



# EQUIPES MOBILES DE TERRITOIRE: EXPÉRIENCE PARTAGÉE ARA / IDF

4<sup>ème</sup> 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

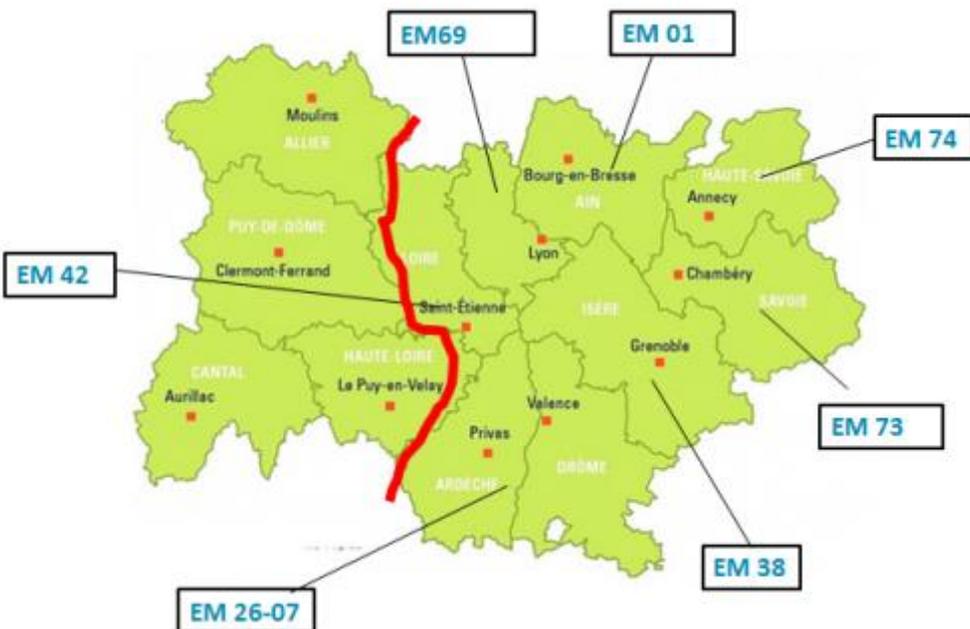
# PRÉSENTATION

## 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 :*

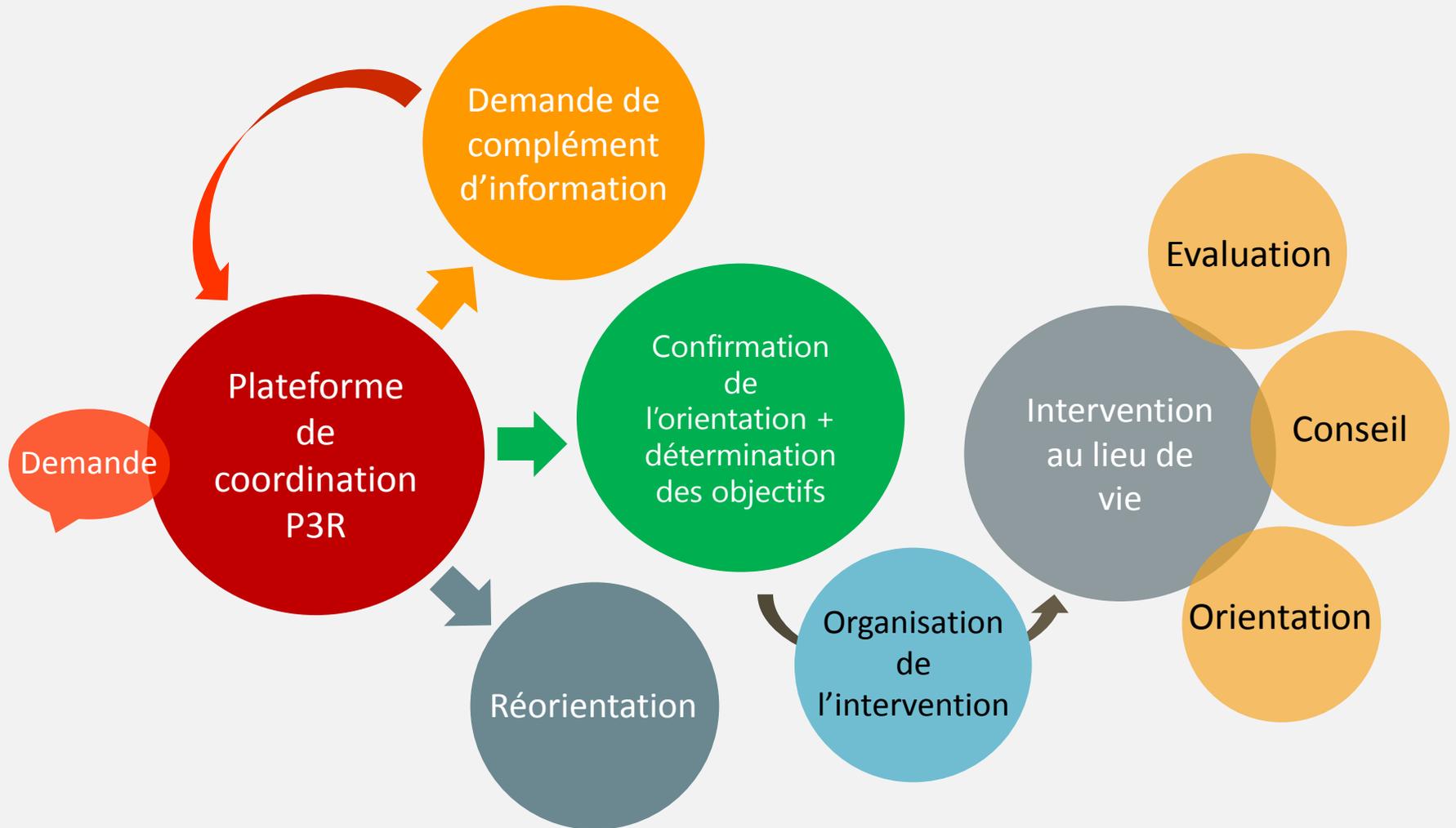
- accueille les personnes → Evaluation
- les oriente → Orientation
- leur propose un accompagnement face aux problématiques du maintien dans le lieu de vie »\* → Conseil, Formation

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 IDF



## QUELQUES EXPÉRIENCES

### Mme G., 49 ans .

- Appel de l'interne de Radiothérapie pour une dame hémiparétique 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

