

HOSPITALISATION DE JOUR
EN
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

Groupe de travail Rhône-Alpes et FEDMER

I. FAYOLLE-MINON, E. CHALEAT-VALAYER, B. ANAJJAR, M.C. d'ANJOU,
E. BERARD, B. BERGER, F. CHAUVET, A. DESCOTES, F. GREUILLET,
C. HOHN, C. LAGIER, TH. LOQUINEAU, MC. MOCHON LOISON, A.
PRINCE, A. REDON, F. SIANI, S. VIGIER, S. POIRAUDEAU, B. COÏC,
A. YELNIK, M. GENTY, S. BENDAYA, P-A JOSEPH, F. LE MOINE, P.
BLONDEL, J. SENGLER, P. VAUTRAVERS, A DELARQUE, P. CALMELS

Septembre 2010

Compte tenu de l'évolution des soins médico-chirurgicaux en général depuis deux décennies (essor des soins ambulatoires), du développement des techniques d'évaluation en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et de la naissance d'activités spécifiques (traitements, bilans, stratégies et procédures de soins), la nécessité d'accroître les structures d'alternative à l'hospitalisation complète (HC) dans cette discipline, apparaît clairement.

Pourtant, encore insuffisamment reconnues unités à part entière, les hôpitaux de jour (HDJ) ou unité d'hospitalisation à temps partiel (HTP) en MPR doivent mieux se définir et se structurer afin de valoriser leur activité.

A partir de notre expérience et d'une réflexion commune, et saisissant l'opportunité du bilan SROSS 3, des projets d'introduction de la T2A en SSR, du développement des alternatives à l'hospitalisation (telles l'HAD de Réadaptation, les structures de maintien au domicile (SAMSAH), l'introduction du médecin référent), nous avons souhaité proposer l'élaboration d'un **référentiel sur l'hospitalisation de jour en MPR**.

Ce texte a pour objectif :

- de contribuer à définir une base commune des pratiques et des moyens afférents.
- de faire valoir la richesse des soins ambulatoires en MPR, auxquels l'HDJ participe considérablement.

Nous n'évoquons pas dans ce texte la question de l'Hospitalisation de Jour pédiatrique ou gériatrique dans le champ de la MPR, ni surtout l'HAD de Réadaptation justifiant à elle seule une réflexion et une identification spécifiques.

Ce travail, initié en 2007, s'attache bien à la pratique de la MPR en HDJ, même si depuis, les décrets concernant les SSR publiés en 2008 imposent une spécialisation différente (SSR locomoteur, SSR neurologique, etc.).

1) CADRE LEGISLATIF GENERAL :

Les textes législatifs concernant l'hospitalisation de jour (ou hospitalisation à temps partiel HTP) en général sont peu nombreux et relativement « larges ». Il n'existe aucun texte spécifique aux soins de suite (SSR) et de fait à la MPR.

« Alternative à l'hospitalisation, l'hospitalisation à temps partiel (HTP) de jour permet la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels ainsi que des traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. » Circ. CCMSA n°92-99 du 16/11/1992, décret n°92.1101

« La capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation est exprimée en places.

Le nombre de place est obtenu de la manière suivante : Nombre maximum annuel de patients pouvant être accueillis pour une durée inférieure à un jour / 365 » Journal Officiel (JO) 8 octobre 1992, p 13991, Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992

« ...existence de lits ou fauteuils exclusivement réservés aux patients pris en charge par la structure ; existence d'un poste infirmier » JO –LD- 95-206 du 05/ 09 / 1995 Décret N° 95-993 du 28 Août 1995.

Il n'existe ainsi aucun document officiel, émanant notamment du Ministère ou des Tutelles, sur les types de prise en charge et sur les moyens humains nécessaires. Cependant, l'organisation se retrouve comparable à l'ensemble des structures d'hospitalisation à temps partiel quelle que soit l'activité. En outre, actuellement au-delà du SSR, l'intégration de lits (ou places) de court séjour (MCO) pour certaines activités est en cours de discussion et officialisation (Circ. DHOS 2006/376 du 31 aout 2006 abrogée et remplacée par la Circ. DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010).

2) OBJECTIFS ET ROLES DE L'HOPITAL DE JOUR :

Les besoins d'une réponse alternative à l'hospitalisation complète en MPR, en HDJ en particulier, se sont fortement développés ces dernières années ; cette évolution des besoins peut s'expliquer par :

- l'élévation de l'espérance de vie des patients présentant une affection chronique invalidante avec maintien à domicile ou équivalent de domicile ;
- le développement de certaines thérapeutiques (ex. de la spasticité avec réalisation de blocs neuro-moteurs, d'injection de toxine, de mise en place de pompes à Baclofène, etc.) nécessitant le cadre de l'HDJ ;
- la création de consultations multidisciplinaires (ex. : SLA, SEP, maladies neuromusculaires, douleur chronique, etc.) ;
- le développement de réseaux de soins et d'accompagnement, dans le champ sanitaire et médico-social avec l'existence d'Unités Mobiles et de services d'Hospitalisations à Domicile (HAD) qui permettent d'intégrer des avis spécialisés de rééducation et réadaptation au sein des services de court et moyen séjour, de certains lieux de vie (Foyer d'Accueil Médicalisé FAM ; Maison d'Accueil Spécialisée MAS), voire au sein du domicile en lien avec le médecin traitant référent et les structure de soins (SSIAD) ou médico-sociales à domicile (SAMSAH) pouvant induire des interventions techniques ambulatoires ;

- le développement d'une approche « parcours patient » de l'hôpital au domicile en s'appuyant sur les structures de soins SSR (polyvalentes ou spécialisées dont MPR), d'hospitalisation complète et de soins ambulatoires, parcours ayant toute son importance pour les affections chroniques et invalidantes.

