

RAPPORT

Bilan des équipes mobiles de réadaptation - réinsertion

EMRR

Après avoir rappelé le contexte et la
génèse des EM RR en Ile-de-France, ce
document en présente un bilan d'activité
quantitatif et qualitatif

2014-2017

France Woimant – Annaïg Durand – Isabelle
Crassard – Philippe Azouvi

Merci à T Ader, MC Burguillo, R Coupry,

*A Gomis, L Josse, ML Neveux, et à
l'ensemble des EMRR*

Septembre 2018

Table des matières

1 Présentation	4
1.1 Contexte et génèse	4
1.2 Missions	4
1.3 Animation /fonctionnement des EMRR	5
1.4 Liste des EMRR en Ile-de-France	5
2 Évaluation quantitative des EMRR	5
2.1 Population évaluée	6
2.1.1 Age et sexe	6
2.1.2 Département de résidence	6
2.1.3 Profession des personnes évaluées	7
2.1.4 Pathologies	7
2.1.5 Handicap	7
2.1.6 Situation au domicile	9
2.2 Activité des équipes mobiles de Réadaptation-Réinsertion	11
2.2.1 Activité globale depuis 2014	11
2.2.2 Nombre d'évaluations par patient	11
2.2.3 Détail de l'activité par site	12
2.2.4 Lieux d'intervention	13
2.2.5 Évolution du type de pathologie justifiant une intervention	15
2.2.6 Description des interventions	15
2.2.7 Structures et professionnels sollicitant une évaluation	18
2.3 Pour quelles préconisations ?	21
2.3.1 Mesures de protection	21
2.3.2 Consultations médicales	21
2.3.4 Autres intervenants	22
2.3.5 Orientation vers des structures sanitaires ou médico-sociales	23
2.3.6 Amélioration de l'environnement	23
2.3.7 Programmes d'ETP (Education thérapeutique)	24
2.3.8 Demandes financières	24
2.3.9 Améliorer l'accompagnement des aidants	24
2.4 Conclusion générale	25
3 Rapport d'activité 2017 des EMRR	27

3.1 EM Lariboisière-F.Widal.....	27
3.2 EM Rothschild	29
3.3 EM Pitié Salpêtrière	30
3.4 EM Vaugirard	32
3.5 EM Sud Ile-de-France	33
3.6 EM Provins	35
3.7 EM Nord Seine et Marne.....	37
3.8 EM GCS Yvelines Sud	40
3.9 EM Villiers	41
3.10 EM Garches	43
3.11 EM Sud Parisien	46
3.12 EM Bobigny.....	48
3.13 EM Chenevier	50
3.14 EM Saint Maurice.....	51
3.15 EM Vexin	53
3.16 EM Hauts Ile-de-France.....	55
4 Annexe 1	58
4.1 Cahier Des Charges.....	58
4.2 Plaquette	68

1 Présentation

1.1 Contexte et génèse

L'Ile-de-France compte aujourd'hui 16 équipes mobiles qui couvrent la quasi-intégralité du territoire à l'exception du sud de l'Essonne.

Outre l'équipe historique portée par les hôpitaux de Saint-Maurice dans le cadre d'une expérimentation, elles sont issues, pour 8 d'entre elles du plan national AVC (Circulaire DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral), pour 7 autres d'un travail régional - piloté par Monsieur Renaud Coupry – dans le cadre d'un groupe pluriprofessionnel. Ces équipes ont ainsi été créées en 3 vagues, dans le cadre d'appels à projets : la première en 2013, les secondes respectivement à l'été 2014 et en début d'année 2016.

Suite à un travail d'homogénéisation régional, toutes se voient aujourd'hui appliquer le cahier des charges régional issu du groupe de travail susmentionné (annexe 1), et bénéficient du même niveau de financement. En effet, après une phase expérimentale financée en DAF ou en FIR selon le statut des établissements, pour des montants de 100 000€ ou de 150 000€, elles relèvent désormais toutes d'un financement de 150 000€ attribués en MIG SSR.

1.2 Missions

La définition retenue en Ile-de France est celle « **d'une unité pluridisciplinaire qui a pour objet sur un territoire défini de faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie d'une personne en situation de handicap temporaire ou prolongée** ».

