



EQUIPES MOBILES DE TERRITOIRE: EXPÉRIENCE PARTAGÉE ARA / IDF

4^{ème} journée des Coordonations en SSR – Lyon – 12 octobre
2018

Martine REYMONDON, Célia MINVIELLE, Jeanne PYSKIR

PLAN

- Contexte de mise en place
- Présentation de(s) équipe(s) mobile(s) SSR
- Missions
- Fonctionnement
- Quelques expériences
- Activité Partenariale
- Avantages
- Inconvénients / Difficultés rencontrées

CONTEXTE DE MISE EN PLACE

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

- 2015: Appel à Projet de l'ARS
- *Janvier 2017: mise en place de la plupart des équipes*
- *Coordinations SSR versus EM*

ILE DE FRANCE

- 2014: Plan AVC permet la création des EM AVC
- 2015: création de l'EMSSR des Hôpitaux de Saint Maurice

Mais existence d'une EM CECOIA pour les personnes en structures médico-sociales aux HSM antérieurement

PRÉSENTATION

Auvergne-Rhône-Alpes

7 projets retenus pour mailler le territoire
Mise en place en janvier 2017

Ile de France

16 EMSSR actuellement
Mise en place depuis 2014



EQUIPES PLURI PROFESSIONNELLES

- Médecin MPR coordonnateur
- Ergothérapeute
- Assistant social
- Secrétaire
- Autres professionnels (kiné, orthophoniste, appareilleur...selon les équipes et les besoins)

Auvergne- Rhône – Alpes:

2 ETP en moyenne

Ile de France:

**1,97 ETP « théoriques »
1,68 ETP pourvus en novembre 2017**

PHILOSOPHIE DU PROJET EQUIPE MOBILE

La création d'une équipe mobile SSR a pour vocation:

- de **compléter les dispositifs existants** déjà sur nos territoires en matière de rééducation-réadaptation-réinsertion dans une logique **d'interface** et de **subsidiarité**
- de prendre en compte, dans le parcours de soins des patients les plus fragiles, la **dimension du handicap**, parfois ignorée, souvent sous-évaluée et sous-traitée dans une logique de transversalité
- de proposer des solutions susceptibles de **faciliter le retour et/ou le maintien à domicile** en tenant compte du projet de vie du patient
- de promouvoir, progressivement, une **culture de réadaptation** auprès des acteurs de l'ambulatoire par la diffusion et le transfert de connaissances et savoir-faire

NOS MISSIONS (CAHIER DES CHARGES)