Tous ces points impliquent une croissance des besoins spécifiques de MPR, notamment en soins ambulatoires, et l'hôpital de jour constitue le maillon central de cette organisation, que ce soit pour des bilans et/ou des soins, relais entre hôpital et soins de ville.

D'une façon générale, l'hospitalisation de jour en MPR concerne **les patients dont l'état nécessite des soins et/ou des bilans de rééducation et de réadaptation spécialisés non envisageables en secteur libéral dans leur totalité en raison de :**

- leur caractère spécifique et/ou pluri et inter-disciplinaire.
- la nécessité d'un plateau technique spécifique de rééducation et réadaptation : balnéothérapie et/ou technique d'isocinétisme et/ou tapis d'entraînement à l'effort et/ou posturographie et/ou arthro-moteur et/ou verticalisation et/ou entraînement à la marche ; et/ou de capacités d'évaluation : posturographie, analyse de la marche, du mouvement, des fonctions vésico-sphinctériennes et cognitives, des capacités d'effort et fonctionnelles (ergomètres) ; et/ou d'un atelier d'appareillage orthopédique.
- la nécessité d'examen complémentaires spécifiques ou adaptés au sein du plateau technique ou en proximité (unité de temps et de lieu pour la personne handicapée) : imagerie, prélèvement biologique, radio-vidéo, exploration neurophysiologique, ...
- l'organisation de la prise en charge rééducative et réadaptative individuelle ou collective.
- la notion d'intensité, de durée, de répétition des actes dans une journée ou dans une période brève et/ou déterminée par rapport à un objectif spécifique (par exemple : prise en charge isolée de kinésithérapie mais de plusieurs heures, ou tous les jours) permettant la réalisation de programmes précis et adaptés à certaines pathologies ou situations cliniques ou suites chirurgicales (par exemples : suite arthrolyse, prothèse chez hémophile, kinésithérapie + physiothérapie + posture + arthromoteur, programmes de réentraînement à l'effort, suite de chirurgie de la spasticité ou d'injection de toxine botulinique, etc.).

Les objectifs peuvent être ainsi identifiés :

a- Rééducation et traitements spécifiques poursuivant plusieurs objectifs, thérapeutiques, éducatifs, psychologiques et préventifs :

- rééducation : bilan ou prise en charge en kinésithérapie et/ou ergothérapie, et/ou orthophonie, et/ou neuro-psychologie, et/ou psycho-motricité, et/ou diététique et/ou appareillage... ;
- avis, suivi et/ou traitement médical spécialisé de MPR (avec coordination des soins et relation avec les correspondants médicaux et para-médicaux de terrain et le réseau médico-social et libéral du secteur) ;
- suivi psychologique individuel et/ou familial ;
- éducation thérapeutique.

b- Evaluation des conditions médicales : en particulier dans le cadre des affections chroniques invalidantes et dans le suivi du handicap, pour réorienter une prise en charge et réadapter les modalités de soins et d'aides à domicile, afin de limiter le risque d'épuisement et de décompensation pouvant aboutir à une hospitalisation « en urgence ».

c- Evaluation sociale et/ou socioprofessionnelle, enquête sociale, aide et suivi des dossiers d'orientation, concertation familiale.

L'hospitalisation de jour se justifie également pour la mise en place de modalités de soins et d'adaptation fonctionnelle au domicile. Elle permet ainsi :

- **d'optimiser certains retours à domicile** : organisation des prises en charge rééducatives ambulatoires, poursuite d'une rééducation spécifique non réalisable en libéral, suivi médical de pathologies lourdes et/ou de contextes sociaux précaires (pérennisation de certains maintiens à domicile) ;
- de constituer une **alternative à l'hospitalisation complète** en MPR et ainsi de diminuer les durées de séjour en service de court séjour ;
- **d'anticiper le retour à domicile** lorsque les déficiences et incapacités autorisent un retour à domicile mais nécessitent toutefois des soins de rééducation spécialisés (par exemple : syndrome de la queue de cheval, AVC, traumatologie) ;
- **de diminuer les durées de séjour** dans les unités d'hospitalisation complète MPR ou les services MCO d'autre discipline ; le retour dans le cadre de vie habituel est en effet un élément fondamental dans le processus de récupération et réadaptation, notamment en cas de troubles cognitifs ;