Elles s'inscrivent dans une logique d'interface, de transversalité et de subsidiarité par rapport aux acteurs existants pour favoriser et sécuriser le retour ou le maintien à domicile en :

- évaluant les besoins d'adaptation de la personne dans son environnement
- apportant une aide au projet de vie et de soins
- aidant dans les démarches administratives nécessaires
- transmettant son expertise aux acteurs du lieu de vie
- conseillant, informant et formant les acteurs intervenants auprès de la personne.
-

Elles peuvent intervenir au domicile ou dans un service hospitalier ou médico-social dans une perspective de retour à domicile, toujours dans le cadre d'un territoire de proximité. Dans tous les cas la demande doit émaner de professionnels et institutionnels de santé, médico-sociaux ou sociaux, intervenant auprès de la personne. Les demandes directes ne peuvent pas être honorées et sont réorientées le cas échéant.

Elles agissent en faveur des personnes en situation de handicap dont la situation rend difficile un retour ou un maintien à domicile en l'état.

Par ricochet elles peuvent aussi bénéficier aux aidants non professionnels et aux professionnels qui interviennent auprès de la personne pour leur apporter conseil ou formation dans le domaine du handicap.

Le cahier des charges impose trois équivalents temps plein ETP, dont au moins 1 ETP de rééducateur à définir – ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute – du temps médecin, assistante sociale, secrétariat. L'équipe doit disposer de locaux propres et pouvoir accéder à un plateau technique de rééducation réadaptation.

1.3 Animation /fonctionnement des EMRR

Sont organisées chaque année

- 4 réunions inter EMRR
- 1 réunion ARS / EMRR

Des outils de travail communs aux EMRR ont été réalisés (fiches de poste, rapports d'activité)

Pour communiquer sur ce nouveau dispositif, une plaquette commune ARS avec l'ensemble des EMRR (en annexe) et des plaquettes individuelles de certaines EMRR ont été adressées aux professionnels hospitaliers et libéraux et aux associations d'usagers.

1.4 Liste des EMRR en Ile-de-France

Tous les statuts d'établissements sont représentés avec, pour plus de la moitié, une organisation sous forme de partenariat public/privé. Avec également pour cinq d'entre elles des compétences pédiatriques, et pour une des compétences gériatriques.

Dép	N°	Equipe Mobile	Etablissement(s)	statut
75	1	EM-Lariboisière-F Widal	Hôpital Lariboisière-Fernand-Widal*	APHP
	2	EM Rothschild	Hôpital Rothschild*	APHP
	3	EM-Pitié-Salpêtrière	Hôpital Pitié-Salpêtrière*	APHP
	4	EM Vaugirard ^G	Hôpital Vaugirard*	APHP
77	5	EM Sud Ile-de-France ^P	Equipe mobile Sud IDF	PL/ESPIC
	6	EM Provins	Hôpital Léon Binet*	EPS
	7	EM Nord Seine et Marne ^P	CRF le Parc, Coubert, CH de Meaux, CMPA de Neufmoutiers	ESPIC/EPS
78	8	EM GCS Yvelines Sud ^P	CH Versailles, HGMS Plaisir, CERRSY, CRF Richebourg, Bullion	ESPIC/EPS
91	9	EM Villiers ^P	Clinique de Villiers	PL
92	10	EM Garches	Hôpital Raymond Poincaré*	APHP
	11	EM Sud Parisien	L'ADAPT Hôpital Sainte Marie	ESPIC
93	12	EM Bobigny	CMPR de Bobigny*	ESPIC
94	13	EM Chenevier	Centre Hospitalier Albert Chenevier	APHP
	14	EM Saint Maurice	Hôpitaux de Saint-Maurice	EPS
95	15	EM Vexin	GHI du Vexin*	EPS
	16	EM Hauts Ile-de-France ^P	CRF la Chataigneraie, CH Saint Denis, CMP J.Arnaud	ESPIC/EPS