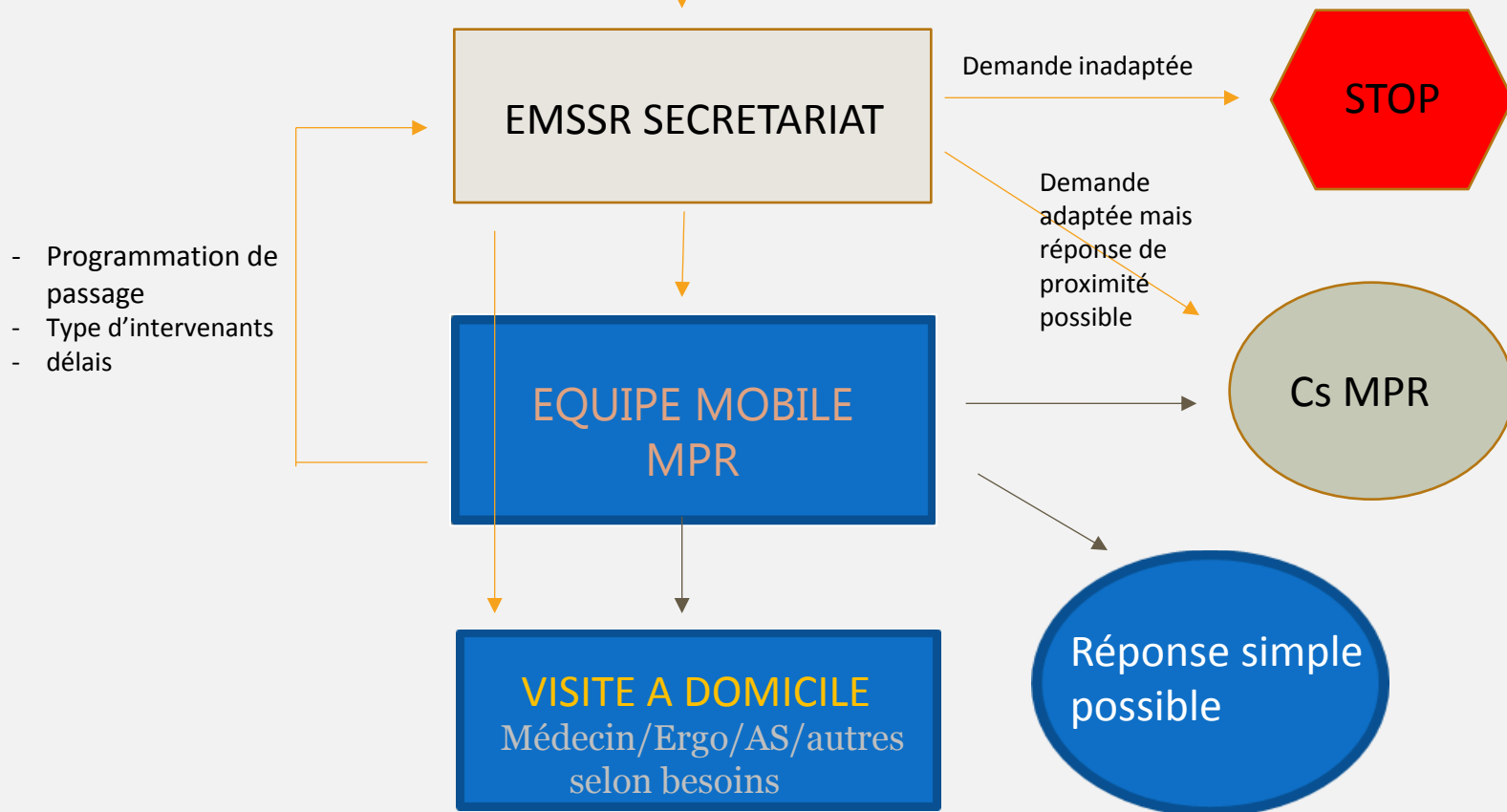
« *Par son expertise médicale et de réadaptation, l'équipe mobile :*

- accueille les personnes → Evaluation
- les oriente → Orientation
- leur propose un accompagnement face aux problématiques du maintien dans le lieu de vie »* → Conseil, Formation