- ***d'assurer un suivi*** et une thérapeutique médicale associée à la rééducation pour certaines pathologies avec des traitements complexes et coûteux (par exemple : hémophilie, patients dialysés, pathologie neuro-cancéreuse, pathologies infectieuses, etc.) ;
- de permettre à certains patients présentant une régression fonctionnelle à domicile de ***maintenir et/ou de retrouver leurs acquis***, en particulier dans certaines pathologies neurologiques (SEP notamment)

La structure Hôpital de Jour constitue ainsi un pôle-ressource d'évaluation des situations de handicaps complexes. Elle est une unité de soins à part entière, et il est donc important d'obtenir l'adhésion : i) du patient, acteur de ses soins, avec mise en jeu de l'équipe interdisciplinaire et d'informer le patient du projet thérapeutique (et/ou la famille ou la personne de confiance) ; ii) du médecin traitant référent afin d'établir un « contrat tacite de soins »

L'HDJ ne doit pas être :

- un moyen de palier systématiquement certaines carences de rééducation ambulatoire au long cours, dans les situations de handicaps lourds chroniques (pathologies neurologiques centrales en particulier). Dans l'attente du développement adéquat de structures d'aval, les structures d'HDJ peuvent toutefois être amenées à prendre en charge ces patients, avec parfois des difficultés à « sevrer » certains patients des soins en HDJ.
- un service de soins au long cours en lieu et place du secteur libéral. Il est essentiel de définir des objectifs thérapeutiques en fixant au préalable un programme de rééducation et de réadaptation, avec un temps défini de soins, et d'évaluer ces objectifs de façon régulière en équipe interdisciplinaire. Les durées de prise en charge varient selon la nature du handicap et selon les programmes de soins établis par la structure. Il est nécessaire d'informer le patient de ces aspects-là dès le début de la prise en charge.

L'orientation des patients vers la MPR en hôpital de jour doit se faire sur les mêmes critères de pertinence que pour l'hospitalisation complète (cf. : Critères de prise en charge en MPR – FEDMER).

3) INDICATIONS

La prise en charge spécifique et/ou pluridisciplinaire concerne diverses pathologies et situations de handicap. Nous avons proposé un certain nombre de situations, sans exhaustivité, apparaissant comme les plus fréquentes.

3.1 - Affections neurologiques

a) Lésions cérébrales (AVC, TC, tumeurs non cancéreuses)

- relais ambulatoire après hospitalisation en court séjour si le degré de récupération autorise un retour rapide à domicile, ou relais après séjour dans un service de MPR, ou exceptionnellement SSR, ou lors d'une consultation de suivi ;
- bilan, traitement et rééducation des troubles moteurs, sensitifs, sensoriels et mise en place, adaptation et éducation à l'utilisation d'un appareillage ; rééducation du MS en feed-back visuel ;
- bilan et rééducation des troubles cognitifs phasiques (groupe de parole, techniques spécifiques de communication) et neuropsychologiques (dont héli négligence) ;
- bilan et rééducation des troubles de déglutition ;
- bilan, traitements et rééducation spécifiques de la spasticité (blocs, injection de toxine botulique), réalisation et adaptation d'appareillage fonctionnel et de posture ;
- prise en charge spécifique de la douleur (interdisciplinarité) et techniques antalgiques (neurostimulation transcutanée, perfusions...) ;
- bilans fonctionnels pour les actes de la vie quotidienne, sociale, scolaire et professionnelle en ergothérapie et éducation, essai, utilisation des aides techniques éventuelles avec mise en situation (appartement thérapeutique) ;
- bilans d'aptitude physique et programmes spécifiques de reconditionnement à l'effort et bilan d'aptitude sportive adapté ;
- bilan et accompagnement social et professionnel, avec dispositif précoce de réinsertion (dispositif de type Comète) ;
- éducation à l'entretien et auto-rééducation ;
- bilan d'aptitude à la conduite automobile.

b) Lésions médullaires post-traumatiques, post-chirurgicales ou médicales (sauf SEP) :

- relais ambulatoire après hospitalisation en court séjour si le degré de récupération autorise un retour rapide à domicile (par exemple syndromes de la queue de cheval), ou relais après séjour d'hospitalisation complète en MPR ou lors d'une consultation de suivi ;

- bilan, traitements et rééducation des troubles moteurs ;
- bilan et traitement ambulatoire et suivi d'escarre (qu'il y ait ou non chirurgie) ou de plaies chroniques ;
- bilan des aptitudes physiques à l'effort et programme spécifique de reconditionnement à l'effort ; bilan d'aptitude sportive ;
- réalisation et adaptation d'orthèses de marche et apprentissage de leur utilisation ;
- bilans fonctionnels pour les actes de la vie quotidienne, sociale, scolaire et professionnelle en ergothérapie et éducation, essai, utilisation des aides techniques éventuelles (tétraplégie) avec mise en situation (appartement thérapeutique) ;
- bilans, traitements et rééducation des fonctions vésico-sphinctériennes ; éducation à l'autosondage intermittent et au système d'irrigation transanale ;
- essai, choix et adaptation du fauteuil roulant manuels et/ou électriques ;
- prise en charge spécifique de la douleur ;
- bilan et accompagnement social et professionnel (réinsertion) ;
- éducation à l'entretien et auto-rééducation, éducation thérapeutique ;
- bilan d'aptitude à la conduite automobile.

c) Pathologie neuro-musculaire et neurologique périphérique : (PRN, PAA, myopathies, neuropathies, plexus brachial...)