*Equipes mobiles de première génération

^GCompétence gériatrique

^PCompétence pédiatrique

2 Évaluation quantitative des EMRR

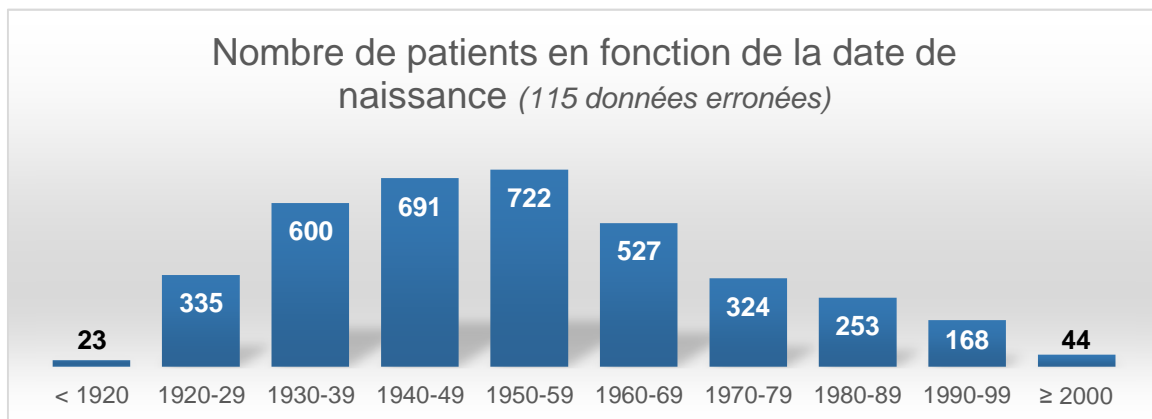
Cette étude est réalisée à partir des données recueillies dans la base de données ARS IDF et concerne les patients évalués entre juillet 2014 et décembre 2017. Cette base a évolué au fil

du temps grâce à une co construction ARS / EMRR pour optimiser le recueil des données. Même si celui-ci n'est pas totalement exhaustif, il s'est amélioré au fil du temps. Durant cette période, 3802 patients ont été évalués et 4577 interventions réalisées. La première partie de ce chapitre décrira les patients ayant recours à l'EMRR, la seconde les différents types d'interventions et la troisième les préconisations proposées par les professionnels ayant réalisé l'évaluation.

2.1 Population évaluée

2.1.1 Age et sexe

Age

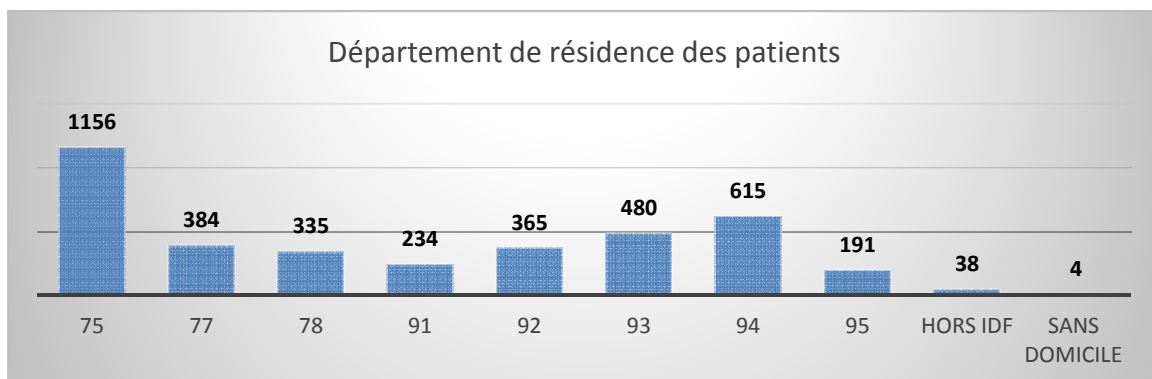


Sexe : 52 % des patients sont des hommes (1971).

La majorité des patients est née entre 1930 et 1969 (69 %) ; des centenaires et des très jeunes ont également été évalués.

2.1.2 Département de résidence

30% des patients résident sur Paris. Seulement 5 % des interventions sont réalisés pour des patients résidant dans le 95 et 6 % dans le 91 (département qui ne dispose que d'une EM RR).



Les différences peuvent s'expliquer d'une part du fait de la concentration des équipes autour de Paris, d'autre part du fait de la progressivité dans la mise en œuvre des équipes (trois vagues de création + délais d'installation propres aux équipes – recrutements, locaux etc....)

2.1.3 Profession des personnes évaluées

417 personnes étaient en activité.