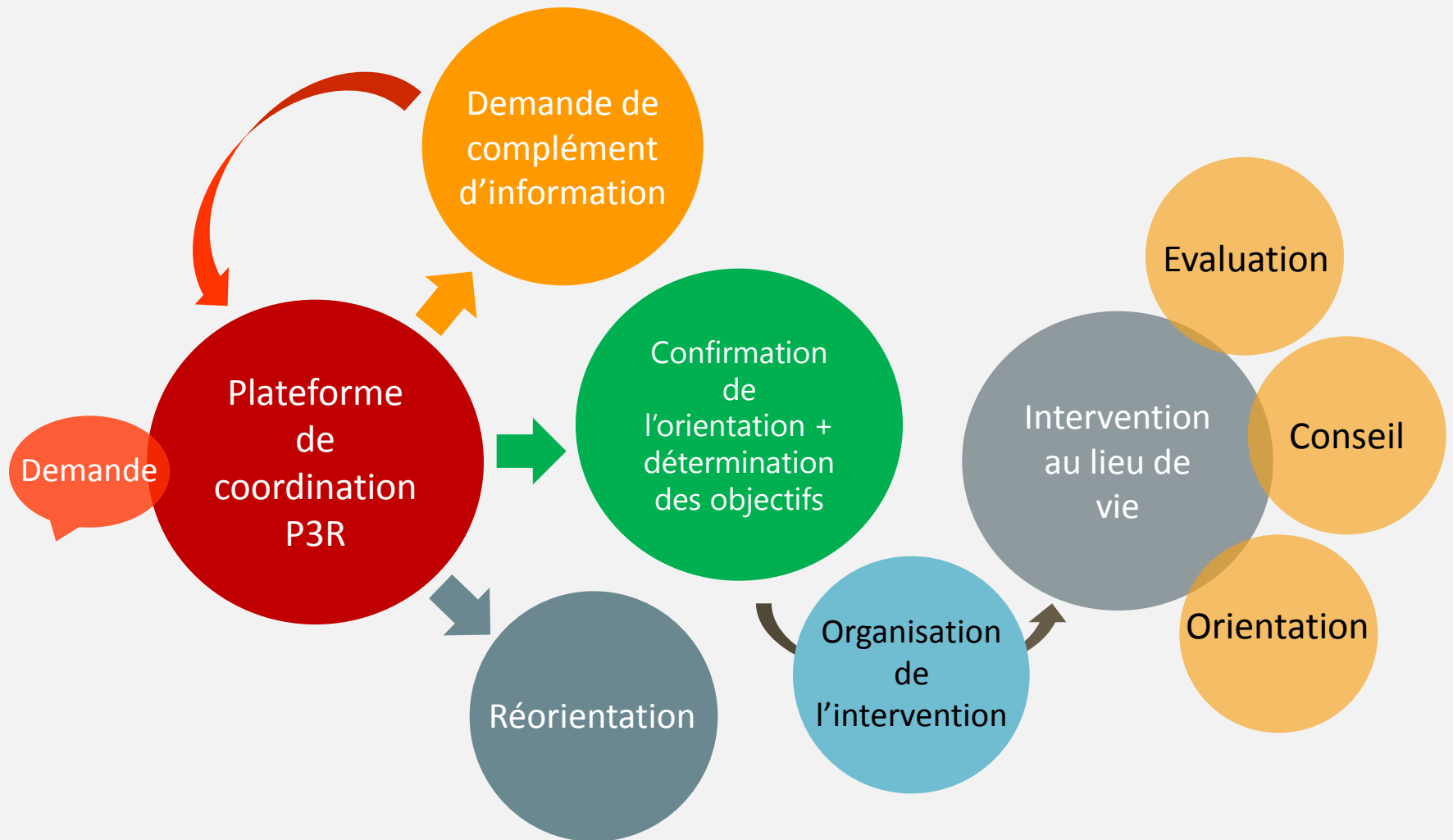
C'est donc un acteur de la **coordination du parcours** du patient au sein du territoire

* Source: Cahier des charges des EMSSR, réalisé dans le cadre du volet SSR du SROS d'Ile de France

FONCTIONNEMENT ET PROCESSUS DE RÉGULATION ARA



FONCTIONNEMENT ET PROCESSUS DE RÉGULATION IDF



QUELQUES EXPÉRIENCES

Mme G., 49 ans .

- Appel de l'interne de Radiothérapie pour une dame hémiplegique droite sur métastase cérébrale d'un cancer du sein
- Vit en Guyane, mari très présent (chef d'entreprise en Guyane), 2 enfants en Métropole (Corrèze et Midi-Pyrénées)
- A eu une prise en charge chirurgicale de sa métastase + séances de RTT qui arrivent à leur terme

Question qui nous est posée: **quelle orientation pour cette patiente?**

Evaluation ERGO:

- Patiente droitère
- Besoin d'aide pour les AVQ
- Bonne force motrice en distalité, déficit proximal
- Difficultés à propulser le fauteuil

