



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

Direction des hôpitaux

La ministre de l'emploi et de la solidarité

La secrétaire d'Etat à la santé et aux
handicapés

à

Mesdames et messieurs les directeurs
d'agence régionale de l'hospitalisation
(pour mise en œuvre)

Mesdames et messieurs les préfets de
région
Directions régionales des affaires
sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et messieurs les préfets de
département
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales
(pour information)

Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

Résumé : L'hospitalisation à domicile (HAD) est encore relativement peu développée en France, alors que son intérêt pour la qualité de la prise en charge des patients a été montré. Cette circulaire vise à mieux définir le rôle de l'HAD par rapport aux autres services de soins à domicile et précise les conditions d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Les services d'HAD participent à la formation des intervenants libéraux dans leurs domaines de compétence, en particulier, la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs à domicile. Les ARH favoriseront le développement des structures d'HAD de manière substitutive à l'hospitalisation traditionnelle notamment par la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé et les services d'HAD qu'ils soient publics ou privés.

Mots clefs : hospitalisation à domicile - typologie des séjours - charges en soins - critères d'admission - services de maintien à domicile - qualité des prises en charge -

Textes de référence : Articles L.712-2, L.712-10, R.712-2-1., R.712-2-3, R.712-2-4, D.712-13-1, D.712-35 à 39 du code de la santé publique

L'hospitalisation à domicile (HAD), prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral, permet de dispenser 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. Les services d'HAD sont tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins.

L'hospitalisation à domicile répond incontestablement au souhait d'un nombre grandissant de personnes malades, particulièrement lorsqu'elles sont atteintes de pathologies chroniques qui nécessitent des soins techniques, comme les cancers, les pathologies neurologiques, l'infection à VIH par exemple. Ces pathologies souvent graves ont incité les équipes à développer des compétences pour la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

L'hospitalisation à domicile est relativement peu développée en France : en juin 1999, 68 structures, pour un total de 3908 places autorisées, se répartissaient de manière inégale sur le territoire.

Les recommandations qui suivent ne concernent que les hospitalisations de malades adultes, excluant pour l'instant la pédiatrie et l'obstétrique qui constituent, cependant, une part importante de l'activité de certains services d'HAD et nécessiteront une approche spécifique.

La présente circulaire se fixe pour objectifs :

- De définir les missions de l'HAD et de préciser sa place parmi les structures de soins à domicile : les services doivent disposer de critères pour l'admission d'un malade qui soient cohérents avec la définition de l'HAD.
- D'améliorer la qualité de la prise en charge des patients : pour cela, plusieurs mesures sont nécessaires, et toutes supposent une meilleure collaboration entre les professionnels des secteurs ambulatoires et hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés. En effet, les patients hospitalisés à domicile, lorsqu'ils sont atteints de pathologies graves, nécessitent l'implication de professionnels hospitaliers, spécialistes du domaine, de médecins traitants, responsables du suivi du patient, et de personnels paramédicaux compétents pour les actes techniques qu'ils requièrent. L'amélioration de la prise en charge suppose aussi que soient pris en compte la dimension psychosociale de la maladie et le retentissement sur les proches. Elle passe par une formation des professionnels amenés à intervenir à domicile dans les domaines de la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs, ou des protocoles de chimiothérapie, par exemple.

1. Définition de l'HAD et de son champ d'intervention

L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Ces malades nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial, c'est à dire à la fois :

- une coordination des soins (décret du 2 octobre 1992 codifié article R. 712-2-1 du code de la santé publique) ;

- une évaluation médicale au moins hebdomadaire qui conditionne la fréquence de la surveillance médicale en fonction de l'état clinique du patient ;
- des soins infirmiers, quasi-quotidiens, de la compétence exclusive de l'infirmier, ou des soins infirmiers moins fréquents, avec des interventions de kinésithérapie quasi-quotidiens, auxquels peuvent s'ajouter, le cas échéant :
 - des soins dispensés par un aide-soignant,
 - des soins d'orthophonie,
 - des conseils de diététique,
 - une prise en charge psychologique,
 - des prestations d'ergothérapie,
 - une prise en charge sociale.