- bilans neuro-moteurs, orthopédiques et fonctionnels spécifiques (multi-disciplinaires) ;
- adaptation de l'appareillage (orthèses et fauteuils roulants) et apprentissage de leur utilisation ;
- bilans fonctionnels pour les actes de la vie quotidienne, sociale, scolaire et professionnelle en ergothérapie et éducation ; choix et utilisation des aides techniques éventuelles avec mise en situation (appartement thérapeutique) ;
- essai, choix et adaptation du fauteuil roulant manuels et/ou électriques ;
- bilan et accompagnement social et professionnel (réinsertion) ;
- éducation à l'entretien et auto-rééducation ;
- bilan d'aptitude à la conduite automobile.

d) Affections neurologiques « médicales » invalidantes:

- Sclérose en Plaques (SEP) : bilan et/ou traitement et rééducation : troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, sphinctériens, douleurs, incapacités et/ou régression fonctionnelles, asthénie, troubles psychologiques et sociaux, etc. ; selon les formes cliniques se reporter aux atteintes centrales et médullaires ; éducation à l'entretien et auto-rééducation.
- Maladie de Parkinson : bilan et/ou prise en charge ; bilan des troubles cognitifs, rééducation des troubles moteurs avec travail spécifique de l'équilibre, des troubles statiques et posturaux, d'une régression fonctionnelle ; bilans fonctionnels et ergothérapie ; utilisation des aides techniques éventuelles ; éducation à l'entretien et auto-rééducation.
- Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA) : bilan et/ou traitements et rééducation des troubles moteurs ; bilans fonctionnels et éducation en ergothérapie ; utilisation des aides techniques éventuelles ; traitement, rééducation des troubles de déglutition et adaptation des modalités d'alimentation.

3.2 - Affections rhumatologiques

a) Lombalgie chronique :

- bilans lésionnels et fonctionnels multi-disciplinaires : kinésithérapie posturale et musculaire dynamique type isocinétique, ergothérapie, psychologique et socio-professionnel ;
- programmes spécifiques en groupe de type « Restauration Fonctionnelle du Rachis », et/ou programmes spécifiques en groupe ou individuel de « Désinhibition Fonctionnelle », et programme de type « Ecole du Dos » ;
- évaluations et traitements orthopédiques ;
- bilan et accompagnement socio-professionnel.

b) Pathologie inflammatoire (SPA, PR) :

- bilan et traitements des troubles orthopédiques avec programme spécifique et personnalisé de kinésithérapie, balnéothérapie, physiothérapie, etc. ;
- bilans fonctionnels pour les actes de la vie quotidienne, sociale, scolaire et professionnelle en ergothérapie et éducation, essai, utilisation des aides techniques éventuelles (tétraplégie) avec mise en situation (appartement thérapeutique) ;
- bilan, indication, essai, réalisation et éducation pour appareillage (corset, orthèse, chaussage, attelles, etc., ...) ;

- bilan et accompagnement socio-professionnel.

3.3 - Affections orthopédiques

a) Pathologie orthopédique complexe et invalidante : genoux, épaules, cheville, ...

- bilan et traitements spécifiques d'orthopédie et/ou association thérapeutique (par exemple capsulite rétractile, arthrite septique, etc.) ;
- bilan et rééducation spécifique post-chirurgicale dans un contexte médical particulier avec programme spécifique et/ou association thérapeutique (par exemple hémophilie, PR...) ;
- bilans et programmes spécifiques et personnalisés de kinésithérapie, balnéothérapie, physiothérapie dans certaines pathologies ou conditions médico-psychologiques ou sociales ;
- bilans musculaires isocinétiques, et bilan posturologique, de marche, du mouvement, des aptitudes physiques ;
- programme thérapeutique avec techniques de réactivation et réentraînement isocinétique.

b) Troubles statiques du rachis : (scoliose, cyphose, post fracture...)

- bilan et/ou prise en charge thérapeutique, suivi, avis pluridisciplinaire (chirurgical) ;
- évaluation, mise en place et suivi de traitement orthopédique avec appareillage (corset) et éducation.

3.4 - Affections traumatologiques et post-chirurgicales

a) Amputations :

- bilan et adaptation de l'appareillage, suivi, évaluation fonctionnelle, analgésie, réadaptation à l'effort.

b) Fractures complexes ou poly traumatisme :

- bilans et programmes spécifiques et personnalisés dans certaines conditions médicales et fonctionnelles : kinésithérapie, balnéothérapie, physiothérapie, bilans musculaires isocinétiques, bilan posturologique, de marche, du mouvement, des aptitudes physiques ; évaluation fonctionnelle ; analgésie ; appareillage ; bilan psychologique ou social.

c) Mains chirurgicales post-traumatiques complexes :

- bilan et programme thérapeutique global pluridisciplinaire d'ergothérapie, de réalisation et adaptation d'orthèse statique ou dynamique, de kinésithérapie, de soins infirmiers, d'analgésie.