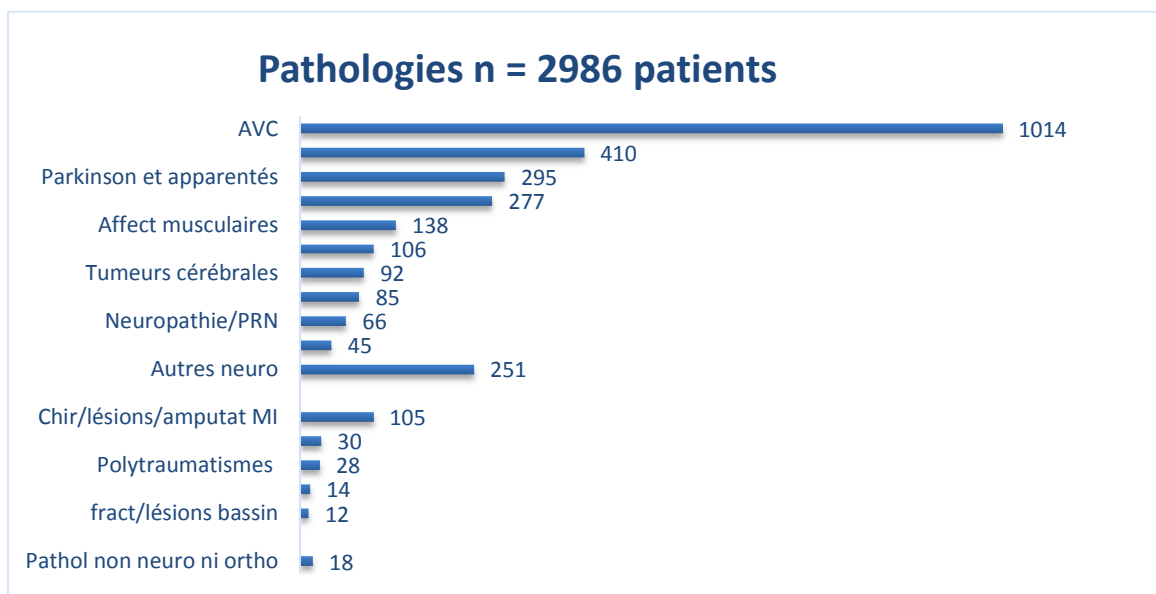
Retraités	1706
Secteur privé : ouvrier, profession intermédiaire, cadre, chef entreprise	483
Personne au foyer	240
Fonction publique : employé, cadre...	171
Profession libérale	79
Chômeur	69
Etudiant	51
Agriculteur, artisan et commerçant	32
Scolarisé	7
Militaire	4
Autres	960

Le nombre de retraités est en corrélation avec l'âge des bénéficiaires.

2.1.4 Pathologies

La pathologie est renseignée pour 78 % des patients.

93% des patients évalués ont une pathologie neurologique et 6,3% une pathologie de l'appareil locomoteur. La pathologie la plus fréquente est l'AVC, elle concerne 34 % des patients évalués.



2.1.5 Handicap

Ces scores de handicap concerne l'ensemble des patients quelque soit le mode de prise en charge par l'EMRR ; ils ont toutefois été peu renseignés pour les patients évalués au téléphone ou au sein d'une structure hospitalière .

Échelles IADL (Instrumental Activities Of Daily Living)

Le score minimal est 4 et le score maximal est 16

Activité	Description	score
UTILISER LE TELEPHONE	Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche et compose les numéros	1
	Compose seulement quelques numéros bien connus	2
	Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler	3
	Ne se sert pas du tout du téléphone	4
	Ne peut pas être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone	*
	Données manquantes	
UTILISER LES TRANSPORTS	Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi ou bien en utilisant sa propre voiture.	1
	Utilise les transports publics à condition d'être accompagné.	2
	Déplacements limités au taxi ou à la voiture avec l'assistance d'un tiers	3
	Ne se déplace pas du tout à l'extérieur	4
	Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager	*
PRENDRE SES MEDICAMENTS	Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite.	1
	Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels.	2
	Est capable de prendre tout seul ses médicaments, s'ils sont préparés à l'avance	3
	Est incapable de prendre ses médicaments	4
	Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant soin traitement	*
GERER SES FINANCES	Gère ses finances de manière autonome (tient son budget, libelle les chèques, payer ses factures). Perçoit et contrôle ses revenus	1
	Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture ou met son compte bancaire à découvert	2
	Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque et pour les achats importants. Ne peut rédiger un chèque ou suivre en détail l'état de ses dépenses	3
	Incapable de s'occuper d'argent	4
	Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent	*

Les échelles IADL n'ont pas été remplies pour 30 % des patients.