Evaluation KINE:

- Synergie d'extension au MID
- Bonne tenue du tronc
- Verticalisation difficile par rétropulsion et absence de transfert d'appui
- Pas de déplacement autonome



Evaluation MEDICALE:

- Patiente légèrement asthénique mais va s'améliorer avec la fin de la RTT
- Pas de douleur
- Pas de limitation des amplitudes articulaire ni de spasticité
- Pas de trouble vésico-sphinctérien
- Bonne compréhension de sa pathologie, de ses séquelles, de l'intérêt d'une PEC rééducative
- Pas de trouble cognitif

Evaluation SOCIALE:

- Patiente en arrêt de travail
- Domiciliée en Guyane
- Souhaite PEC en Métropole
- Mari encore en activité en Guyane
- Pas de demande SSR ni de dossier MDPH

Synthèse avec l'équipe la prenant en charge

PRÉCONISATIONS:

- Travail de Kinésithérapie (détaillé au kinésithérapeute de la structure)
- Travail en Ergothérapie essentiellement par la sollicitation lors des AVQ
- Établir un PROJET de Vie / PROJET de Soins (logement, étayage familial/amical,...) après discussion avec le couple

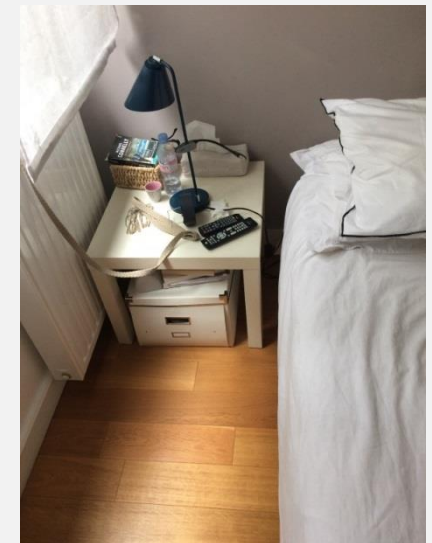
Dans l'idéal: SSR Neuro avant RAD

Mr V., 77 ans

- Sclérose en Plaques de forme primaire progressive - EDSS: 6
- Vit avec son épouse et leur fille de 19 ans en appartement au rez-de-chaussée - Retraité, était commercial
- Marche en intérieur possible
- Indépendant pour la toilette, l'habillage, peut réchauffer des plats et se rendre aux WC seul mais impérites
- A une téléalarme
- Ne sort plus seul dehors

- **Adressage:** Consultation de neurologie Fondation Rothschild à Paris
- **Objectifs de la prise en charge en Equipe Mobile SSR:** Evaluation et adaptation du domicile

Des situations de handicap liées à l'environnement



Aucune adaptation
ou aide technique
installée

Aucune aide technique de
marche n'est adaptée

Stratégie de
compensation
personnelle

3 interventions en Equipe Mobile SSR:

- **Evaluation des besoins :**

- * aide technique de marche adaptée à son environnement

- * aides techniques sécurisant la toilette et les transferts

- * aide technique facilitant les sorties extérieures

- **Essais d'aides techniques** et argumentaire au bailleur pour la création d'une **rampe d'accès**

- **Orientation en HAD-R**

Conclusion de l'intervention en Equipe Mobile SSR:

Coordinations:

- EM- patient/entourage (aides techniques/aménagement)
- EM- réseau médical (HADR- CS spécialisées)
- EM- réseau de ville (bailleur)

Mr B., 53 ans

- Grave TC le 10/06/17 suite à un malaise avec chute, ombreuses fractures cranio-faciales et hématomes sous-duraux
- Pris en charge au CHU de Grenoble, en Réanimation puis en neurochirurgie, avec **évolution favorable initialement.**
- RAD le 23 Juin avec kiné en ambulatoire.
- Pas de déficit sensitivo-moteur, mais persistance de troubles de l'équilibre, avec vertiges, acouphènes, céphalées et ralentissement idéo-moteur.
- N'a pas repris son travail depuis plus de 6 mois.
- Difficultés à sortir de chez lui. A peur de tomber.
- A été vu par le Dr L. pour une expertise en vue de mise en longue maladie.