Ne sont pas admis en HAD les malades :

- qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non coordonnés,
- qui relèvent de soins infirmiers à domicile (SIAD),
- dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont ils relèvent,
- qui relèvent uniquement de nutrition entérale ou parentérale, de moyens de suppléance à une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale (malades pris en charge par des structures spécialisées dans ce type de soins) et des structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, conformément à l'article R.712-2-2 du code de la santé publique,

2. Les types de soins délivrés et les critères d'admission en HAD

Les personnes hospitalisées à domicile peuvent bénéficier de différents modes de prise en charge, qui, selon l'état de santé de la personne, peuvent être classés dans trois catégories de soins :

- **Les soins ponctuels** sont définis comme des soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie, par exemple).
- **Les soins continus** associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.
- **La réadaptation au domicile** est destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polyopathie.

La grille jointe à la circulaire (annexe 1) décrit les types de séjours à partir d'indicateurs comme la dépendance du patient (indice de Karnofsky¹), le temps de soins (incluant les soins infirmiers, le nursing par aides soignants ou infirmiers selon les structures, et la coordination) et les temps d'intervention des kinésithérapeutes. Cette typologie des séjours met en évidence des

¹ Annexe 2

- différences de charge en soins selon la nature des soins délivrés en HAD, en lien avec la dépendance du patient et son état de santé. Ces éléments, fournis par une enquête réalisée dans trois services d'HAD², sont donnés à titre indicatif.

3. La qualité de la prise en charge

Afin d'améliorer la prise en charge des patients hospitalisés à domicile, il convient de veiller à la mise en place des orientations suivantes :

3.1 Renforcer les liens entre établissements de santé et services d'HAD

Quand les services d'HAD dépendent d'un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier (PSPH), ils doivent être pris en compte dans les projets d'établissement au même titre que les autres services. Quand il s'agit de services d'HAD gérés par des associations, des conventions doivent être signées avec les établissements qui adressent habituellement des patients au service d'HAD. Les liens entre les services qui utilisent l'HAD et la structure d'HAD doivent être formalisés pour éviter les ruptures de prise en charge. Les conventions liant les structures d'HAD et les établissements de santé devront prévoir l'élaboration de projets thérapeutiques, les modalités de liaison avec le médecin traitant, les ré-hospitalisations et la prise en charge des urgences.

Jusqu'à présent, l'implication des médecins hospitaliers dans la prise en charge des patients au domicile est hétérogène d'un service à un autre. La complexité des pathologies en HAD impose cependant un renforcement de la collaboration des services hospitaliers avec les professionnels intervenant à domicile.

Le médecin hospitalier peut avoir deux rôles distincts :

- Un rôle de soins personnalisés aux malades dont il a la charge. Dans ce cadre,
 - il transmet au médecin coordonnateur³ du service d'HAD et au médecin traitant les informations médicales concernant son patient,
 - il élabore le projet thérapeutique en lien avec l'équipe de l'HAD,
 - il s'engage à suivre le patient au niveau hospitalier et à le ré-hospitaliser si nécessaire.
- Un rôle d'expert pour certaines pathologies dont les traitements complexes sont fréquents en HAD, comme la cancérologie, la cardiologie et la neurologie, etc.

Ainsi, les services ayant fréquemment recours à l'HAD pour leurs patients devront-ils désigner un médecin correspondant, dont le rôle sera le suivant :

- il est expert de la pathologie et organise avec la structure d'HAD la mise à disposition de procédures et protocoles thérapeutiques,
- il participe à la formation des médecins traitants et des personnels soignants,
- il collabore avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant pour le bénéfice du patient.