3.5 - Affections cardiologiques :

- réentraînement à l'effort sous surveillance cardiologique après infarctus myocardique, après chirurgie coronarienne ou angioplastie, insuffisance cardiaque, greffés.
- bilan fonctionnel spécifique (épreuve d'effort), éducation diététique, programme spécifique de réentraînement sous surveillance cardiologique, éducation physique.

3.6 - Affections médicales autres

a) Pathologie cancéreuse : avec notamment atteinte neurologique ou amputation

- bilan et prise en charge personnalisée, spécifique et multidisciplinaire, s'intégrant dans la logique des soins de support en oncologie ; nécessité de la prise en compte de la maladie cancéreuse, du pronostic, du ou des traitements associés (radiothérapie, chimiothérapie), des conditions psychologiques et sociales.

b) Syndromes douloureux chroniques : (algoneurodystrophie, douleurs neuropathiques de plexus brachial ou d'amputation, fibromyalgie...)

- bilan et programme global pluridisciplinaire de kinésithérapie dont reconditionnement à l'effort, balnéothérapie, physiothérapie, ergothérapie, prise en charge psychologique et sociale. en lien avec les Centres anti-douleur.

c) Brûlures :

Les soins MPR pour les brûlures peuvent être envisagés en HDJ, soit HDJ d'une unité spécifique des brûlés dans les centres SSR disposant d'un service spécialisé, soit prise en charge en liaison avec une équipe SSR spécialisée, le plus souvent régionale.

8) Maladies dites « orphelines » :

Marfan, Ehlers-Danlos, ostéogénèse imparfaite, Recklinghausen,...

- bilan clinique, orthopédique, fonctionnel et prise en charge globale pluridisciplinaire ;
- consultations familiales.

4) MODALITES DE PRISE EN CHARGE :

1- Mode de recrutement

Les patients sont adressés par un médecin hospitalier ou libéral, généraliste ou spécialiste selon 2 modalités principales :

a) au décours d'une hospitalisation complète :

- dans un service de MPR : les patients, en fonction de leur pathologie, poursuivent ainsi des soins spécifiques dans un environnement médico-technique proche de l'hospitalisation complète.
- dans un service de court séjour (MCO) : éventuellement par le biais d'une unité mobile (UM- MPR) ou si possible après consultation préalable afin de déterminer les objectifs avec le patient et le médecin « adresseur ».
- dans un "SSR polyvalent ou à orientation gériatrique": pour certains patients, une récupération plus tardive (certains AVC notamment) ou une déficience initiale importante notamment cognitivo-comportementale, ne permettent pas une rééducation et ne justifient donc pas d'une hospitalisation complète en MPR ; l'évolution peut parfois se faire plus favorablement, autorisant alors une rééducation spécialisée pouvant être conduite en HDJ.

b) à la suite d'une consultation, sans hospitalisation, directement à la demande d'un médecin : l'indication est alors confirmée par une consultation préalable auprès d'un médecin MPR qui définit aussi les modalités et objectifs de la rééducation ; il s'agit parfois initialement de simples bilans qui peuvent secondairement déboucher sur une prise en charge.

2- Organisation de la prise en charge

Bien que spécifique à chaque structure, l'organisation s'impose par le caractère séquentiel des prises en charge (durée et fréquence hebdomadaire variable selon les objectifs) ainsi que la nécessaire coordination et planification des soins et des intervenants. Cette organisation est conditionnée par le type de prise en charge (bilans, plateau technique, techniques de rééducation, ..) et les moyens dévolus à cette unité.

Les modalités d'organisation ne sont que proposées à titre d'exemples, en lien toutefois avec les décrets concernant l'organisation des SSR et de l'HTP :

- la planification des patients se fait de façon hebdomadaire incluant médecin, cadre de santé et secrétaire : examen des demandes et organisation des soins ; des logiciels d'aide à la programmation d'activité sont utilisés dans certains établissements ;

- dès le début de la prise en charge, le médecin MPR de l'Hôpital de Jour détermine avec le patient les objectifs retenus lors d'une consultation initiale (par exemple : gestion de la douleur, spasticité, travail de la marche...) ;

- le patient est pris en charge par les différents intervenants selon sa pathologie et selon le programme qu'il intègre (kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmière, assistante sociale, psychologue, technicien d'appareillage, etc.) ;

- si besoin et si possible, les professionnels se déplacent hors de la structure avec le patient (visites à domicile, évaluations et entraînement en situation de vie courante) ;

- un dossier médical et de rééducation-réadaptation est constitué pour chaque patient ;

- des réunions de synthèse interdisciplinaires régulières (par exemple hebdomadaire) permettent d'établir ou de valider le projet thérapeutique (selon bilans), de suivre l'évolution du patient, d'adapter les prises en charge selon cette évolution, de faire l'état des lieux dans le cadre des bilans envisagés, de faire l'analyse des résultats à la fin d'une prise en charge thérapeutique ;

- en fin de prise en charge, la synthèse permet d'établir un compte rendu d'hospitalisation adressé au médecin traitant et autres médecins le cas échéant, comme cela est fait à l'issue d'une hospitalisation complète.

