

Réforme des autorisations HAD et SSR

Cas cliniques

Histoire de la maladie : Suite à un accident de sport en octobre 2016, tétraplégie C2 avec insuffisance respiratoire restrictive due à la paralysie diaphragmatique bilatérale. Nécessité d'une assistance respiratoire active (trachéostomie / stimulation phrénique).

Mode de prise en charge : assistance respiratoire, soins de nursing lourds, pansements complexes.

Plan de soins personnalisé :

	Soins aides-soignants	Soins infirmiers
MATIN	Toilette complète au lit en binôme avec les auxiliaires Incontinence fécale (change XL) + SAD Lever au lève malade Alimentation per os avec aide Cohérent	Ventilation assistée 24h/24 sur trachéo, avec O2 si besoin. Aérosol de sérum phy si besoin géré par sa femme Soins de trachéo, chgt canule interne (externe en service par méd) Constantes et piluliers Toucher rectal : évacuation des selles Pansement ischions dt et g Vesirig
SOIR	Nursing, effleurage, recouché vesirig	Surveillance ventilation et trachéo Aérosol de sérum phy si besoin géré par sa femme Vesirig

AUTRES INTERVENANTS			OUI	NON
Psychologue		Tél :		X
Assistante sociale		Tél :		X
Kinésithérapeute	3 séances par semaine à domicile	Tél :	X	
Infirmier Libéral		Tél :		X
Orthophoniste		Tél :		X
Autres		Tél :		X

Le patient a trois séances de rééducation par semaine, alors qu'il lui en faudrait au moins cinq, car il a tendance à se rétracter. **Il aurait été bénéfique pour lui de disposer d'une équipe mobile de revalidation pluridisciplinaire à domicile.**

Réforme des autorisations HAD et SSR

Cas cliniques

Histoire de la maladie : Patient âgé de 30 ans. Prise en charge dans les suites d'un AVP piéton contre VL. Pneumothorax, contusion hépatique volet costal. Pas d'indication chirurgicale pour le volet costal. Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche traité chirurgicalement par plaque. Fracture tibio-fibulaire droite, diaphysaire, fermée traité chirurgicalement : Ostéosynthèse par clou centromédullaire droit. Fracture sacrée opérée par vis plaque. Alitement 6 semaines au regard de fractures vertébrales multiples (cf crh de réanimation). Nécessite d'une toilette quasi complète en bloc tourné, position 45° maxi pour la station assise.

Nécessité d'une prise en charge kiné 5 jours semaines.

Le souhait du patient est de rentrer chez lui.

Absence de selles depuis son arrivée néanmoins des gaz.

Antécédents : psoriasis, Avulsion dentaire, gastralgies.

Motif de l'HAD: soins de nursing lourds, pansements multiples et rééducation orthopédique.

Projet thérapeutique : réfection et surveillance des pansements jusqu'à guérison, évaluer son autonomie avant d'envisager un relai, poursuite d'une rééducation et vérification de l'absence de raideur.

	Soins aides-soignants	Soins infirmiers libérales	Particularités et actes rétrocedés
MATIN	Toilette dos et intime Corset dorso lombaire Attelle de Zimmer jambe droite	Pilulier Constantes Surveillance douleur Corset dorso lombaire Attelle de Zimmer jambe droite Pansement 1j/2, poignet gauche, hanche droite et gauche, genou droit Surveillance respiration (vollet costal) ATC	KINE 3X/SEMAINE ALITEMENT STRICT ASSISE 45° maximum

Cas de patient qui n'a pas bénéficié de toute sa prescription de Kinésithérapeute, il n'a eu que trois séances par semaine sur les cinq prescrites. Une équipe mobile de revalidation à domicile aurait été bénéfique au patient.

Réforme des autorisations HAD et SSR

Cas cliniques

Le nombre d'AVC est en croissance et tous les patients ne peuvent pas bénéficier d'un plateau technique SSR (notamment pour les plus âgés).

