

# Hospitalisation a domicile en MPR (HAD-R) : un levier pour la continuité des soins

## Home Hospitalization in Physical and Rehabilitation Medicine (HAD-R): A Lever for Continuity of Care.

M. MEDAOUAR<sup>1</sup>, H. HARBOUCHE<sup>1</sup>,  
N. BENZAMOUCHE<sup>1</sup>, L. FADEL<sup>1</sup>, C. KHEL-  
LAH<sup>1</sup>, Z. BOUKARA<sup>2</sup>.

1-Service MPR/HCA

2-Service MPR/CHU BLIDA

### INTRODUCTION

Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes<sup>1</sup>.

Les structures d'HAD sont des établissements d'hospitalisation sans hébergement soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics: sécurité et qualité de soins.

Ils permettent aux patients d'éviter, de retarder ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement<sup>1</sup>.

Le médecin MPR peut être sollicité pour évaluer et synthétiser les capacités motrices, cognitives et psychiques de l'individu, son environnement matériel et humain, ses habitudes de vie, son projet de vie. Il peut ainsi conseiller l'aidant afin qu'il laisse agir la personne qui est alors stimulée et ne perd pas ses capacités restantes<sup>7</sup>.

L'auxiliaire de vie sociale a également un rôle important dans l'aide apportée aux aidants. Compétente dans l'aide à la personne et l'aide à l'environnement, elle développe également un savoir-faire dans l'éducation de l'entourage et le repérage des difficultés<sup>7</sup>.

### L'HAD POUR QUELS PATIENTS ?

L'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables (à l'exception des pathologies mentales) qui, en l'absence d'un tel service, feraient l'objet d'une hospitalisation traditionnelle<sup>1</sup>.

Ces malades nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial, impliquant à la fois une coordination de soins, une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins infirmiers et/ou des interventions de kinésithérapie quasi-quotidiennes.<sup>1</sup>

Les prises en charge en HAD sont dites polyvalentes quel que soit l'âge du patient (enfant ou adulte) procurant les pansements complexes et les traitements intraveineux, une antibiothérapie intraveineuse, une nutrition parentérale ou entérale, une chimiothérapie, des soins de nursing, une rééducation neurologique, orthopédique ou gériatrique, les soins de support et les soins palliatifs, les soins gériatriques complexes et les suivis post chirurgie<sup>8</sup>.

### ORGANISATION DE L'HAD

#### L'élaboration d'un projet thérapeutique<sup>1</sup> :

- L'HAD est prescrite par un médecin hospitalier ou par un médecin en exercice libéral.
- Cette prescription s'appuie sur un projet thérapeutique élaboré et actualisé par les divers intervenants.
- Ce projet est validé et suivi par le médecin coordonnateur.
- La décision d'admission est prononcée après une évaluation de la charge de soins réalisée par une équipe paramédicale.
- Le suivi est assuré par le médecin traitant en coordination avec le médecin hospitalier.
- La décision de sortie est prise en concertation avec le médecin traitant, le médecin hospitalier et le médecin coordonnateur.
- Ce projet thérapeutique tient compte des soins cliniques, psychologiques et sociaux nécessaires au patient.
- La pertinence de ce projet thérapeutique et sa cohérence avec les conditions d'admission en HAD sont validées par le médecin coordonnateur de l'HAD.

### LES LIMITES DE L'HAD

#### Ne relèvent pas de l'hospitalisation à domicile, les malades<sup>1</sup> :

- Dont les soins peuvent être assurés par des professionnels libéraux ou/et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Qui n'ont pas besoin de la logistique et de la coordination assurées par l'HAD
- Dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de la spécificité de leurs soins ou de l'aggravation ou de l'instabilité de leur état.

### HAD & MPR

L'HAD-R est un complément des prises en charge rééducatives existantes. elle s'intègre au parcours du patient notamment suite à une hospitalisation complète en offrant une rééducation coordonnée au domicile. Les intervenants au domicile sont les rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes) et personnels AP-HP (infirmières, aides-soignantes, psychologues, diététiciennes, assistantes socioéducatives). Un complément d'aide humaine par l'intervention d'associations est possible. La coordination des soins est assurée par les médecins coordonnateurs des deux structures, le suivi médical par le médecin traitant ou hospitalier. Le territoire concerné est accessible en moins de 30 min des HSM. Les prises en charge rééducatives concernent des patients enfants et adultes souffrant de pathologies neurologiques ou orthopédiques avec une fréquence de 5 à 10 séances par semaine. Le matériel est fourni par la structure HAD<sup>6</sup>.

### DOMAINES D'INTERVENTION DE L'HAD-R

#### A-SLA<sup>2</sup> :

- Sur le plan épidémiologique, la sclérose latérale amyotrophique (SLA), ou maladie de Charcot, est la pathologie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer. En France, chaque jour,

quatre nouveaux cas et deux décès seraient imputables à la SLA.