Dans la perspective de la valorisation T2A, il est important en préalable d'insister sur la spécificité organisationnelle de l'HDJ, nécessitant la mise en place dans un temps limité de programmes précis, avec la recherche permanente de l'optimisation des temps intervenants. Ainsi, deux conditions spécifiques à l'hospitalisation de jour doivent être mises en avant :

- le temps médical : souvent sous estimé par rapport à l'hospitalisation complète, il est une des conditions, mais aussi un des intérêts de l'hospitalisation de jour qui doit permettre un **suivi médical régulier**. On rappelle que la législation (JO 8 octobre 1992, p 13991, Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992) impose à ces structures « *les moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication médicale éventuelle* ». Un médecin MPR pour cette unité est nécessaire et une présence médicale doit être disponible au moment où les patients sont présents dans la structure, c'est à dire sur les créneaux horaires et les jours de semaine de fonctionnement de la structure et précisément pour chaque patient. Il s'agit avant tout d'un

temps de suivi médical, mais aussi de coordination du programme de soins entre les intervenants internes et externes, dont le médecin traitant, les médecins spécialistes, la médecine du travail, la MDPH, les organismes de réinsertion professionnelle (nécessitant courriers, ordonnances, contacts et réunions régulières).

- la file active : cette notion de file active de patients est importante dans ces structures de jour, bien plus que le nombre de places en soi. En effet, bien que directement liée au nombre de places autorisées, la file active est une donnée plus parlante car elle représente le nombre de patients différents pris en charge chaque semaine, et donc le nombre de dossiers à connaître et à gérer par le médecin.

5) MOYENS HUMAINS :

La réglementation demande **d'autonomiser les ressources de l'hôpital de jour** et reconnaît le caractère interdisciplinaire du personnel. Il est donc nécessaire d'avoir un **personnel dédié** à une unité d'hospitalisation de jour, ce qui se justifie aussi par le caractère très planifié des prises en charge et l'importance de l'activité.

Il est difficile de donner des ratios très précis de personnels, car ceux-ci sont étroitement liés aux types de pathologie et aux déficiences prises en charge. Les besoins sont différents pour de la rééducation neurologique et de la rééducation à orientation ortho-traumatologique (appareil locomoteur), aussi bien en temps de prise en charge, qu'en type d'intervenants ((par exemple orthophoniste, neuropsychologue, ..). Par ailleurs, ce choix est en corrélation avec la reconnaissance des activités de SSR Spécialisé neurologique ou appareil locomoteur, voire cardiologie ou respiratoire en relation avec les décrets.

Nous faisons donc la proposition d'un modèle d'effectif avec un ratio et des écarts, permettant une **modulation selon l'orientation du service, et tenant compte des compétences obligatoires, recommandées ou conseillées à la structuration de l'activité de soins de suite et de réadaptation** (Circ. DHOS/01/2008/305 relative aux décrets 2008-376 et 2008-377).

Les effectifs, ainsi indiqués pour **10 places autorisées**, tiennent compte :

- des modalités de calcul du « taux de remplissage » sur la base d'une production de 365j/place, soit environ 16 patients présents en temps réel ; en effet, chaque place doit « produire » 365 jours, or l'HDJ étant ouvert 5jours/7 soit une base moyenne de 225 jours, le ratio patients/place de jour attendu est donc de 1,5 à 2 pour justifier un taux d'occupation satisfaisant.

- du mode d'organisation sur la semaine avec séquences de prise en charge sur une journée complète ou sur une demi-journée, en fonction des programmes de soins.

Ils ne tiennent pas compte de certaines obligations contractuelles des salariés selon les établissements : congés annuels, RTT, plage de récupération, temps partiel, et sont donc à adapter à ces conditions selon le statut juridique des établissements. Il est en effet nécessaire de prendre en compte, dans ce calcul de ratio, le temps d'absence du personnel afin de pouvoir prendre en charge 16 patients chaque jour d'ouverture, toute l'année.

1- Temps médical :

** 1 ETP médecin MPR*, médecin coordonnateur, pour un fonctionnement permettant une couverture médicale de 5j/semaine ; la fonction est d'assurer la synthèse des informations cliniques à l'entrée, la surveillance médicale et l'adaptation des traitements, la formulation précise et l'adaptation des objectifs de rééducation, la coordination des soins (dont le respect des bonnes pratiques), la rédaction des compte-rendu d'hospitalisation et la relation avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux (en particulier extérieurs au service de MPR).

** Autres temps médicaux* : de type vacances complémentaires ils permettent d'effectuer des activités spécifiques de bilan, évaluations et programmes particuliers (réentraînement à l'effort, toxine botulique, urodynamique, brûlés, etc.) ; ces vacances peuvent être assurées par des médecins MPR de l'unité d'hospitalisation complète de la structure à laquelle est rattachée l'unité HDJ, mais il peut s'agir de médecins d'autres structures ou de médecins libéraux, voire d'autres spécialités, selon les types de pathologies prises en charge (algologue, psychiatre, cardiologue, neurologue, etc.).