- Objectif 1 : retour à domicile plus rapide d'un patient AVC pris en charge en SSR
- Objectif 2 : prise en charge des patients âgés (>75 ans) ayant fait un AVC
- Compétences :
 - o Médecin MPR pour suivi et bilan médical du projet thérapeutique
 - o Kinésithérapeutes pour reprise de la marche et poursuite du schéma de marche
 - o Ergothérapeutes pour adaptation du domicile et la mise en place d'aides techniques pour les actes de la vie quotidienne
 - o Orthophonistes si aphasie ou troubles de déglutition
 - o Aides-Soignants pour poursuite de la reprise de l'autonomie (toilette et habillage)
 - o Infirmiers pour assurer les soins techniques (sonde d'alimentation, sonde urinaire, plaies)
 - o Assistant Social pour adaptation du logement et mise en place des aides humaines
 - o Psychologue pour soutien de la famille et acceptation de la pathologie par le patient

Réforme des autorisations HAD et SSR

1. TYPOLOGIE DE PATIENTS ET LEURS BESOINS (2 situations maximum)

L'HAD de réadaptation doit pouvoir prendre en charge des patients ayant des besoins de rééducation auxquels l'hospitalisation complète et l'hôpital de jour ne répondent pas. Nous voyons ainsi quelques situations cliniques répondant à ces critères:

- En cas de situation de **handicap orthopédique et/ou neurologique associé à une altération de l'état général** (néoplasie évolutive, maladie chronique sévère) et /ou des soins techniques complexes (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie): dans ces cas précis, l'hospitalisation de jour en SSR ne répond pas aux besoins des patients car les transports les fatiguent trop. Cependant, ils peuvent avoir besoin d'une évaluation et d'une prise en charge pluri-professionnelle complexe pour une réadaptation au domicile. Quelques exemples:
 - o Paraplégie sur myélome en attente ou post greffe de moelle
 - o AVC avec hémiplégie aphasie chez un patient diabétique, insuffisant rénal, dénutri... en mauvais état général.
 - o Chute traumatique chez un patient présentant une sclérose en plaques
 - o Escarre sévère chez un patient avec une lésion médullaire
- Dans le cas d'une **personne âgée en situation de dépendance** mais dont le domicile et l'environnement sont favorables qui présente un **évènement médical aigu rompant l'équilibre de vie** (chute traumatique, chirurgie non programmée, AVC...), une hospitalisation prolongée en SSR n'est pas la plus pertinente et un relais en HAD-R est une alternative efficace. Une prise en charge de réadaptation complète et de qualité à domicile permettrait de favoriser le maintien à domicile.

Dans ces deux cas, l'HAD de réadaptation devra proposer une coordination médicale (médecin MPR) des soins de rééducation pluri-professionnels complexes comprenant au moins kinésithérapie, ergothérapie et orthophonie. Une prise en charge psychologique et sociale devrait aussi pouvoir être proposée. Les soins infirmiers seront à discrétion, la règle des "soins infirmiers complexes" ne devant pas être obligatoire pour pouvoir bénéficier de l'HAD de réadaptation.

La prise en charge sera forcément quotidienne 5/7 mais tous les intervenants n'interviendront pas forcément tous les jours.

Il faudrait envisager la possibilité d'une coordination des soins à domicile avec réunion des intervenants la première semaine et au bout des 15 jours pour faire le point sur les objectifs et moyens à mettre en place afin de préciser le projet thérapeutique. L'implication du patient et/ou de ses proches à ces réunions est fortement souhaitée.

