS (en jours)	60	50	61	80
<b>Île-de-France</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	8 148	4 981	3 910	4 999
	Séjours	203	129	128	135
	<b>Patients distincts</b>	<b>178</b>	<b>116</b>	<b>109</b>	<b>121</b>
	DMS (en jours)	40	39	31	37
<b>MPP 12</b>	Jours	17 829	19 410	19 574	19 901
	Séjours	406	494	594	532
	<b>Patients distincts</b>	<b>328</b>	<b>377</b>	<b>440</b>	<b>422</b>
	DMS (en jours)	44	39	33	37
<b>Total rééducation</b>	Jours	25 977	24 391	23 484	24 900
	Séjours	600	615	720	663
	<b>Patients distincts</b>	<b>493</b>	<b>483</b>	<b>545</b>	<b>539</b>
	DMS (en jours)	43	40	33	38
<b>Languedoc-Roussillon- Midi-Pyrénées</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	4 117	4 283	1 702	1 489
	Séjours	155	105	67	48
	<b>Patients distincts</b>	<b>140</b>	<b>97</b>	<b>61</b>	<b>46</b>
	DMS (en jours)	27	41	25	31
<b>MPP 12</b>	Jours	2 712	2 987	2 169	1 390
	Séjours	79	87	53	35
	<b>Patients distincts</b>	<b>72</b>	<b>71</b>	<b>47</b>	<b>29</b>
	DMS (en jours)	34	34	41	40
<b>Total rééducation</b>	Jours	6 829	7 270	3 871	2 879
	Séjours	233	188	120	83
	<b>Patients distincts</b>	<b>209</b>	<b>164</b>	<b>108</b>	<b>75</b>
	DMS (en jours)	29	39	32	35

<b>Martinique</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	222	73		16
	Séjours	5	3		2
	<b>Patients distincts</b>	<b>5</b>	<b>3</b>		<b>2</b>
	DMS (en jours)	44	24		8
<b>MPP 12</b>	Jours	677	30		93
	Séjours	11	1		2
	<b>Patients distincts</b>	<b>11</b>	<b>1</b>		<b>2</b>
	DMS (en jours)	62	30		47
<b>Total rééducation</b>	Jours	899	103		109
	Séjours	15	4		4
	<b>Patients distincts</b>	<b>15</b>	<b>4</b>		<b>4</b>
	DMS (en jours)	60	26		27
<b>Nord-Pas-de-Calais-Picardie</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	3 229	2 155	2 430	1 637
	Séjours	69	70	66	42
	<b>Patients distincts</b>	<b>60</b>	<b>57</b>	<b>60</b>	<b>33</b>
	DMS (en jours)	47	31	37	39
<b>MPP 12</b>	Jours	2 861	2 912	5 138	2 816
	Séjours	68	75	91	51
	<b>Patients distincts</b>	<b>57</b>	<b>54</b>	<b>66</b>	<b>39</b>
	DMS (en jours)	42	39	56	55
<b>Total rééducation</b>	Jours	6 090	5 067	7 568	4 453
	Séjours	136	145	156	93
	<b>Patients distincts</b>	<b>116</b>	<b>111</b>	<b>125</b>	<b>72</b>
	DMS (en jours)	45	35	49	48
<b>Normandie</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	1 376	1 337	2 043	1 551
	Séjours	31	45	43	26
	<b>Patients distincts</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>36</b>	<b>25</b>
	DMS (en jours)	44	30	48	60
<b>MPP 12</b>	Jours	194	472	490	117
	Séjours	8	12	10	5
	<b>Patients distincts</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>4</b>
	DMS (en jours)	24	39	49	23
<b>Total rééducation</b>	Jours	1 570	1 809	2 533	1 668
	Séjours	39	57	53	31
	<b>Patients distincts</b>	<b>34</b>	<b>50</b>	<b>44</b>	<b>29</b>
	DMS (en jours)	40	32	48	54



<b>Pays de la Loire</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	1 403	704	372	584
	Séjours	39	25	10	9
	<b>Patients distincts</b>	<b>36</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
	DMS (en jours)	36	28	37	65
<b>MPP 12</b>	Jours	640	345	390	383
	Séjours	23	12	18	10
	<b>Patients distincts</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>7</b>
	DMS (en jours)	28	29	22	38
<b>Total rééducation</b>	Jours	2 043	1 049	762	967
	Séjours	62	37	28	19
	<b>Patients distincts</b>	<b>55</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>16</b>
	DMS (en jours)	33	28	27	51
<b>Provence-Alpes- Côte d'Azur</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	7 445	5 040	3 860	2 137
	Séjours	159	145	83	67
	<b>Patients distincts</b>	<b>141</b>	<b>132</b>	<b>75</b>	<b>60</b>
	DMS (en jours)	47	35	47	32
<b>MPP 12</b>	Jours	12 759	5 120	3 176	2 907
	Séjours	211	101	74	67
	<b>Patients distincts</b>	<b>172</b>	<b>74</b>	<b>59</b>	<b>46</b>
	DMS (en jours)	60	51	43	43
<b>Total rééducation</b>	Jours	20 204	10 160	7 036	5 044
	Séjours	366	245	154	133
	<b>Patients distincts</b>	<b>305</b>	<b>204</b>	<b>131</b>	<b>105</b>
	DMS (en jours)	55	41	46	38
<b>Réunion</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>MPP 11</b>	Jours	1 131	815	549	1 140
	Séjours	34	30	25	28
	<b>Patients distincts</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>25</b>
	DMS (en jours)	33	27	22	41
<b>MPP 12</b>	Jours	2 038	1 234	897	2 046
	Séjours	49	34	29	46
	<b>Patients distincts</b>	<b>36</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>35</b>
	DMS (en jours)	42	36	31	44
<b>Total rééducation</b>	Jours	3 169	2 049	1 446	3 186
	Séjours	82	63	53	74
	<b>Patients distincts</b>	<b>64</b>	<b>52</b>	<b>44</b>	<b>60</b>
	DMS (en jours)	39	33	27	43