L'indication d'au moins 1 ETP médecin MPR est liée à l'organisation médicale qui doit être prévue pour qu'un médecin MPR assure une présence effective et exclusive aux heures d'ouverture dans l'unité d'hospitalisation de jour, comme le prévoient les textes officiels.

2-Secrétariat médical

** 1 ETP secrétaire :*

- liens avec le(s) service(s) ou unités d'hospitalisation complète de la structure, avec la consultation, avec les autres services et unités en particulier MCO au sein d'un Centre Hospitalier,

- convocation des patients, participation à la planification des soins et bilans des patients, gestion des dossiers, courriers, prise de RDV, rédaction de formulaires administratifs, accueil téléphonique.

3- Paramédicaux :

* 0.50 ETP cadre de santé : sa mission s'inscrit dans le profil de fonction de cadre :

- veiller à la conception, l'élaboration et le bon déroulement de l'ensemble des soins (infirmiers, kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, neuropsychologie et techniques médicales spécifiques) et à la qualité du séjour du patient ;
- organiser, gérer et coordonner le travail de l'équipe ;
- animer et organiser la transmission des informations écrites ou orales concernant les patients ;
- assurer la gestion des patients en concertation avec le médecin ;
- assurer la gestion de l'ensemble du personnel de l'équipe en concertation avec le médecin ;
- assurer la gestion du matériel (matériel technique de soins et d'exploration) et des locaux ;
- assurer un rôle dans l'animation de l'équipe (gestion des conflits, recherche et diffusion des informations) et dans la formation du personnel ;
- assurer le lien avec l'ensemble des unités de soins en MPR (HC, UM-MPR, consultations) et avec les autres services de soins (MCO au sein d'un CH) et Services de soins de suite.

* IETP infirmière : compétence non médicale obligatoire qu'elle que soit l'orientation spécialisée SSR ; rôle dans la pratique des soins mais aussi des explorations fonctionnelles :

- assurer l'assistance à certains actes médicaux (bilan uro-dynamique, injections toxines botuliques, blocs neuro-moteurs, etc.) ;
- assurer les soins divers habituels (injections, pansements), bilans biologiques et prélèvements divers, l'accueil des patients (installation, aide au déshabillage et habillage) en lien avec l'aide soignant, et la réception des bilans ;
- assurer les liens entre ortho-prothésistes et médecins, la mise à disposition de matériels divers (petit matériel pour la consultation, fauteuils roulants, béquilles, matériels vidéo...), la coordination de certains RDV (examens - consultations) ;

- techniques thérapeutiques spécifiques : éducation à l'auto-sondage, neurostimulation transcutanée, relaxation ;
- rôle important de coordination des soins.

* IETP aide soignant :

- participe à l'accueil des patients (installation, aide à l'autonomie) et à leur accompagnement dans les différents pôles de soins, dont la balnéothérapie, en lien avec l'IDE et les paramédicaux rééducateurs ;
- assurer la prévision des plateaux repas et aides aux repas pour les patients hospitalisés à la journée, la désinfection des salles et la réfection des lits.

* 2 ETP kinésithérapeutes (1,5 à 3 selon l'activité) : compétence non médicale obligatoire qu'elle que soit l'orientation spécialisée SSR (en dehors des orientations onco-hématologie et addictologie)

- assurer les bilans et les techniques de rééducation classique, les soins de balnéothérapie ; participer à certains programmes spécifiques (réentraînement à l'effort) ;
- maîtriser l'utilisation de l'ensemble du plateau technique disponible ;
- assurer un rôle éducationnel (par exemple : douleurs chroniques) ;
- assurer la surveillance et la mise en place de l'appareillage en coordination avec l'orthoprothésiste et le médecin.

* 1 ETP ergothérapeute (1 à 1,5 selon l'activité) : compétence non médicale obligatoire pour orientation spécialisée SSR affections neurologiques, appareil locomoteur et brûlés

- assurer les bilans et les techniques de rééducation classiques, la réalisation d'orthèses et donner des conseils pour aides techniques et aménagement de l'environnement ;
- assurer un rôle éducationnel pour le patient (par exemple : lombalgie, PR) mais aussi sa famille

* 0.50 ETP orthophoniste (0,5 à 1,5 selon activité): compétence non médicale obligatoire pour orientation spécialisée SSR affections neurologiques et brûlés

- assurer les bilans de langage et de déglutition, la rééducation classique et spécifique et l'animation de groupes de parole ; participer à la rééducation des troubles mnésiques en lien avec la neuro-psychologue.

* 0,50 ETP neuro-psychologue (0,5 à 1 selon activité) :

- assurer les bilans cognitifs et la rééducation des troubles mnésiques.