² Rapport sur l'hospitalisation à domicile – bilan et propositions- juin 1999 – direction des hôpitaux

³ Voir définition du rôle du médecin coordonnateur paragraphe 3.3.2

3.2 Renforcer les liens entre secteur libéral et HAD

3.2.1 Le médecin traitant

Le médecin traitant est choisi librement par le malade. Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il est le pivot de la prise en charge du patient à domicile et il est responsable du suivi du malade :

- l'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord, au vu du projet thérapeutique,
- il réévalue, avec l'équipe d'HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution, en lien, si besoin, avec le service hospitalier où a été hospitalisé le patient,
- il décide de l'hospitalisation en milieu hospitalier traditionnel, si nécessaire.

La rencontre du médecin traitant et de l'équipe soignante du service d'HAD est de nature à faciliter la prise en charge et le suivi du patient.

3.2.2 Les intervenants paramédicaux

Selon le statut de la structure d'HAD, la part d'intervenants libéraux est plus ou moins importante. Les professionnels de santé libéraux doivent être plus étroitement associés à l'hospitalisation à domicile, que ce soit dans un cadre associatif ou public. A l'exemple de certains services d'HAD, la collaboration avec les professionnels de santé libéraux doit être formalisée dans un contrat définissant le cadre juridique et la collaboration entre le service d'HAD et les intervenants libéraux. Le professionnel libéral s'engage à respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmission des informations, le dossier de soins et, en particulier, à se prêter à l'évaluation de la qualité des soins.

3.3 Améliorer les conditions de fonctionnement de services d'HAD

L'HAD assure la prise en charge du malade avec une équipe pluridisciplinaire, médicale, paramédicale, sociale et administrative/logistique (l'article D.712-37 du code de la santé publique apporte des précisions sur la composition des équipes d'HAD). La prescription de l'HAD est faite par le médecin traitant lors d'une consultation ou d'une visite ou par un médecin hospitalier.

3.3.1 Systématiser l'élaboration du projet thérapeutique :

Le patient est admis en HAD sur la base d'un projet thérapeutique qui formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux que son état nécessite. Ce projet est élaboré conjointement par le médecin coordonnateur avec l'équipe soignante du service d'HAD et par le médecin prescripteur de l'HAD pour l'admission du patient. Il sera actualisé durant le séjour et au moment de la sortie par le médecin traitant en concertation avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'HAD et, si nécessaire, le service social.

Le médecin coordonnateur donne son accord à l'admission du patient, au vu des éléments fournis par les médecins traitants et/ou hospitaliers. L'équipe paramédicale évalue la charge en soins et donne son accord sur le projet de soins. Le patient ne peut être admis que si son état nécessite des soins correspondant à la typologie définie plus haut (chapitre 2).

Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour à domicile. Le projet thérapeutique prend en compte les besoins d'aide supplémentaires : aide ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile et garde à domicile. Cet aspect doit également être réévalué périodiquement.

Après avis du médecin coordonnateur, le responsable de la structure prononce l'admission du malade. L'équipe administrative prend en charge le suivi administratif et logistique du dossier, ainsi que la mise en place des moyens matériels nécessaires aux soins et au confort du malade.

L'équipe pluridisciplinaire du service d'HAD (médecin coordonnateur, personnel paramédical et social) évalue régulièrement la situation du patient et de son environnement familial, en lien avec le médecin traitant, pour envisager, si besoin, l'accompagnement psychologique des familles et des malades.

Toujours en accord avec le médecin traitant, elle organise dans les meilleures conditions la sortie du patient, en s'assurant que les relais utiles sont mis en place. En cela, le rôle du service social est essentiel pour aider les familles dans les démarches socio-administratives.

3.3.2 Préciser le rôle du médecin coordonnateur de l'HAD

Pour un fonctionnement adapté de l'HAD, le médecin coordonnateur remplit les fonctions suivantes :

- il est le référent médical de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur,
- il émet un avis médical pour toute admission et sortie d'un patient de la structure d'HAD. Il s'appuiera pour cette décision médicale sur le projet thérapeutique du patient, proposé par le médecin prescripteur de l'HAD,
- il contribue, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient,
- il a un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante,
- il assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers,
- il participe à l'évaluation de la qualité du service d'HAD,
- il participe aux décisions stratégiques de la structure.