Les situations décrites comme pouvant relever d'une prise en charge à domicile, comporteront :

- *Diagnostiques et conséquences fonctionnelles*
- *Traitements à délivrer à domicile : médical, infirmier, en réadaptation (nature et fréquence)*

2. NATURE DES REPONSES AUX BESOINS

- *Besoins en équipements à domicile*
- *Besoins d'accès à des plateaux techniques extérieurs*
- *Compétences requises*

Si une prise en charge en HAD de réadaptation est proposée, cela suppose qu'il n'y a pas besoin d'équipements techniques complexes sauf une domotique transitoire et des systèmes facilitant les transferts complexes et l'hygiène (exemple douche au lit). Cependant, l'avis des soignants, ergothérapeutes, kinésithérapeute et orthophonistes sera précieux pour décider au mieux du choix d'une aide technique: c'est le choix couplé aux essais à domicile qui devrait éviter les trop nombreuses aides techniques laissés dans les placards (orthèse releveur, chaise douche, synthèse vocale...)

L'équipe de l'HAD de réadaptation doit être en lien étroit avec un service de SSR spécialisé avec hospitalisation traditionnelle pour pouvoir, le cas échéant, proposer et organiser une prise en charge sur un plateau technique spécialisé.

Les compétences requises sont :

- Médecin MPR
 - Kinésithérapeute
 - Ergothérapeute
 - Orthophoniste
 - Infirmiers, aides soignants
 - Psychologue
 - Assistant(e) social(e)
 - Educateur spécialisé
-

Réforme des autorisations HAD et SSR

Propositions pour l'HAD Réadaptation en addictologie

La problématique principale d'un patient dépendant est la mise en place de changements et l'acquisition de nouvelles ressources alors que celui-ci s'est servi de son ou ses produit(s) pour « faire face à » depuis parfois de nombreuses années. Par ailleurs, le ou les produits, notamment l'alcool, sont responsables de troubles cognitifs plus ou plus sévères altérant les capacités d'initiation et de planification, le patient restant « enfermé dans un mécanisme addictif ».

Les intérêts d'une prise en charge HAD Réadaptation : pouvoir aider les patients à évoluer et à changer au sein même de leur environnement, évaluer la mise en pratique des compétences acquises durant leur séjour en hospitalisation complète ou en HDJ, réaliser des messages de prévention afin d'éviter l'instauration d'une dépendance lorsque les patients sont dans le mésusage, les aider dans leur projet de réinsertion professionnelle...

Typologie des patients et leurs besoins :

Patients dépendants ou dans une situation de mésusage sans trouble cognitif :

- *Prise en charge en amont d'une hospitalisation:*
- -suite à un repérage d'un mésusage ou d'une dépendance (suivi judiciaire, médecine du travail...): évaluation de la dépendance par des tests spécifiques (AUDIT par exemple), évaluation du domicile (quantité de produits présents, hygiène de vie, alimentation, désocialisation...) et son contexte de vie
- -travail motivationnel sous formes d'entretiens réguliers au domicile pouvant amener à un sevrage ambulatoire ou une prise en charge en HC
- -prévention au sein de la famille : rencontre du conjoint et des enfants ; évaluation d'éventuelles addictions au sein de la famille (écrans par exemple pour les enfants et les adolescents) ; messages préventifs délivrés à la famille
- -messages d'information sur les différents types de soins : CSAPA, HDJ, hospitalisation complète
- -rencontrer les patients sur les lieux de consommations : les bistrotts, les centres sportifs, les casinos...

- -travail sur la réduction des risques pour les patients souhaitant une gestion contrôlée (évaluation des consommations, des prises de risque...)
- -téléconsultations pour des consultations de pré-admission de patients ne pouvant se déplacer étant donné leur état sous produit et pour les patients très éloignés géographiquement
- -travail de réduction des risques concernant le tabac ; consultations et ateliers individuels au domicile