# Annexes

## 1- Convention type de partenariat d'HAD-R

Cette convention type est bien entendu à adapter en fonction des spécificités de chaque partenariat.

<p>LOGO</p> <p>Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR</p>	<p>Convention de partenariat pour une activité commune d'hospitalisation à domicile (HAD) de réadaptation</p>	<p>LOGO</p> <p>Structure d'HAD polyvalente</p>
---	---	--

### Entre d'une part :

Equipe ou structure d'HAD spécialisée en Médecine physique et réadaptation (MPR)

Adresse postale

Représentée par *Prénom NOM* en sa qualité de *Fonction*

Ci-après dénommée *sigle*

### Et d'autre part :

Structure d'HAD polyvalente

Adresse postale

Représentée par *Prénom NOM* en sa qualité de *Fonction*

Ci-après dénommée *sigle*

**Vu** les articles L.6111-1, L6125-2, R6121-4-1, D6124-306, D6124-308, D6124-309 du Code de la santé publique.

**Vu** le renouvellement de l'autorisation d'exercer une activité de soins de suite et de soins de réadaptation fonctionnelle délivrée le     à *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR*.

**Vu** le renouvellement de l'autorisation d'exercer une activité de soins de suite et de soins de réadaptation fonctionnelle délivrée le     à *Structure d'HAD polyvalente*.

### Il a été convenu ce qui suit :

#### PREAMBULE

L'HAD de réadaptation (HAD-R) permet de poursuivre la réadaptation de patients présentant une ou plusieurs déficiences (quelle que soit la pathologie) nécessitant une rééducation pluridisciplinaire, avec un programme soutenu et limité dans le temps, dans un but de gain fonctionnel, dans les conditions écologiques de domicile, en toute sécurité ; elle remplace une hospitalisation complète dès lors que la prise en charge ne comporte pas de soins intensifs ou de recours fréquents à un plateau technique spécialisé. Retrouver les repères habituels rassure et contribue à la mise en place d'une dynamique positive et d'une réinsertion sociale. Par ailleurs l'HAD-R permet d'impliquer l'entourage du patient et de lui proposer un accompagnement ; elle est l'occasion d'intégrer le médecin traitant au projet de rééducation/réadaptation.

Cette convention de partenariat permet d'offrir aux patients conjointement les compétences spécialisées en réadaptation apportées par *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR* et l'expertise dans le domaine de l'HAD de *Structure d'HAD polyvalente* garantie par son autorisation pour cette activité spécifique délivrée par l'Agence régionale de santé.

## Article 1 - Objet de la convention

La présente convention établit les modalités de fonctionnement et de financement du partenariat entre *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR* et *Structure d'HAD polyvalente* pour proposer une activité commune d'HAD-R.

Les patients pris en charge par l'HAD-R, dans le cadre de cette collaboration, sont :

- des patients adultes provenant des services du *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR*,
- des patients en provenance du domicile,
- des patients issus de différents services d'hospitalisation.

La présente convention ne fait pas obstacle au libre choix du patient ou de leurs représentants légaux qui gardent la faculté de s'adresser aux professionnels et structures de santé de leur choix.

La zone d'intervention concernée comprend les communes d'Ile-de-France suivantes : *liste*.

## Article 2 - Engagements des parties

Dans le cadre de cette expérimentation, *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR* s'engage à mettre à disposition une équipe médicale et de rééducateurs, composée d'un médecin MPR, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et d'orthophonistes, qui se déplacent au domicile du patient

Dans le cadre de cette expérimentation, *Structure d'HAD polyvalente* s'engage à mettre à disposition une équipe d'infirmiers et d'aides-soignants qui se déplacent à domicile, ainsi qu'un psychologue et un assistant social.

Chaque partie prend à sa charge le matériel technique et les consommables nécessaires à la bonne pratique de ses interventions à domicile.