* 0.50 ETP psychologue clinicien : compétence non médicale obligatoire pour orientation spécialisée SSR affections neurologiques, métaboliques et brûlés

- aide au diagnostic, bilan et suivi des troubles psychologiques, en liaison avec les structures ambulatoires d'aval.

* 0.50 ETP psychomotricien :

- bilan et/ou prise en charge de certains troubles moteurs.

4- Autres intervenants :

* 0.50 ETP assistante sociale : compétence non médicale obligatoire qu'elle que soit l'orientation spécialisée SSR

- assurer les bilans sociaux et professionnels, les dossiers d'aides financières et humaines (dossiers MDPH - PCH ou APA, invalidité, dossiers financement aide techniques,...), les liens avec les associations (APF, AFM, ...), l'accueil et l'accompagnement des patients et des familles dans les différentes démarches administratives. Ce temps est à adapter selon le travail avec les réseaux en aval (AS de secteur, MDPH...) et il s'agit essentiellement d'un travail d'initiation des démarches exclusivement, le relais devant être rapidement passé aux différents autres acteurs territoriaux ou de réseaux.

* 0,20 ETP diététicienne : compétence non médicale obligatoire pour l'orientation spécialisée SSR pour les affections cardio-vasculaires, métaboliques et brûlés

- assurer les bilans et suivis des patients présentant un surpoids et/ou un trouble métabolique (diabète, dyslipémie, hyper uricémie...) et le suivi des alimentations entérales.

* 0.50 ETP Educateur Physique Activité Physique Adaptée :

- participer aux programmes spécifiques de réentraînement à l'effort ;
- initier et faire découvrir l'APA aux patients qui peuvent en tirer bénéfice ;
- assurer, en coordination avec le médecin, les bilans énergétiques et d'effort, les bilans cliniques et d'éducation à la pratique du sport.

* 0.50 ETP ortho-prothésiste : compétence non médicale obligatoire pour brûlés

- évaluation, confection et suivi des appareillages

6- MOYENS TECHNIQUES

Ils doivent être individualisés, même si parfois pour partie certains locaux et/ou moyens techniques sont partagés compte tenu de leur temps d'utilisation, de leur spécificité et de leur coût (partage avec d'autres unités MPR – SSR en particulier les unités d'hospitalisation complète (par exemple : piscine, analyse de marche ou du mouvement, chaîne d'exploration neuro-urologique, etc., ...)).

Ils dépendent bien sûr de l'activité développée (neurologie, orthopédie-traumatologie, cardiologie...), mais un plateau technique de base spécifique à l'HDJ est toujours nécessaire :

- bureau d'accueil, salle de soins, local pharmacie avec réserve de médicaments de « base », chariot d'urgence et matériel médical.
- secrétariat, bureaux médicaux ou salles d'examen pour tous les intervenants, salle de synthèse.
- plateau technique de kinésithérapie, réentraînement à l'effort, accès balnéothérapie.
- plateau d'ergothérapie – simulation appartement – aides techniques – accueil et piste d'essai FR manuel et électrique.
- plateau d'orthophonie et neuropsychologie.
- salle de sport.
- atelier d'appareillage.
- chambres : nécessaires pour certains soins (apprentissage ASI, soins escarres, traitement de troubles intestinaux...); permettent à certains patients de se reposer si les soins sont échelonnés sur une journée ; fauteuil de repos.
- certains éléments en lien avec la spécialisation (accès EMG et EEG, échographie cardiaque, test d'effort, etc., ..).

Ces moyens sont en lien avec les décrets relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des SSR (2008-376, 2008-377)

3- TARIFICATION

D'une extrême hétérogénéité, la tarification fait apparaître des variations d'un établissement à l'autre :

- dans la cotation des actes : soins ambulatoires, hospitalisation de jour, forfait de soins de demi-journée
- dans les modalités de fonctionnement des structures de jour : demi journée et/ou journée
- dans le calcul du prix de journée, correspondant parfois à un certain pourcentage d'hospitalisation complète, variant selon le caractère polyvalent ou spécialisé de l'hospitalisation

Il se pose le problème de certains patients hospitalisés (MCO ou Soins de Suite) pour lesquels un bilan ou une prise en charge pluridisciplinaire ou technique spécifique est nécessaire (par exemple : éducation à l'auto sondage, toxine botulinique) et qui ne peuvent prétendre à une double tarification administrative. Ceci peut limiter certaines possibilités d'intervention précoce.

La perspective de la tarification à l'activité (T2A) peut apparaître comme une opportunité pour mieux valoriser :

- d'une part les différentes modalités de prise en charge (activité de bilan pluridisciplinaire mettant en jeu des moyens humains nombreux ou des techniques coûteuses, activité de soins rééducatifs et réadaptatifs au décours d'une pathologie aiguë ou chronique),
- d'autre part les traitements coûteux (toxine botulique, mais aussi matériels médicaux spécifiques, aide à la marche, appareillage)

De plus, une réflexion de création (ou reconnaissance) de lits de court séjour (lits MCO) pour une juste valorisation et tarification de certaines activités diagnostiques et thérapeutiques (injection de toxine botulique, thérapie enzymatique substitutive) est en cours.