- *Prise en charge en aval d'une hospitalisation :*
- -évaluation du domicile des patients : salubrité, hygiène de vie, alimentation, les alentours
- -accompagnement au retour à domicile, aide à la planification de nouvelles activités quotidiennes
- -aide à l'initiation aux démarches administratives, de soins, de socialisation
- -s'assurer de l'observance thérapeutique des traitements prescrits au sortir de la cure
- -évaluation des compétences acquises lors de l'hospitalisation : gestion des angoisses, hygiène de vie, resocialisation, gestion du temps, gestion de l'ennui
- -poursuite du travail psychothérapeutique sous forme d'entretiens individuels au domicile
- -accompagnement à la réinsertion professionnelle, à la recherche d'emploi (accompagnement à Pôle Emploi par exemple, à un entretien d'embauche...)
- -mise en situations concrètes : aller au bistrot, prendre le métro, aller dans une grande surface, aller au casino ou au PMU
- -initier des activités loisirs : musées, piscine, cinéma, sport...
- -évaluation des objectifs addictologiques des patients : maintien de l'abstinence ou de la gestion contrôlée
- -rencontrer le réseau et faire des RCP avec le patient
- -poursuite du suivi sous forme de téléconsultations
- -travail sur la réduction des risques pour les patients souhaitant une gestion contrôlée ; aider à la prévention des rechutes
- -aider au maintien du sevrage tabac/mesures de réduction des risques et des consommations/ prise en charge individuelle sous forme de consultations et d'ateliers
- Fréquence des soins à domicile : quotidienne dans un premier temps (15 jours) puis espacée sur 6 mois (gros risque de rechute après 6 mois)

Pour les patients dépendants ou ayant un mésusage de produits avec des troubles cognitifs :

En amont d'une hospitalisation :

- repérage précoce des troubles et diagnostic des troubles suite à des alertes (foyer VISA, pensions de famille, ABEJ...)
- évaluation de l'entourage et des aides à domicile
- travail motivationnel pour une prise en charge institutionnelle en HC ou en HDJ
remédiation cognitive
- pour des patients déjà sevrés de longues dates : bilan neurocognitif à domicile et prise en charge en individuel au domicile (ateliers mémoires, agenda, sorties écologiques)

En aval de l'hospitalisation :

- évaluation du domicile : état de salubrité, hygiène de vie, alentours
- poursuite du travail sur les troubles cognitifs sous forme d'ateliers mémoire en individuel
- activités concrètes de mise en situation écologiques : faire les courses et calculer le budget, parcours d'orientation temporo-spatiale ...
- accompagnement dans un nouveau projet de vie : pensions de famille, foyer VISA ...
- aller à la rencontre des aidants, leur montrer comment faire
- lutter contre la maltraitance au domicile
- évaluation des objectifs addictologiques : maintien de l'abstinence
- accompagnement dans leurs démarches de soins, administratives et de resocialisation
- évaluation de la tenue de leur agenda
- rencontrer le réseau et faire des RCP avec le patient et ses aidants
- téléconsultations afin d'évaluer à distance l'état du patient au domicile
- Fréquence des soins à domicile : quotidienne dans un premier temps (15 jours) puis espacée sur un an minimum (initiation aux changements très longue)

Nature des réponses aux besoins :

Besoin en équipement à domicile :

- ergothérapeute pour revoir agencement du domicile
- une pièce calme pouvant servir de lieu pour les entretiens et les ateliers en individuel

Besoins d'accès à des plateaux techniques extérieurs :

- possibilité d'hospitalisation si décompensation ou rechute (services d'urgences, service MCO addicto...)
- accès à des consultations de spécialistes pour les comorbidités (ORL, gastro, neuro, cardio ...)

Compétences requises :

- -être véhiculé : mise à disposition d'un véhicule professionnel
- -équipes de deux soignants pour des raisons de sécurité
- -empathie, écoute, tolérance
- -savoir garantir le secret professionnel concernant ce qui a pu être relevé au domicile du patient
- -sens du réseau et du contact pour communiquer avec les autres soignants
- Besoins en moyen humain :
- -un ETP temps plein médical
- -une coordination médicale 20% ETP
- -2 à 3 ETP infirmier et 1 ETP aide soignante
- -un 0.5 ETP assistante sociale
- -un ETP psychologue
- Périmètre d'action :
- -Lomme et le reste de la Métropole Lilloise pour les déplacements
- -la région pour les téléconsultations