Actuellement, afin de conserver une compétence clinique, les médecins coordonnateurs partagent souvent leur temps avec des fonctions dans un service hospitalier traditionnel ou un cabinet libéral. Pour mieux remplir leurs différentes missions, les médecins coordonnateurs doivent disposer d'un temps adapté au nombre de malades pris en charge dans le service d'HAD.

3.3.3 L'accompagnement psychosocial et les aidants

L'accompagnement psychosocial durant l'hospitalisation à domicile est essentiel : en effet, les familles vivent des situations difficiles lorsqu'elles sont confrontées à la maladie et, notamment, à la mort de leur proche à domicile. L'intervention fréquente des soignants peut être vécue comme une atteinte à leur intimité.

Un soutien psychologique est donc parfois nécessaire, tant pour la famille que pour le malade, et il doit être possible dans chaque service. Dans les structures d'une certaine taille, un psychologue est souvent intégré à l'équipe. Quand le service est trop petit pour avoir un tel personnel, l'intervention d'un psychologue doit pouvoir être rémunérée par le service. Des conventions peuvent être passées avec les services où sont hospitalisés le plus souvent les patients, s'ils disposent d'un psychologue. Cette solution a l'avantage d'assurer une continuité dans le suivi du patient.

3.3.4 Développer la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs par les services d'HAD

Compte tenu des pathologies graves prises en charge en HAD, le traitement de la douleur et les soins palliatifs font partie intégrante des activités de soins de l'HAD. Toute personne hospitalisée à domicile doit bénéficier d'une prise en charge adaptée de la douleur. Toute personne qui le nécessite et le souhaite doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs à domicile.

L'hospitalisation à domicile nécessite, dans la grande majorité des cas, un relais par la famille ou l'entourage proche. Cette participation de la famille est plus ou moins intense selon les patients et le stade de la maladie. En cas de soins palliatifs, par exemple, la charge devient lourde pour les proches et un renfort peut être nécessaire à certains moments, afin d'éviter l'hospitalisation ou la ré hospitalisation en établissement de santé.

A ce titre, dans le cadre du plan triennal de développement des soins palliatifs, un dispositif d'accompagnement du maintien à domicile des personnes en fin de vie est prévu par la CNAMTS dans le cadre du fonds national d'action sanitaire et sociale. Ce dispositif permettra notamment la prise en charge financière de gardes-malades à domicile et de prestations extra-légales (nutriments et incontinence). Des informations complémentaires relatives aux modalités d'application de ce dispositif vous seront communiquées ultérieurement.

Les structures d'HAD doivent avoir les moyens nécessaires pour développer ces types de prise en charge qui supposent des temps de soins importants. Il peut être parfois souhaitable d'organiser une permanence téléphonique 24H/24 avec une équipe formée aux soins palliatifs. Un travail en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs des établissements de santé doit être envisagé dans le cadre de conventions. Pour permettre de prévenir l'épuisement professionnel, un soutien, qui peut prendre la forme de groupe de parole, de rencontres des équipes, de soutien psychologique, doit être apporté aux équipes soignantes.

3.3.5 Former les professionnels intervenant à domicile

Les professionnels intervenant à domicile dans le cadre des services d'HAD ont, le plus souvent, reçu préalablement une formation, que ce soit à des soins techniques particuliers ou à la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs. Les professionnels libéraux doivent pouvoir également en bénéficier. Ces formations peuvent être réalisées par le médecin coordonnateur de l'HAD ou par des professionnels hospitaliers quand ils ont des liens réguliers avec les intervenants à domicile.

Afin de mieux faire connaître les pratiques de soins à domicile, il n'y aurait que des avantages à ce que les services d'hospitalisation à domicile servent de terrains de stages pour les internes ou les résidents de médecine et pour le personnel paramédical en formation.

3.3.6 Le dossier du patient

Afin de faciliter la continuité des soins, l'échange d'informations entre les différents intervenants à domicile est indispensable. Que ce soit sous forme de dossier papier ou de dossier informatisé, il faut veiller à la confidentialité des données et en sécuriser l'accès.