## Article 3 - Parcours du patient et répartition des prises en charge

**Admission du patient** : toute demande d'HAD-R est réalisée par le médecin MPR de coordination de *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR*, avec le logiciel Via-Trajectoire<sup>6</sup>, auprès de *Structure d'HAD polyvalente*. Il doit s'assurer en amont de l'accord du médecin traitant du patient. En cas de besoin, une visite du domicile du patient est organisée par l'équipe de rééducateurs de *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR*, en concertation et avec l'accord préalable du patient, pour vérifier l'accessibilité du logement et prévoir les adaptations nécessaires au retour à domicile. L'infirmière coordonnatrice de *Structure d'HAD polyvalente* se rend auprès du patient pour établir le programme de soins conjoint à mettre en place et estimer la durée d'hospitalisation à domicile. Le médecin coordinateur de *Structure d'HAD polyvalente* valide l'admission. Les parties utilisent des outils communs.

**Suivi médical à domicile** : il est réalisé par le médecin traitant en lien avec *Structure d'HAD polyvalente*.

**Soins de rééducation** : le projet thérapeutique de réadaptation est élaboré par *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR* en collaboration avec *Structure d'HAD polyvalente*. Le médecin MPR prescrit et coordonne les soins de rééducation et réadaptation qui sont assurés par les rééducateurs de l'équipe *d'HAD spécialisée en MPR* (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes).

**Autres soins** : ils sont assurés par *Structure d'HAD polyvalente*, en particulier les soins infirmiers et aides-soignants ainsi que les soins psycho-sociaux.

---

<sup>6</sup> <https://viatrajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>

**Réunion pluridisciplinaire** : les deux équipes se réunissent régulièrement avec les professionnels libéraux pour évaluer et ajuster les modalités de prise en charge ainsi que la pertinence du maintien en HAD.

**Modalités de sortie** : la décision de sortie est prise conjointement entre le médecin MPR de coordination de l'équipe d'*HAD spécialisée en MPR*, le médecin coordinateur de *Structure d'HAD polyvalente* et le médecin traitant.

### Article 4 – Organisation de la continuité des soins

La continuité des soins est assurée 24h sur 24 h par *Structure d'HAD polyvalente* dont le numéro de téléphone est noté en évidence sur le dossier du patient au domicile.

En cas d'urgence vitale, le centre 15 est appelé en première intention.

Les coordinations médicales et para-médicales sont organisées pour chacune des deux parties. Les numéros de téléphone de l'ensemble des coordinateurs sont diffusés auprès des intervenants.

### Article 5 – Système d'information

**Dossier du patient** : le dossier informatique du patient est créé à compter de l'admission en HADR, sur le logiciel métier de *Structure d'HAD polyvalente*. L'équipe d'*HAD spécialisée en MPR* a directement accès en lecture et écriture aux dossiers des patients en HAD-R. Chaque professionnel intervenant au domicile des patients est tenu de tracer ses soins sur ce logiciel. Chacune des parties et équipes soignantes et médicales impliquées dans la prise en charge des patients suivis en HAD-R garantissent la confidentialité des informations recueillies. Le médecin traitant a accès à ce dossier avec sa carte de professionnel de santé (CPS).

*A défaut de dossier informatisé accessible au domicile* : un dossier papier est mis à disposition du médecin traitant et des équipes soignantes et de rééducation ; le personnel est tenu de noter ses passages et de tracer sur le dossier les actes réalisés et les faits marquants.

**Information réciproque** : les personnels médicaux et paramédicaux des deux parties s'engagent à se tenir Informés de l'évolution de l'état de santé des patients. Ils doivent s'avertir mutuellement des difficultés de tous ordres qui pourraient survenir au cours de la prise en charge en HAD-R.

**Codage de l'activité** : le codage à l'activité (T2A) et selon la classification internationale des maladies CIM-10<sup>7</sup> de l'HAD est réalisé par le médecin DIM (département de l'information médicale) de *Structure d'HAD polyvalente*. Le recueil des données d'activité est partagé avec *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR*.

### Article 6 – Modalités de facturation

Chacune des parties prend en charge les dépenses correspondantes aux contributions auxquelles elle s'engage par la présente convention.

*Structure d'HAD polyvalente*, qui a la responsabilité du codage et de la facturation de l'activité, reçoit les recettes liées à l'activité de l'HAD ; elle s'engage donc à reverser à *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR* 50% des recettes perçues. Toutefois pour les patients ne présentant pas un MPP de rééducation et uniquement pour ceux-ci, le taux de rétrocession pourra être modifié pour assurer un équilibre des charges entre les deux établissements. Au moment de l'évaluation annuelle de la convention, ces cas particuliers seront analysés et la fixation d'un taux fixe de rétrocession pourra être décidée.

---

<sup>7</sup> [http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10\\_2015\\_final\\_0.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf)

*Structure d'HAD polyvalente* s'engage à reverser la somme due à *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR* tous les trimestres sur la base d'un relevé d'activité précisant :

- le nombre de patients pris en charge en HAD par la *Structure d'HAD polyvalente*,
- leurs typologies et les recettes par séjour.