La majorité des patients présente des difficultés importantes dans les activités quotidiennes. Pour les 2632 patients évalués sur les 4 fonctions (absence d'items codés avec un *) :

- 783 (30%) ont un score entre 4 et 7 (dont 182, soit 7%, le score minimal de 4)
- 557 (21%) ont un score entre 8 et 11
- 692 (26 %) ont un score entre 12 et 15
- et 600 (23%) ont un score maximal à 16

Le détail en fonction des activités figure sur les tableaux suivants ; 1030 données sont manquantes pour chaque item.

	1	2	3	4	*
Utiliser le téléphone	41% (1145)	11% (317)	13% (364)	30% (843)	4% (105)
Utiliser les transports	11% (293)	12% (338)	35% (960)	39% (1080)	4% (103)
Prendre des médicaments	27% (746)	14% (390)	23% (625)	33% (904)	4% (109)
Gérer ses finances	26% (721)	12% (321)	18% (487)	41% (1128)	4% (117)

Sept pour cent des patients effectuent sans aucune difficulté les différentes activités de la vie quotidienne et ne nécessitaient probablement pas l'intervention de l'EMRR. A l'inverse, 23 % ont des difficultés majeures pour tous les types d'activité.

Dépendance physique (score PMSI)

Le score de dépendance physique maximal est de 16.

Ce score n'est pas rempli pour 40 % des patients ; il est entre

- 0 et 4 pour 215 patients soit 9 %
- 5 et 8 pour 696 patients soit 30 %
- 9 et 12 pour 649 patients soit 28 %
- > 12 pour 741 patients soit 32 %.

⇒ Un tiers des patients ont une dépendance physique très importante

Dépendance cognitive (score PMSI)

Le score de dépendance cognitive maximal est de 8.

Ce score n'est pas rempli pour 40 % des patients ; il est entre

- 0 et 4 pour 1395 patients soit 61 %
- 5 et 8 pour 906 patients soit 39 %

Presque 40 % des patients ont une dépendance cognitive très importante

Les scores de handicap sont inégalement renseignés dans la base, rendant l'interprétation des données délicates. En effet, les IADL ne sont pas renseignés pour 30% des patients et le handicap physique et cognitif pour 60%.

2.1.6 Situation au domicile

Concernant les aides au domicile

- 64 (1,7 %) patients n'ont aucune aide.
- 1880 (49 %) ont un aidant familial ou entourage
- 702 (18%) une aide-ménagère
- 101 (3%) un portage de repas
- 42 (1%) une téléalarme
-

Structures et professionnels de santé intervenants

- 794 (21%) ont des soins infirmiers
- 259 (7 %) une rééducation kinésithérapique
- 79 (2 %) une rééducation orthophonique
- 60 (1,6 %) sont en HAD (hospitalisation à domicile)
- 93 (2,5%) dans un réseau de santé
- 21 (0,5%) en SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé)

Allocation compensatrice

pour tierce personne 72 patients

Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

564 patients

Prestation de compensation du handicap (PCH)	1218 patients
Autre	82 patients
Aucune	505 patients

Les personnes évaluées sont en grande majorité des personnes :

- âgées (69% ont plus de 60 ans dont 16% plus de 79 ans),
- atteintes de pathologies neurologiques (93%), dont une majorité d'AVC (34%),
- largement dépendantes (32% ont une dépendance physique très élevée et 39% une altération cognitive forte).