Réforme des autorisations HAD et SSR

Propositions pour l HAD réadaptation en gériatrie

Pathologies neurologiques

Le patient ayant présenté un AVC mineur : séquelles faibles à modérées

Il s'agirait d'un patient qui serait pris en charge en aval d'une hospitalisation,

Les conséquences fonctionnelles sur ce type de pathologie sont une perte d'autonomie due à

- des troubles phasiques
- des troubles praxiques
- des troubles de déglutition
- à une parésie

La prise en charge optimale au domicile :

- médical : surveillance cardio vasculaire, tensionnelle, surveillance d'une anticoagulation potentielle mise en place, surveillance et évaluation du potentiel de récupération..
- infirmier : biologies, préparation et dispensation des médicaments, éducation thérapeutique (AVK), prise en charge des troubles de la continence, nursing.. 1 à 3 fois par jour
- orthophoniste : travail des troubles de l'élocution, de déglutition, travail praxique, de l'écriture. Plusieurs fois par semaine (2-3 fois)
- psychologue : aide à l'acceptation de la pathologie, travail sur la projection dans l'avenir..
- kinésithérapie : quotidienne. Travail de renforcement, lutte contre l'enraidissement, travail de la verticalisation, de la marche, des escaliers (selon besoins du patient)..
- ergothérapie : adaptée aux conditions de vie au domicile et donc à l'environnement. Réévaluation des aides techniques nécessaires, les appareillages potentiels. Travail de l'équilibre. Travail de récupération des gestes de la vie courante (toilette, habillement, alimentation...)
- nutritionnelle : évaluation des besoins nutritionnels, des textures en

fonction des troubles de déglutition.

- assistante sociale : évaluation des besoins d'accompagnement et d'aides au long cours, aide aux démarches administratives pour le patient dossiers MDPH...

Besoins :

- pièce dédiée aux soins
- petit matériel à disposition pour la kinésithérapie avec accès à un plateau technique selon évolution
- projet de soin individualisé
- coordination des soins entre les acteurs, avec réunion pluridisciplinaire de façon régulière
- prise en charge en accord avec médecin traitant et un référent familial.

Le patient ayant une maladie de parkinson

Une prise en charge en HAD Réadaptation peut être effectuée, soit chez un patient présentant une maladie de parkinson d'aggravation récente ayant eu une réévaluation thérapeutique, soit après une hospitalisation d'initiation ou de modification de traitement.

Les conséquences fonctionnelles de cette maladie:

- troubles de la marche avec possibles chutes à répétition
- troubles nutritionnels départ les difficultés d'alimentation
- troubles praxiques
- troubles cognitifs potentiels

Prise en charge au domicile

- médecin : réévaluation thérapeutique, surveillance de la tolérance et de l'efficacité
- infirmier : dispensation des médicaments et préparation, soins de nursing
- kinésithérapeute : quotidien, travail de la marche, de l'équilibre, des amplitudes, lutte contre l'enraidissement
- ergothérapeute : aide pour l'alimentation, aides techniques adaptées à l'environnement du patient, réaménagement du domicile, bilan de chute.
- orthophonie : trouble de l'élocution, de déglutition, travail de l'écriture, travail cognitif
- neuropsychologue : évaluation cognitive, travail de stimulation individuelle

- assistante sociale : plan d'aide adaptée

Besoins :

- pièce dédiée aux soins
- petit matériel à disposition pour la kinésithérapie
- projet de soin individualisé et réévalué
- coordination des soins entre les acteurs, avec réunion pluridisciplinaire de façon régulière
- prise en charge en accord avec médecin traitant et un référent familial.

Pathologies orthopédiques

Un bon nombre de patients venant de subir une intervention chirurgicale orthopédique pourrait accéder à une HAD rééducation.

Pour cela, il faut un référent familial en accord, présent.