Le règlement est dû dans un délai de 30 jours commençant à courir à la date de réception de la facture. Le versement sera effectué sur le compte dont les références sont les suivantes (joindre un relevé d'identité bancaire) :

- Nom du titulaire du compte :
- Banque :
- Domiciliation :
- Code banque :                      Code guichet :                      Numéro de compte :
- Clé RIB :

### **Article 7 - Formation**

Les 2 parties s'entendent sur l'organisation de stages croisés pour les professionnels appelés à travailler ensemble. Les responsables de formation des deux parties organisent ces stages, en lien avec les cadres de santé.

Préalablement à la mise en œuvre de la présente convention, *Structure d'HAD polyvalente* s'engage à dispenser au personnel concerné de *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR* les formations suivantes :

- Formation aux outils informatiques de *Structure d'HAD polyvalente*
- Immersion d'une semaine en HAD de rééducation

*Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR* s'engage à dispenser au personnel concerné de *Structure d'HAD polyvalente* les formations suivantes :

- Les spécificités de la prise en charge des patients neurologiques

### **Article 8 - Communication**

Les actions de communication relatives à l'activité d'HAD-R sont conçues, validées et mises en œuvre conjointement par les deux parties. Toute utilisation de logos des parties requiert l'accord préalable des deux parties.

### **Article 9 - Responsabilité**

**Responsabilité civile** : les parties au présent accord garantissent chacune pour ce qui les concerne, les risques liés à la responsabilité civile, tant pour les dommages corporels que les dommages matériels éventuellement causés par leurs personnels au cours de leurs déplacements professionnels.

**Responsabilité médicale** : dans le cadre de la prise en charge médicale et des soins appliqués aux malades qu'ils accueillent, les établissements sont responsables, chacun pour ce qui les concerne, des actes accomplis par leurs personnels propres.

**Contrats d'assurances** : les parties à la présente convention s'engagent à souscrire les contrats d'assurances couvrants les responsabilités sus-citées.

### **Article 10 – Evaluation et bilan d'activité**

Les parties signataires à la présente convention s'engagent, d'un commun accord, à mettre en œuvre une évaluation au minimum annuelle de la réalisation du bon fonctionnement des parcours des patients et de la collaboration entre les deux équipes.

Le bilan d'activité de l'HAD-R comprend au minimum le suivi trimestriel des indicateurs suivants :

- Nombre de journées / de patients en HAD-R
- Typologie et sévérité des situations cliniques
- Recettes générées

- Durée moyenne d'hospitalisation
- Nombre d'actions de formation associant les personnels des deux équipes de l'HAD-R
- Nombre de réunions de concertation pluridisciplinaire
- Nombre d'actions d'amélioration engagées à la suite de réclamation de patient ou de son entourage

Cette évaluation trimestrielle sera initiée par *Structure d'HAD polyvalente* qui détient les données PMSI.

### **Article 11 – Date d'effet - Durée de la convention – Modification - Résiliation**

La présente convention est conclue pour une durée d'un an. Elle prend effet à la date de signature par les parties. Elle est renouvelée par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties six mois avant sa date d'expiration.

Toute modification substantielle des dispositions de la présente convention fera l'objet d'un avenant établi dans les mêmes formes que la présente convention.

Les parties s'efforceront de régler à l'amiable tout litige. Chacun des signataires peut procéder à tout moment à sa résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve d'un préavis de trois mois. Les deux parties s'engagent à organiser préalablement une réunion de conciliation afin d'envisager des solutions communes aux différends évoqués. Cependant, en cas de persistance d'un désaccord, elles devront s'entendre au minimum sur les modalités permettant d'assurer la continuité de la prise en charge en HAD-R des patients au cours de la phase de transition.

**Fait à Ville le** - - / - - / - - - -

La présente convention est établie en deux exemplaires originaux.

Pour *Structure d'HAD polyvalente*

Pour *Equipe ou structure d'HAD spécialisée en MPR*

Le fonction

Le fonction

Titre, prénom, NOM

Titre, prénom, NOM

## 2- Bases pour un calcul de coûts

L'objectif d'un calcul de coûts est double :

- Estimer le coût d'un séjour selon des catégories de situations cliniques à définir, pour une évaluation médico-économique à transmettre aux tutelles afin de faire évoluer la tarification de l'HAD-R.
- Affiner le modèle de partage du financement des séjours entre partenaires, en fonction de la part respective d'intervention de chacun des deux partenaires : le plus courant actuellement en Ile-de-France est le partage à égalité entre les deux ; parfois seule l'évaluation initiale MPR est à rétribuer car elle est suivie de soins par l'HAD polyvalente ; à l'inverse en l'absence d'autres soins que ceux de réadaptation, l'HAD de réadaptation ne conserve que les frais de structure.