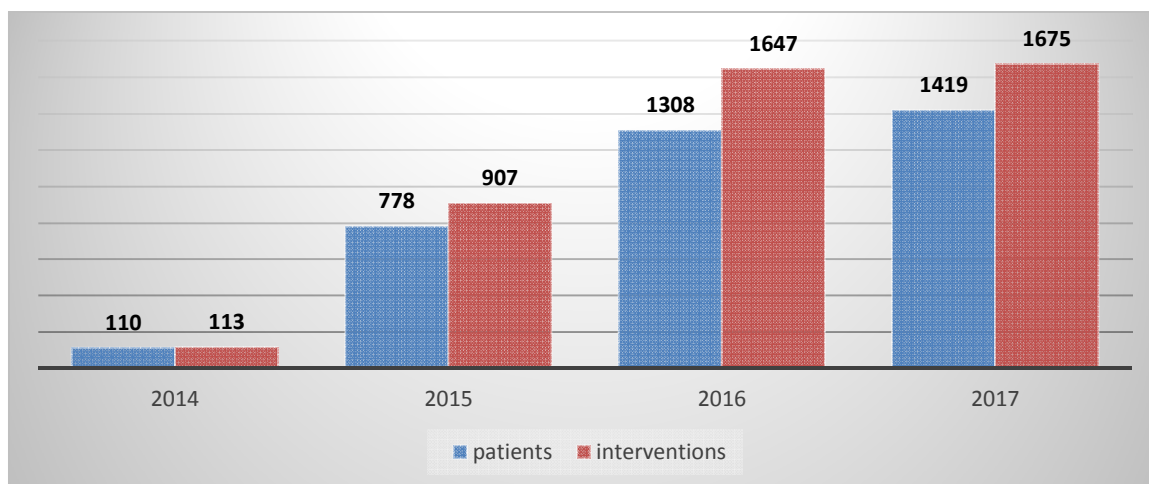
Cette évaluation permet de confirmer que les EMRR interviennent dans la plupart des cas auprès de personnes entourées et/ou pour lesquelles des aides ont déjà été mises en place, pour permettre le maintien au domicile.

2.2 Activité des équipes mobiles de Réadaptation-Réinsertion

2.2.1 Activité globale depuis 2014

4577 évaluations ont été réalisées.

Le nombre de patients évalués a progressé au fil des années, le nombre d'interventions est stable entre 2016 et 2017



Données manquantes : le nombre d'interventions n'est pas renseigné pour 197 patients

On constate une diminution relative du nombre d'intervention multiples par patients.

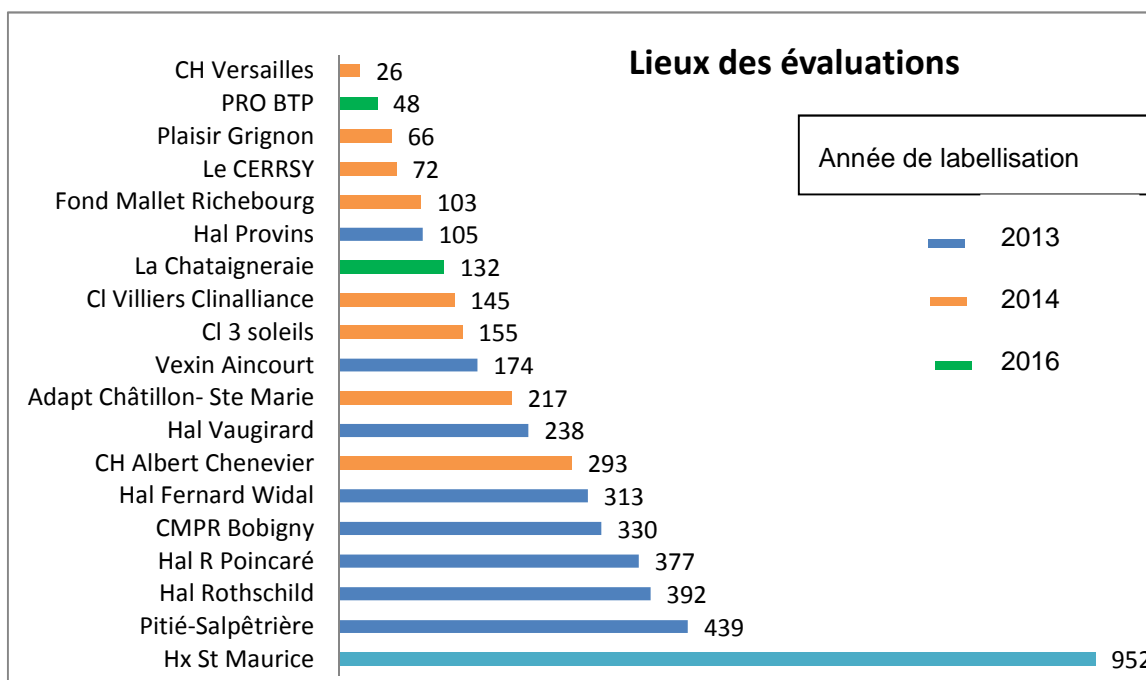
2.2.2 Nombre d'évaluations par patient

Une seule intervention a été réalisée pour 60 % des patients,

- 2 évaluations pour 25 %,
- 3 pour 9 %,
- 4 pour 4.5 %,
- entre 5 et 10 pour 5 %
- et entre 11 et 22 pour 0.5 %

2.2.3 Détail de l'activité par site

Les hôpitaux de Saint-Maurice et les sites labellisés en 2014 assurent la majorité des évaluations.