Patient ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche

Conséquences fonctionnelles :

- trouble de la marche temporaire
- troubles de l'équilibre
- raideur articulaire potentielle

Prise en charge :

- médecin : surveillance cicatrisation, surveillance du risque de thrombose veineuse profonde, évaluation de la douleur et adaptation thérapeutique, évaluation des progrès de réadaptation...
- infirmier : soins locaux jusque cicatrisation complète du site opératoire, thromboprophylaxie, pose et dépose de contentions, biologies
- kinésithérapie : travail de renforcement musculaire, entretien articulaire, travail de la marche, des escaliers, de l'équilibre
- ergothérapie : éducation vis à vis de la prothèse pour éviter les luxations, selon l'âge mise en place d'aides techniques, réévaluation des besoins en fonction de l'environnement. Aide à la reprise de l'autonomie (conduite, habillage...)
- assistante sociale

Besoins :

- pièce dédiée aux soins
- petit matériel à disposition pour la kinésithérapie avec accès à un plateau technique selon évolution ou nécessité, accès à une balnéothérapie selon

besoin

- projet de soin individualisé
- coordination des soins entre les acteurs, avec réunion pluridisciplinaire de façon régulière
- prise en charge en accord avec médecin traitant et un référent familial.

Réforme des autorisations HAD et SSR

TYPOLOGIE DE PATIENTS ET LEURS BESOINS (2 situations maximum)

Les situations décrites comme pouvant relever d'une prise en charge à domicile, comporteront :

- Diagnostics et conséquences fonctionnelles
- Traitements à délivrer à domicile : médical, infirmier, en réadaptation (nature et fréquence)

► Définition de projet ParkHOMe :

Parkinson

HAD

Orléans

Montargis

e-santé

1^{er} séjour HAD : 3 semaines

Suivi à distance via un objet connecté : 2 mois

2^{ème} séjour HAD : 1 semaine

Notre hypothèse est donc qu'une prise en charge globale sur les axes rééducatif locomoteur, social, psychologique, , nutritionnel et éducationnel permettrait d'améliorer la qualité de vie du patient et de l'aidant, de favoriser le maintien à domicile et de retarder l'évolution des conséquences motrices de la maladie. Afin de tester cette hypothèse, nous souhaitons mettre en place une première hospitalisation à domicile de trois semaines afin d'effectuer une évaluation globale et de proposer des solutions adaptées à la suite de cette évaluation, un suivi sur deux mois du patient dans son milieu de vie grâce à l'utilisation d'un outil connecté d'analyse de la marche et une ré hospitalisation d'une semaine afin d'évaluer les résultats des actions mises en œuvre.

Intégration du projet ParkHOMe dans un protocole de recherche

NATURE DES REPONSES AUX BESOINS

Séjour 1 HAD de 3 semaines:

Semaine	Action	T2A
S1	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation médicale (Med) • Evaluer l'autonomie (AS) • Evaluer l'état nutritionnel (AS) • Evaluer la fonction locomotrice (MK) • Présenter et installer le matériel innovant (AS) • Optimiser la fonction locomotrice (MK) • Evaluer le contexte socioprofessionnel (Ass Soc) • Evaluer l'impact psychologique de la pathologie (Psy) 	MPP12 MPA25 IK50 (222,83/j J1-J4, 172,82/j J5-J7)
S2	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'autonomie du patient (AS) • Adapter le régime alimentaire au patient et à sa pathologie (facteurs de risques) (AS) • Optimiser la fonction locomotrice x 3 (AS et MK) • Education à la santé x 2 (Assopark) 	MPP12 MPA15 IK50 (239,54/j J8-J11, 189,51/j J12-J15)
S3	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer l'autonomie (AS) • Evaluer l'état nutritionnel (AS) • Optimiser la fonction locomotrice (MK) • Evaluer la fonction locomotrice (MK) • Effectuer un bilan éducatif (IDE) • Suivre et évaluer l'impact psychologique de la pathologie (Psy) • Préparer la sortie du patient (Ass Soc) • Mettre en place le projet de sortie (Med) 	Idem S1