### Informations recueillies

#### Par structure

Coût horaire

- Personnel administratif :
- Personnel soignant :
- Cadre soignant :
- Personnel médical :
- Ergothérapeute :
- Kinésithérapeute :
- Orthophoniste :
- Assistante sociale :
- Psychologue :
- Autre :

Charges de structure : évaluation par journée d'HAD

Coût du véhicule au kilomètre (km)

Coût de la gestion des déchets par semaine

Coût du matériel

#### Par séjour

Pour chaque type de personnel = Durée totale en heures X Coût horaire

Charges de structure = Coût par journée X Nombre de journées

Coût du véhicule = Coût au km X Nombre de km

Coût de la gestion des déchets = Coût par semaine X Nombre de semaines du séjour

Coût du matériel utilisé

Coût des médicaments

Coût des examens complémentaires

Typologie de situation clinique

#### Evaluation trimestrielle

Nombre de patients

Coût du séjour par typologie de situation clinique

Nombre de jours par séjour par typologie de situation clinique

Coût moyen de journée par typologie de situation clinique

Coût moyen de journée en HAD-R pour la structure concernée



## Exemple de calcul de recettes et dépenses en HAD-R

Ce détail des recettes et dépenses a été réalisé par l'HAD Santé-Service, opérateur régional d'HAD polyvalente, à partir de l'étude de coûts engendrés par les 21 premiers patients hospitalisés à domicile dans le cadre de son partenariat avec le Centre de rééducation et de réadaptation du Sud-Yvelines (CERRSY). Le résultat net est négatif ; ce déficit lié à l'insuffisance de la tarification est confirmé par les autres acteurs de l'HAD-R en Ile-de-France.

L'HAD Santé-Service participe à l'étude de coûts nationale de l'HAD et utilise les mêmes critères.

Détail des coûts de prise en charge	Coût total pour 21 patients	Coût par jour
<b>Nombre de patients pris en charge</b>	<b>21</b>	
<b>Nombre de journées</b>	<b>661</b>	
Préadmission/ergo	674 €	1,02 €
Coût global télé médecine	5 532 €	8,37 €
Coût coordination ergo	1 380 €	2,09 €
Coût coordination CDS rééduc	2 115 €	3,20 €
Coût ICH	2 583 €	3,91 €
Médecin coordonnateur HAD	1 623 €	2,45 €
<b>Sous-total admission et coordination</b>	<b>13 906 €</b>	<b>21 €</b>
IDE	7 119 €	10,77 €
AS	3 527 €	5,34 €
Intervention diététicienne	168 €	0,25 €
Assistante sociale	212 €	0,32 €
Intervention libéraux (kinés, IDEL, MT)	606 €	0,92 €
<b>Sous-total masse salariale au chevet</b>	<b>11 632 €</b>	<b>17,60 €</b>
<b>Masse salariale hors chevet</b>	<b>5 678 €</b>	<b>8,59 €</b>
Dispositifs médicaux	2 530 €	3,83 €
Médicaments	1 928 €	2,92 €
Biologie	920 €	1,39 €
Matériel de location	1 378 €	2,09 €
Livraisons +DASRI	2 740 €	4,15 €
Transport ambulance	1 000 €	1,51 €
Produits diététiques	86 €	0,13 €
Frais véhicule	242 €	0,37 €
Téléphone	5 €	0,01 €
<b>Sous-total charges à caractère médical et général</b>	<b>10 829 €</b>	<b>16,38 €</b>
<b>Charges indirectes et de structure (PUI, DIM, DSI, charges administratives)</b>	<b>22 661 €</b>	<b>34,28 €</b>
<b>Coût total participation Santé Service</b>	<b>64 706 €</b>	<b>97,89 €</b>
Reversement 50% recettes T2A à l'établissement SSR	56 653 €	85,71 €
<b>Coût complet total pour Santé Service</b>	<b>121 359 €</b>	<b>183,60 €</b>
<b>Recettes T2A totales</b>	<b>113 306 €</b>	<b>171,42 €</b>
<b>Résultat net</b>	<b>- 8 053 €</b>	<b>- 12,18 €</b>

### 3- Chemin clinique générique

Le chemin clinique<sup>8</sup> du patient en HAD-R décrit pour chaque étape de son parcours QUI fait QUOI à quel MOMENT avec quels OBJECTIFS pour le patient, sa famille et le professionnel de santé, ainsi que les RESULTATS attendus. Cette méthode permet d'harmoniser et coordonner une prise en charge pluridisciplinaire ; elle facilite la planification des soins et l'information donnée au patient. Le chemin clinique est intégré au dossier et utilisé pour la traçabilité des actions réalisées.

Ce chemin clinique concerne l'organisation du parcours. Il peut également servir de support à une démarche d'amélioration continue des pratiques lorsqu'il est complété d'un versant médical et soignant pour une pathologie donnée, par exemple un AVC ou une poussée aiguë de sclérose en plaque (SEP). Dans ce cas des étapes cliniques sont ajoutées avec pour chacune le rappel des recommandations professionnelles validées. Son élaboration est du ressort de représentants des professionnels de santé concernés par son utilisation.