Le Dr L. nous l'adresse pour évaluation du handicap et avis sur la prise en charge.

Evaluation pluri-disciplinaire au domicile, en présence du médecin traitant:

- Il s'agit d'un homme de 53 ans, victime d'un sévère TC en juin 2017 qui n'a jamais bénéficié d'une prise en charge spécialisée et qui présente, à six mois du traumatisme, des **séquelles cognitives, vestibulaires et psychologiques** qui justifient une **prise en charge rapide en rééducation**.
- Il est totalement désinséré, inquiet, confronté à des difficultés médico-administratives de refus d'ALD, de contre-expertise, de reconnaissance de son handicap et de risque de perdre son emploi.
- Il présente également des **séquelles douloureuses**, en particulier de l'épaule, des **cervicalgies** et des **vertiges**. Malheureusement, il a aussi des **troubles cognitifs**, peut-être liés à son TC, peut-être préexistants, et **il est très difficile de le convaincre d'accepter une prise en charge qui permettrait de l'aider à résoudre une partie de ses difficultés**.

Préconisations EM:

Nous faisons une **demande Via Trajectoire** dans un CRF, en hôpital de jour, avec l'accord du patient pour :

- une **évaluation neuropsychologique** avec éventuelle rééducation
- une **prise en charge kiné** pour rééducation de l'équilibre, prise en charge des douleurs cervicales et de l'épaule gauche
- une **prise en charge en ergo** pour mises en situation en lien avec les activités fonctionnelles et l'évaluation de la conduite automobile
- une **prise en charge psychologique**
- une **prise en charge sociale**
- une éventuelle **orientation SAMSAH**.

Dans ce contexte de grande détresse psychologique, nous lui assurons que nous resterons en contact avec lui tant que le relai de sa prise en charge n'aura pas été passé à une équipe spécialisée.

Nous faisons également un **courrier à la CPAM** pour appuyer la demande d'ALD.

ET....

- Le CRF acceptera de le prendre en charge en HDJ, mais dans un délai de deux mois
- La CPAM acceptera une prise en charge en ALD non exonérante et diligentera un conseiller technique pour évaluer la situation du patient
- Le patient refusera l'hospitalisation et nous demandera de « le laisser tranquille »

ACTIVITÉ PARTENARIALE

= **Activité CAPITALE**

- Réseau à organiser, SANITAIRE, MS
- Importance de cette connaissance pour orienter les patients / usagers au mieux
- Quelques exemples:
 - **Sanitaire:**
 - MCO pour éviter un passage aux urgences (escarre évoluée, envoi en infectio/chir plastique) ou une latence de PEC – filière de soins
 - SSR (bilan plus complet, PEC rééducative, redynamisation, ...)
 - **MS:** FAM / MAS / SAVS / SAMSAH (avec parfois des interventions à leur demande)
- Réseaux de soins (LYRE, APIC, SEP, SLA,...)
- Associations (ARTANT, CRIAS / CREA, URPS médecins,...)
- Dispositifs (SESCO, PTA,...)

INCONVÉNIENTS / DIFFICULTÉS DE LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE

- Accessibilité
- Temps
- Intimité du patient
- Questions éthiques (jusqu'où va-t-on?)

AVANTAGES DE CE MODE DE PRISE EN CHARGE

- Prise en charge **personnalisée**
- Avis **pluri professionnel** et non compétence isolée
- Expertise autour d'une personne **dans son contexte de vie:**
 - Environnement architectural
 - Environnement humain (familial, aidants professionnels,...)
 - Environnement social (contexte facilitateur ou frein)

Merci de votre attention