Séjour ambulatoire à domicile de 2 mois :

Semaine	Action
S4-S11	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la fonction locomotrice par autorééducation • Poursuite de l'évaluation via feetme

Séjour 2 HAD de 1 semaine :

	Action	T2A
S1	<ul style="list-style-type: none">• Réévaluer et ajuster la prise en charge médicale (Med)• Réévaluer et renforcer l'autonomie (AS)• Réévaluer et améliorer l'état nutritionnel (AS)• Réévaluer la fonction locomotrice (MK)• Renforcer la fonction locomotrice (MK)• Réévaluer l'évolution du contexte socioprofessionnel (Ass Soc)• Réévaluer l'impact psychologique de la pathologie (Psy)	MPP12 MPA25 IK50 (222,83/j J1-J4, 172,82/j J5-J7)

Réforme des autorisations HAD et SSR

Typologie des patients et leurs besoins (2 exemples)

1. Patient hospitalisé dans un service MCO (Pneumologie, Réanimation, Médecine) suite à la découverte ou à une décompensation d'une pathologie respiratoire. Le patient nécessite une prise en charge en HAD-R car il présente :

- une diminution des capacités physiques liées à l'hospitalisation, déconditionnement
- altération de l'état général
- difficultés d'adaptation au nouveau traitement à visée respiratoire (notamment VNI, O2 ou traitement inhalatoire)
- nécessité d'éducation thérapeutique (méconnaissance de la pathologie, de la thérapeutique...)
- et/ou : dénutrition, troubles anxieux/dépressifs, isolement social, besoins d'aménagement du domicile
- ne souhaite ou ne peut pas être pris en charge en SSR

2. Patient qui est à son domicile mais qui présente :

- une altération progressive de ses capacités physiques
- augmentation de la dyspnée
- diminution de l'autonomie
- perte progressive des acquis d'un éventuel stage précédent
- auxquels peuvent s'ajouter: dénutrition, problèmes sociaux, symptômes anxio-dépressifs...
- patient qui ne souhaite pas être pris en charge en HC (souhaite rester à son domicile car problèmes familiaux) ou en HDJ (ne souhaite pas des activités en groupe)

Nature des réponses aux besoins

Equipe mobile pour évaluation initiale en MCO : médecin, IDE, kinésithérapeute qui peut intervenir dans l'hôpital demandeur dans 1-2 jours ouvrables après la réception de la demande par Trajectoire.

Intervenants à domicile :

- kinésithérapeute (2-3 fois/semaine)
- APA (2-3 fois/semaine)
- ergothérapeute (1/semaine)
- IDE (1-2/semaine)
- collaboration avec les intervenants habituels au domicile du patient : médecin traitant, IDE, kiné, prestataire etc.

Intervenants à distance (téléconsultation ou télésuivi)

- médecin pneumologue
- tabacologue
- APA (pour le suivi de l'activité physique)
- diététicienne
- assistante sociale
- psychologue
- IDE

Les différents intervenants vont organiser des **staffs hebdomadaires** visant l'adaptation du programme lors de la prise en charge initiale, tout au long du parcours ainsi que pour décider de la sortie du patient du HAD-R.

Equipement à domicile :

- stepper
- ergocycle
- matériel pour la gymnastique
- appareils pour surveillance : TA, SaO2, pouls..

Astreint téléphonique infirmier 24H/24H pour répondre aux questions du patient.

Réforme des autorisations HAD et SSR

HAD-Réadaptation Respiratoire

I-Pour QUI ? Toute pathologie respiratoire à l'état stable.