<b>Patient avec pathologie motrice entraînant un handicap évolutif</b>		
<b>ETAPE DU PARCOURS DU PATIENT AVEC HAD-R</b>		<b>QUI /DATER</b>
Algorithme d'orientation en HAD systématique		Service d'origine
Objectif professionnel	Evaluer a priori la possibilité d'une HAD	<input type="checkbox"/>
Objectif pour le patient	Se voir proposer le choix de la forme d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Repérage des patients éligibles à l'HAD	<input type="checkbox"/>
Information sur l'HAD-R : plaquette		
Objectif professionnel	Présenter l'intérêt de la réadaptation à domicile avec les missions et les modalités de l'HAD-R	<input type="checkbox"/>
Objectif pour le patient	Comprendre les avantages et les inconvénients de l'HAD-R	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Accord de principe du patient pour une HAD-R	<input type="checkbox"/>
Demande médicale d'HAD de réadaptation Accord du médecin traitant		Médecin du service d'origine
Objectifs professionnels	Synthèse de la situation clinique et des objectifs thérapeutiques Partage de décision avec le médecin traitant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Objectif pour le patient	Ensemble des problématiques pris en compte	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Objectifs thérapeutiques partagés par le patient et le médecin traitant	<input type="checkbox"/>

<sup>8</sup> Haute Autorité de santé. Chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité. 2004  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_436520/fr/chemin-clinique](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436520/fr/chemin-clinique)

Evaluation des besoins par le coordonnateur de l'HAD		HAD sollicitée
Objectif professionnel	Evaluer la faisabilité de l'HAD et les besoins en professionnels, soins et matériel	<input type="checkbox"/>
Objectif pour le patient et son entourage	Etre informé des conséquences de l'HAD sur le cadre de vie	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Ensemble des besoins pris en compte	<input type="checkbox"/>
Sollicitation d'un partenaire pour l'HAD-R		HAD sollicitée
Objectif professionnel	Organiser l'articulation de la réadaptation et des autres soins	<input type="checkbox"/>
Objectif pour le patient et son entourage	Etre informé des modalités du séjour en HAD-R avec présentation du livret d'accueil	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Partage des rôles explicite	<input type="checkbox"/>
Projet thérapeutique commun en accord avec le patient, sa famille et son médecin traitant		HAD-R + prescripteur
Objectif professionnel	Planifier les soins	<input type="checkbox"/>
Objectif pour le patient	Entrer dans une dynamique d'amélioration	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Accord et participation du patient et de son entourage à la prise en charge	<input type="checkbox"/>
Soins pluridisciplinaires coordonnés et continus à domicile		HAD-R
Objectif professionnel	Ni oubli ni redondance (traçabilité)	<input type="checkbox"/>
Objectif pour le patient	Coordination des interventions	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Qualité et sécurité des soins	<input type="checkbox"/>
Réunion pluridisciplinaire à intervalles réguliers		HAD-R + libéraux
Objectif professionnel	Evaluation et ajustement des modalités de prise en charge	<input type="checkbox"/>
Objectif pour le patient	Points d'étape sur l'évolution clinique	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Maintien en HAD-R pertinent	<input type="checkbox"/>
Document de liaison et compte-rendu d'hospitalisation Planification des rendez-vous. Aides techniques		HAD-R
Objectif professionnel	Relai avec les autres acteurs du maintien à domicile	<input type="checkbox"/>
Objectif pour le patient	Poursuite de la prise en charge sans rupture	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Sortie d'HAD-R avec relai organisé	<input type="checkbox"/>

## 4- Groupe de travail

### Méthode de travail

Le groupe de travail a été constitué à partir de la sollicitation du groupe HAD-R régional qui réunit des professionnels concernés par la réadaptation à domicile, issus d'équipes de soins de suite et réadaptation, neurologie ou hospitalisation à domicile. Ce groupe HAD-R régional se réunit régulièrement en séances plénières et organise des sous-groupes de travail pour des thématiques dédiées, comme par exemple la rédaction d'un outil partagé.

L'équipe d'HAD de Nancy s'est associée au groupe pour un partage d'expérience inter-régional.

Deux réunions, en octobre et décembre 2017, associées à des échanges électroniques, ont permis de rédiger le courrier adressé à la DGOS (voir page 3) et de produire ce rapport de partage d'expérience.

Une réflexion parallèle conduite avec le service de Communication de l'ARS, au cours de deux réunions en novembre 2017 et janvier 2018, a abouti à l'élaboration de la plaquette d'information pour les patients et leurs entourages et au choix d'un label HAD-R.

### Composition

Par ordre alphabétique :

**D<sup>r</sup> Elisabeth ALAIS**, médecin MPR coordonnateur du Centre de rééducation et de réadaptation du Sud-Yvelines (CERRSY)

**D<sup>r</sup> Faïza ARNAUD-BOUATOU**, médecin au CERRSY (78)

**Anne AVALE**, cadre supérieur coordonnateur du pôle SSR adulte et du pôle P3R, responsable de l'équipe HAD-R des Hôpitaux de Saint-Maurice (94)

**P<sup>r</sup> Philippe AZOUVI**, référent thématique pour le SSR à l'ARS Ile-de-France

**Margaux BALAIAN**, ergothérapeute du service d'HAD de réadaptation du Centre hospitalier (CH) d'Eaubonne (95)

**Dr Fatima-Zohra BAZID-LOUKI**, médecin MPR du service d'HAD du centre de réadaptation de Coubert (77)

**D<sup>r</sup> Yannick BLANCHETEAU**, médecin coordonnateur de l'établissement SSR de Clinalliance à Villiers-sur-Orge (91)