4. Développer l'HAD dans chaque région

4.1 Développer le nombre de services et de places

Il paraît nécessaire, compte tenu de ces différents éléments, d'encourager la création ou l'extension de services d'HAD pour répondre aux besoins de la population. Plusieurs régions ont prévu dans leur schéma d'organisation sanitaire (SROS) la création ou le développement significatif de ce type de service qui doit, bien entendu, se développer en complémentarité avec d'autres services de maintien à domicile. Il est utile de faire une évaluation des besoins au niveau régional en fonction des différents objectifs de soins auxquels peut répondre l'HAD.

4.2 Développer des antennes en milieu rural

Dans les départements où il n'y a aucune place d'HAD, la mise en place de ce type de prise en charge doit constituer une priorité. Actuellement, les services sont bien souvent concentrés en zone urbaine, d'accès plus facile et où le relais avec un plateau technique est plus rapide. L'implantation en zone rurale doit pourtant être développée, d'autant plus que la population y est souvent plus âgée. Cette implantation peut s'appuyer sur des antennes déconcentrées, situées dans des établissements de santé.

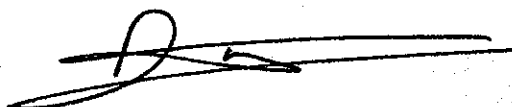
4.3 Favoriser les contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé et les services d'HAD

Les contrats d'objectifs et de moyens sont le support d'un développement quantitatif et qualitatif des services d'HAD. La prise en charge à domicile des patients doit être envisagée dans le projet médical et dans le projet d'établissement pour les services rattachés à un établissement public. Les modalités de prise en charge des patients, l'intervention des différents acteurs (hospitaliers, services d'HAD, libéraux) devront tenir compte des recommandations formulées précédemment pour améliorer la sécurité et la qualité des soins apportées aux patients. Selon les orientations définies dans le SROS, les services pourront développer plus particulièrement des types de prise en charge considérés comme prioritaires : prise en charge de la douleur, soins palliatifs, oncologie, soins de suite et réadaptation en tenant compte de l'existant. Toutefois les services d'HAD n'ont pas vocation à se spécialiser. La complémentarité avec les autres services de maintien à domicile devra être envisagée, avec possibilités de passage de l'un à l'autre suivant l'intensité des soins requis. La participation à un réseau de soins plus vaste intégrant les différentes structures et facilitant l'accès aux soins du patient ne peut être qu'un avantage.

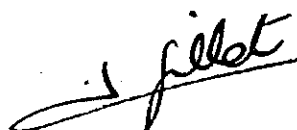
Nous vous demandons de veiller à ce que l'hospitalisation à domicile prenne, dans votre région, la part qui lui revient au regard de sa spécificité et des besoins qu'elle a vocation à satisfaire. Vous nous ferez part des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces orientations

LA MINISTRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

LA SECRETAIRE D'ETAT A LA SANTE
ET AUX HANDICAPES



Martine AUBRY



Dominique GILLOT

Annexe 1 : Caractéristiques des séjours en HAD selon les types de soins

Les données fournies dans le tableau suivant sont issues d'une enquête réalisée dans 3 services d'HAD. Elles indiquent, pour chaque type de soins, la répartition des niveaux de dépendance du patient, du temps soignant (IDE + aides soignants + coordination), des temps de kinésithérapie et des durées de séjour. La fréquence des pathologies à l'origine de l'admission, ainsi que celle de deux modes de prise en charge (chimiothérapie et soins palliatifs) sont également précisées, de même que l'intensité de la surveillance médico-soignante pour chaque type de soins. Ces éléments, analysés avec différents professionnels de services d'HAD, sont donnés à titre indicatif pour servir de référence aux services.