- Il s'agit d'une maladie neurodégénérative motrice, paralysante conduisant au décès après une médiane d'évolution de 36 mois. constitue une cause importante de handicap sévère acquis non traumatique.

- L'HAD prend en charge des patients atteints de SLA nécessitant des soins de type hospitalier à domicile. Compte tenu de l'évolution défavorable de cette pathologie, les soins en HAD doivent s'adapter régulièrement pour répondre aux besoins fluctuants des malades.

- L'HAD travaille en collaboration avec le médecin traitant, les kinésithérapeutes et les infirmières libérales.

- L'HAD est principalement sollicitée dans le cadre de soins palliatifs.

#### B-BPCO<sup>3</sup> :

- L'efficacité de la réhabilitation respiratoire (RR) des patients présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) a largement été démontrée, associant au réentraînement à l'effort une éducation thérapeutique du patient et une prise en charge psycho-sociale et des recommandations pour sa mise en œuvre en pratique quotidienne proposées.

- À domicile, la prise en charge était individuelle, pendant 1h30, une visite par semaine pendant huit semaines, sous la supervision directe d'un professionnel de santé, avec poursuite des activités physiques en autonomie les autres jours de la semaine, selon un plan d'action personnalisé.

- L'équipe comprenait des infirmières, un professeur d'activités physiques adaptées (APA), une diététicienne, associés en ambulatoire à une psychologue et à domicile à une esthéticienne socio-médicale.

#### C-AMPUTATION<sup>4</sup> :

- C'est après la phase de cicatrisation qu'elle semble la plus adaptée. Elle permet de suivre les erreurs (chaussage, compensations...) et les variations de volume du moignon fréquentes après retour à domicile.

- La prise en charge (5mois après amputation) a inclus des séances quotidiennes de kinésithérapie-ergothérapie ainsi que l'éducation pour le port de prothèse et du manchon. La mise en place de la prothèse provisoire a été faite dès l'entrée en HAD-R.

- Le patient est devenu autonome pour l'utilisation de sa prothèse et à la marche.

- Aucune complication locale ou générale n'a été notée avec un recul actuel de 5 mois après prothèse définitive.

#### D-AVC<sup>5</sup> :

Une thérapie à domicile, connue sous le nom de programme Early Supported Discharge (ESD), après leur sortie d'un hôpital de soins intensifs des patients consécutifs victimes d'AVC aigu (dans les trois mois) avec une incapacité résiduelle légère à modérée à été instauré ; Une rééducation individuelle à domicile a été réalisée par l'ergothérapeute et le physiothérapeute au moins deux à quatre fois par semaine. Les activités thérapeutiques étaient choisies en fonction des intérêts et des besoins du patient. Les soignants étaient habilités à mettre en œuvre un programme d'activités à domicile.

Les activités de la vie quotidienne (AVQ) de base et étendues ont été évaluées à l'aide de la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) et de l'Indice d'Activités de Frenchay (IAF), respectivement, avant et après l'AVC. Les patients ont bénéficié en moyenne de 8 séances d'intervention sur une période de 2 à 6 semaines avec une amélioration statistiquement significative de tous les résultats fonctionnels.

La rééducation à domicile basée sur l'activité est efficace pour améliorer les résultats fonctionnels dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) de base et prolongées chez les patients victimes d'AVC ;

Les patients et leurs aidants peuvent poursuivre leur rééducation à domicile, réduisant ainsi le recours à une rééducation intensive en milieu hospitalier.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1)-Hospitalisation à domicile, mode d'emploi Lyon, France 21mai2009
- 2)-Caractéristiques cliniques des patients atteints de SLA en hospitalisation à domicile 2018 Elsevier Masson SAS
- 3)-La réhabilitation respiratoire : évaluation de deux types de prise en charge, ambulatoire versus domicile Revue de Pneumologie Clinique, 2013-02-01, Volume 69, Numéro 1, Pages 10-17
- 4)-Prise en charge d'un amputé en hospitalisation à domicile de rééducation (HAD-R). À propos d'un cas et revue de littérature Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 2014-05-01, Volume 57, Pages e137-e137
- 5)-Efficacité d'un programme de thérapie à domicile basé sur l'activité pour les patients victimes d'un AVC Archives de médecine physique et de réadaptation, 01/12/2016, Volume 97, Numéro 12, Pages e15-e15
- 6)-Prise en charge rééducative dans le cadre d'une hospitalisation à domicile de rééducation organisée sous forme de groupement de coopération Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 2012-10-01, Volume 55, Pages e292-e292
- 7)-Les aidants et l'équipe pluriprofessionnelle à domicile, Cadre social Fondation Santé Service, 15, quai de Dion Bouton, France
- 8)-Sejours longs en hospitalisation a domicile : impacts des facteurs sociodemographiques, cliniques et des parcours de soins, Assistance publique-Hopitaux de Paris, 4 septembre 2021