Plusieurs parcours en fonction de la provenance du patient :

1. Patient hospitalisé dans un service MCO (Pneumologie, Réanimation, Médecine) suite à la découverte ou à une décompensation d'une pathologie respiratoire. Le patient nécessite une prise en charge en HAD-R car il présente :

- une diminution des capacités physiques liées à l'hospitalisation, déconditionnement
- altération de l'état général
- difficultés d'adaptation au nouveau traitement à visée respiratoire (notamment VNI, O2 ou traitement inhalatoire)
- nécessité d'éducation thérapeutique (méconnaissance de la pathologie, de la thérapeutique...)
- et/ou : dénutrition, troubles anxieux/dépressifs, isolement social, besoins d'aménagement du domicile
- ne souhaite ou ne peut pas être pris en charge en SSR

Comment ?

-Evaluation par une Equipe mobile (IDE, médecin plus kinésithérapeute) qui se déplace après avoir reçu la demande Trajectoire dans le lieu d'hospitalisation. Une évaluation complète des besoins du patient, de l'autonomie thérapeutique, le bilan et diagnostic éducatif sont réalisés. Le dossier est discuté le lendemain en staff pluridisciplinaire (kiné, APA, ergo, diététicienne, psychologue) à la Clinique et le programme de prise en charge est validé et organisé pour la prise en charge rapide du patient en HAD-R.

-Le programme de prise en charge à domicile est discuté chaque semaine en staff pluridisciplinaire et adapté en fonction de l'évolution du patient. La sortie du patient de l'HAD-R est aussi organisée après décision du staff.

2. Patient pris en charge en SSR respiratoire : après 1-2 semaines de SSR lors desquelles le stage de Réhabilitation Respiratoire est enclenché. Continuité de la prise en charge en HAD avec aménagement des activités à domicile, le patient poursuit les activités avec une surveillance mais tout en gagnant de l'autonomie et de la confiance en soi.

Comment ?

-le transfert du patient ainsi que le programme de prise en charge en HAD-R, en continuité du programme SSR, est décidé lors du staff pluridisciplinaire et adapté chaque semaine.

3. Patient qui est à son domicile mais qui présente :

- une altération progressive de ses capacités physiques
- augmentation de la dyspnée
- diminution de l'autonomie
- perte progressive des acquis d'un éventuel stage précédent
- auxquels peuvent s'ajouter: dénutrition, problèmes sociaux, symptômes anxio-dépressifs...
- patient qui ne souhaite pas être pris en charge en HC (souhaite rester à son domicile car problèmes familiaux) ou en HDJ (ne souhaite pas des activités en groupe)

Comment ?

-Consultation de préadmission puis une journée en HDJ pour évaluation , diagnostic éducatif, test d'effort, EFR, et si nécessaire bilan nutritionnel, bilan ergo, consultation psychologie, bilan biologique
-au terme de l'évaluation en HDJ : staff pluridisciplinaire avec la formulation du programme adapté.
Réévaluation hebdomadaire du programme.

II-Quels MOYENS ?

Equipe mobile pour évaluation initiale en MCO : médecin, IDE, kinésithérapeute qui peut intervenir dans l'hôpital demandeur dans 1-2 jours ouvrables après la réception de la demande par Trajectoire.

Intervenants à domicile :

- kinésithérapeute (2-3 fois/semaine)
- APA (2-3 fois/semaine)
- ergothérapeute (1/semaine)
- IDE (1-2/semaine)
- collaboration avec les intervenants habituels au domicile du patient : médecin traitant, IDE, kiné, prestataire etc.

Intervenants à distance (téléconsultation ou télésuivi)

- médecin pneumologue
- tabacologue
- APA (pour le suivi de l'activité physique)
- diététicienne
- assistante sociale
- psychologue
- IDE

Les différents intervenants vont organiser des **staffs hebdomadaires** visant l'adaptation du programme lors de la prise en charge initiale, tout au long du parcours ainsi que pour décider de la sortie du patient du HAD-R.

Equipement à domicile :

- stepper
- ergocycle
- matériel pour la gymnastique

Astreint téléphonique infirmier 24H/24H pour répondre aux questions du patient.