Soins ponctuels	<i>Soins destinés à un patient ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée, avec des soins techniques lourds et complexes. Ces soins sont fréquemment réitérés.</i>			
Karnofsky' (K)	Médiane ¹ K : 70%	80% ont K < 80%	64% ont K < 70%	20% ont K < 40%
Durée prévisible du séjour	Médiane : 13 jours	75% < 6 semaines	25% < 5 jours	
Temps soignant par jour	Médiane : 50 mn	75% < 1 H 30	25% < 20 mn	
Temps kiné par semaine	Médiane : 3 H 45	75% < 6 H 25	25% < 2H 15	Avec kiné : 34%
Etiologie	Cancéro : 60%	Cardio : 7%	VIH : 8%	
Chimiothérapie	40% des séjours	64 % des cancers		
Soins palliatifs	néant			
<i>Surveillance infirmière permanente, 3 à 7 interventions IDE par semaine au minimum</i>				
<i>Au moins 1 à 2 interventions médicales par semaine</i>				

Soins continus	<i>Soins destinés à des patients ayant une pathologie évolutive, pris en charge pour une durée non déterminée, associant des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime.</i>			
-----------------------	--	--	--	--

1. Soins continus chez des patients avec Karnofsky > 40 %				
Karnofsky (K)	Médiane K : 60%	80% K < 70%	66% K < 60%	40 % K < 50%
Durée prévisible du séjour	Médiane : 36 jours	75% < 23 semaines	25 % < 8 jours	
Temps soignant par jour	Médiane : 1 H	75 % < 1H 30	25% < 35 mn	
Temps kiné par semaine	Médiane : 1 H 35	75% < 2 H 20	25 % < 1 H	avec kiné : 56 %
Etiologie	Cancéro : 63%	Cardio : 10 %	Neuro : 10 %	
Chimiothérapie	16,5% des séjours	25 % des cancers		
Soins palliatifs	34%			

3 à 7 interventions IDE par semaine plus autres paramédicaux, soit 1 passage quotidien au minimum
Au moins 1 intervention médicale par semaine

2. Soins continus chez des patients avec Karnofsky < ou = 40 %				
Karnofsky (K)	Médiane K : 40%	30% K < 30%	15 % K < 20%	
Durée prévisible du séjour	Médiane : 69 jours	75% < 28 semaines	25% < 21 jours	
Temps soignant par jour	Médiane : 1 H 25	75 % < 2 H	25% < 1 H	
Temps kiné par semaine	Médiane : 2 H	75 % < 2 H 35	25 % < 1 H 10	avec kiné : 78 %
Etiologie	Cancéro : 50%	Cardio : 14%	Neuro : 17%	
Chimiothérapie	10% des séjours	18,5 % des cancers		
Soins palliatifs	37%			

7 interventions IDE par semaine plus autres paramédicaux, soit 1 à 2 passages quotidiens au minimum
Au moins 1 intervention médicale par semaine

Soins de réadaptation au domicile	<i>Soins destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, cardiologique ou d'une polyopathie</i>			
Karnofsky (K)	Médiane : 40%	80% K < 50%	20% K < 30%	
Durée prévisible du séjour	Médiane : 42 jours	75% < 10 semaines	25 % < 21 jours	
Temps soignant par jour	Médiane : 90 mn	75 % < 1 H 50	25% < 1 H	
Temps kiné par semaine	Médiane : 2 H 15	75 % < 3 H	25 % < 1 H 30	avec kiné : 85 %
Etiologie	Cancéro : 11%	Cardio : 23%	Neuro : 30 %	
Chimiothérapie	néant			
Soins palliatifs	néant			

3 à 7 interventions IDE par semaine plus autres paramédicaux, soit 1 à 2 passages quotidiens au minimum
Au moins 1 intervention médicale par semaine

1. L'indice de Karnofsky mesure la dépendance des personnes (annexe 4)

2. La médiane est la valeur qui répartit la distribution en deux parties égales : ici, 50 % des patients ont un Karnofsky au dessus ou au dessous de 70 %

Annexe 2 : indice de Karnofsky

100 %	Normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie
90 %	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie
80 %	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs
70 %	Capable de se prendre en charge, incapable de mener une activité normale ou de travailler
60 %	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses soins personnels
50 %	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40 %	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
30 %	Sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente
20 %	Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de soutien actif
10 %	Moribond, processus fatal progressant rapidement