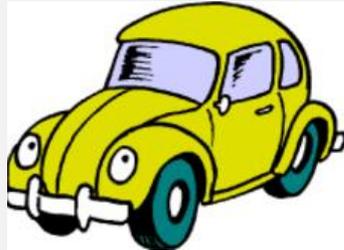
*Question qui nous est posée:* **quelle orientation pour cette patiente?**

### Evaluation ERGO:

- Patiente droitière
- 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:

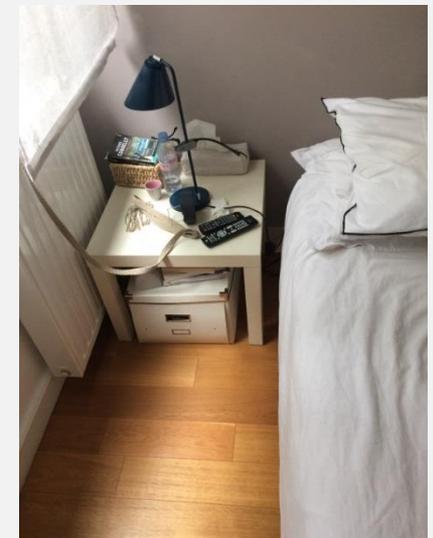
- Travail de Kinésithérapie (détaillé au kinésithérapeute de la structure)
- Travail en Ergothérapie essentiellement par la sollicitation lors des AVQ
- Établir un PROJET de Vie / PROJET de Soins (logement, étayage familial/amical,...) après discussion avec le couple

*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 impérities
- 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