**D<sup>r</sup> Frédéric BOUGON**, médecin MPR du service d'HAD au centre de médecine physique et de réadaptation (CMPR) de Bobigny (93)

**D<sup>r</sup> Florence COLLE**, médecin MPR chef de service de Médecine physique et de réadaptation au Pôle Neurosciences de l'hôpital Sainte-Anne (75)

**Sophie COUVELARD**, cadre de santé au CMPR de Bobigny (93)

**D<sup>r</sup> Isabelle CRASSARD**, référente thématique pour la neurologie à l'ARS Ile-de-France

**Stéphanie DEBOISSY**, ergothérapeute au CH d'Eaubonne (95)

**D<sup>r</sup> Jean-Pascal DEVAILLY**, médecin MPR à l'hôpital Bichat (AP-HP)

**Marie DEVIN**, ergothérapeute du service d'HAD de réadaptation du CH de Saint-Denis (93)

**Alain DOUCET**, directeur adjoint du CMPR de Bobigny (93)

**Annaïg DURAND**, référente thématique pour l'HAD et le SSR à l'ARS Ile-de-France

**Isabelle FARTHOUAT**, infographiste à l'ARS Ile-de-France

**Mickaël FILLATRE**, responsable du studio graphique à l'ARS Ile-de-France

**Sadia GHULAM**, pilote d'applications pour Via-Trajectoire

**Catherine GUATTERIE**, directrice adjointe de l'HAD de la Fondation Santé-Service

**Charlotte GUICHARD**, orthophoniste cadre de rééducation du service d'HAD de réadaptation du CH

d'Eaubonne (95)

**Aline GUILLOT**, cadre de rééducation du service d'HAD du centre de réadaptation de Coubert (77)

**D<sup>r</sup> Dorothée HENNEBELLE**, médecin MPR, chef du pôle P3R et responsable de l'équipe HAD-R des Hôpitaux de Saint-Maurice (94)

**Elodie HILT**, enseignante APA et référente HAD au CERRSY (78)

**D<sup>r</sup> Valérie HUOT-MAIRE**, directrice médicale de l'HAD de la Fondation-CŒuvre de la Croix-Saint-Simon

**Carole LACROZE**, secrétaire du service d'HAD de réadaptation du CH d'Eaubonne (95)

**Marion LEMAIRE**, ergothérapeute coordinatrice de l'HAD du service de Médecine physique et de réadaptation au Pôle Neurosciences de l'hôpital Sainte-Anne (75)

**D<sup>r</sup> Céline LEVEQUE-DAVAL**, médecin coordonnateur de l'HAD de Nancy

**D<sup>r</sup> Marina MARTINOWSKY**, référente thématique pour l'HAD à l'ARS Ile-de-France

**Nolwenn MARE**, direction de l'établissement SSR de Clinalliance à Villiers-sur-Orge (91)

**Cécile MARECHAL**, directrice adjointe de l'HAD du Centre de réadaptation Coubert (77)

**Caroline MONCOURRIER**, cadre de santé paramédicale de l'HAD du service de Médecine physique et de réadaptation au Pôle Neurosciences de l'hôpital Sainte-Anne (75)

**D<sup>r</sup> Hichem MOUSSA**, médecin MPR du service d'HAD du centre de réadaptation de Coubert (77)

**Laurence NIVET**, directrice de l'HAD de l'AP-HP

**Catherine OLLIVET**, représentante d'usagers, présidente du Collectif interassociatif sur la santé (devenu France Assos Santé) d'Ile-de-France

**D<sup>r</sup> Jean-Marc PEQUIGNOT**, médecin MPR du service d'HAD de réadaptation du CH d'Eaubonne (95)

**Jeanne PYSKIR**, ergothérapeute coordinatrice de l'HAD-R des Hôpitaux de Saint-Maurice (94)

**Emilie PUECH**, chef du service de Communication externe à l'ARS Ile-de-France

**D<sup>r</sup> Véronique QUENTIN**, médecin MPR chef du pôle SSR Enfant du service de Rééducation des pathologies neurologiques congénitales des Hôpitaux de Saint-Maurice (94) et directrice de projet pour Via-Trajectoire

**D<sup>r</sup> Marc SEVENE**, médecin MPR chef de service au CH de Saint-Denis (93)

**Olivier TEXIER**, cadre de rééducation au CERRSY (78)

## 5- Sigles

*Par ordre d'apparition dans le texte*

HAD-R : hospitalisation à domicile de réadaptation  
ARS : Agence régionale de santé  
T2A : tarification à l'activité  
DGOS : Direction générale de l'Offre de soins  
LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale  
SSR : soins de suite et réadaptation  
MPR : médecine physique et de réadaptation  
APA : activité physique adaptée  
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
AVC : accident vasculaire cérébral  
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
MCO : médecine - chirurgie – obstétrique  
IDF : Ile-de-France  
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation  
MPP : mode de prise en charge principal  
MPA : mode de prise en charge associé  
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
SLA : sclérose latérale amyotrophique  
NSU : négligence spatiale unilatérale  
AVQ : activités de la vie quotidienne  
IME : Institut médico-éducatif  
MDPH : maison départementale des personnes handicapées  
IDE : infirmier diplômé d'état  
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris  
DMS : durée moyenne de séjour  
ESMS : établissement social et médico-social  
IMC : indice de masse corporelle (poids/taille au <sup>2</sup>)  
IV : intra-veineux  
VNI : ventilation non invasive  
VA : ventilation assistée  
CMU : couverture médicale universelle  
AME : aide médicale de l'Etat  
GIR : groupe iso-ressources  
BMR : bactérie multi-résistante aux antibiotiques  
BHR : bactérie hautement résistante aux antibiotiques  
CPS : carte de professionnel de santé  
Km : kilomètre  
CERRSY : Centre de rééducation et de réadaptation du Sud-Yvelines  
MT : médecin traitant  
PUI : pharmacie à usage intérieur  
DIM : direction de l'information médicale  
DSI : direction du système d'information  
SEP : sclérose en plaque  
CH : Centre hospitalier  
CMPR : Centre de médecine physique et de réadaptation

### 6- Pour en savoir plus sur l'HAD et l'HAD-R

Voir la rubrique du site Internet de l'ARS Ile-de-France consacrée à l'hospitalisation à domicile : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile>

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ATIH. Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile. 2017. <http://www.atih.sante.fr/les-guides-methodologiques-had>

Haute Autorité de santé - Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs – Feuille de route 2016 [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2637845/fr/algorithme-d-aide-a-la-decision-d-orientation-des-patients-en-hospitalisation-a-domicile-had-a-destination-des-medecins-prescripteurs-feuille-de-route](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2637845/fr/algorithme-d-aide-a-la-decision-d-orientation-des-patients-en-hospitalisation-a-domicile-had-a-destination-des-medecins-prescripteurs-feuille-de-route)

Stratégie nationale de santé. Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Octobre 2014. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_maladies\\_neuro\\_degeneratives\\_def.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf)

HENNEBELLE D., AVALE A., GUILLOU F., MOREAU K., QUENTIN V. Prise en charge rééducative dans le cadre d'une hospitalisation à domicile de rééducation organisée sous forme de groupement de coopération sanitaire. CO29-005-f. Protocoles, Qualité des soins (I), Communications orales, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 55S (2012) e291–e295 [https://www.researchgate.net/profile/Bertrand\\_Rousseau2/publication/274178409\\_Prise\\_en\\_charge\\_de\\_l%27evaluation\\_fonctionnelle\\_instrumentale/links/55798bfe08ae7521587171fc/Prise-en-charge-de-levaluation-fonctionnelle-instrumentale.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Bertrand_Rousseau2/publication/274178409_Prise_en_charge_de_l%27evaluation_fonctionnelle_instrumentale/links/55798bfe08ae7521587171fc/Prise-en-charge-de-levaluation-fonctionnelle-instrumentale.pdf)

DURAND N., LANNELONGUE Ch., LEGRAND P., MARSALA V. Hospitalisation à domicile (HAD). FRANCE. Inspection générale des affaires sociales. 2010. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article134>

SEVENE M., BLONDEL P., WOIMANT F. Accident vasculaire cérébral et hospitalisation à domicile. In: Accident vasculaire cérébral et médecine physique et de réadaptation: Actualités en 2010. Springer, Paris. [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-2-8178-0109-4\\_3](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-2-8178-0109-4_3)

WOIMANT F., SEVENE M., BLONDEL P., SIMON-PREL R. La revue de l'ARHIF N°12 Septembre 2009 ; Modalités expérimentales de l'HAD de réadaptation et de réinsertion en IDF. Document transmis sur demande auprès de [ARS-IDF-DOSMS-REF-THEMATIQUES@ars.sante.fr](mailto:ARS-IDF-DOSMS-REF-THEMATIQUES@ars.sante.fr)

AFRITE A., COM-RUELLE L, OR Z., RENAUD T. Questions d'économie de la santé. L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ; n° 119 – Février 2007. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes119.pdf>

WOIMANT F., JOSSE L. Enquête : Hospitalisation à domicile pour réadaptation neurologique, quels sont les besoins en Ile-de-France ? 2006. Document transmis sur demande auprès de [ARS-IDF-DOSMS-REF-THEMATIQUES@ars.sante.fr](mailto:ARS-IDF-DOSMS-REF-THEMATIQUES@ars.sante.fr)



Direction de l'offre de soins

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

[iledefrance.ars.sante.fr](http://iledefrance.ars.sante.fr)

Directeur de Publication : Christophe Devys - © ARS Île-de-France  
Date : février 2018 Mise à jour : xx/xx/xxxx -

Dépôt légal : N° ISBN : 978-2-36950-095-7