Évolution de l'activité en fonction des années

Nombre d'évaluations réalisées par site en fonction des années

L'évolution de l'activité est très variable en fonction des sites. Globalement, on constate entre 2016 et 2017 une stabilité ou une diminution d'activité

La majorité des évaluations est réalisée pour des patients résidant sur le département de l'EMRR ou sur le département limitrophe

Lieu d'évaluation	Département de résidence des patients (nombre de patients)										Total général
	75	77	78	91	92	93	94	95	Hors IDF	Sans domicile	
Pitié-Salpêtrière	255	17	6	13	18	22	65	3	15	1	415
Hal Rothschild	315			5	6	12	18		3		359
Hal Vaugirard	133	2			10						145
Fernand Widal	270	3	2		5	6	3	6	2	1	298
Clinique des 3 soleils		129		8					1		138
PRO BTP		46								1	47
Hal Provins		50							7		57
CH de Versailles			24		1						25
Fond Mallet Richebourg	1		33						1		35
CERRSY			34		1		1		4		40
Clin Villiers CLINALLIANCE		2		130	1						133
Raymond Poincaré	13	9	115	30	150	35	16	1	1		370
Plaisir Grignon			46		1	1				1	49
Adapt Châtillon- Ste Marie	41				166		1				208
CMPR Bobigny		3				294					297
Hôp Saint Maurice	122	121		46		86	256	1	1		633
CH Albert Chenevier	6	2		2		2	255				267
La Châtaigneraie			3		6	22		97			128
Vexin Aincourt			72					83	3		158
Total général	1156	384	335	234	365	480	615	191	38	4	3802

Ces chiffres sont cohérents avec la mission de proximité des équipes, qui doivent intervenir de façon privilégiée dans leur territoire. Certaines équipes frontalières sont naturellement positionnées à l'intervalle entre deux départements. Les évaluations réalisées pour des patients résidents loin des EMRR ou hors IDF correspondent majoritairement à des évaluations effectuées en MCO (par exemple en unités neurovasculaires) .

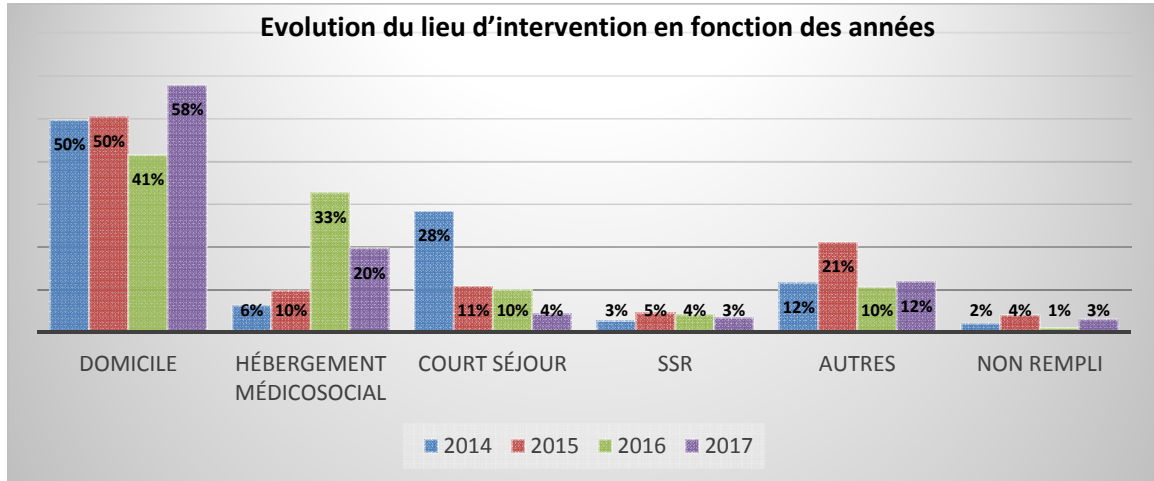
2.2.4 Lieux d'intervention

70 % des interventions ont lieu au domicile des patients ou en hébergement médico-social

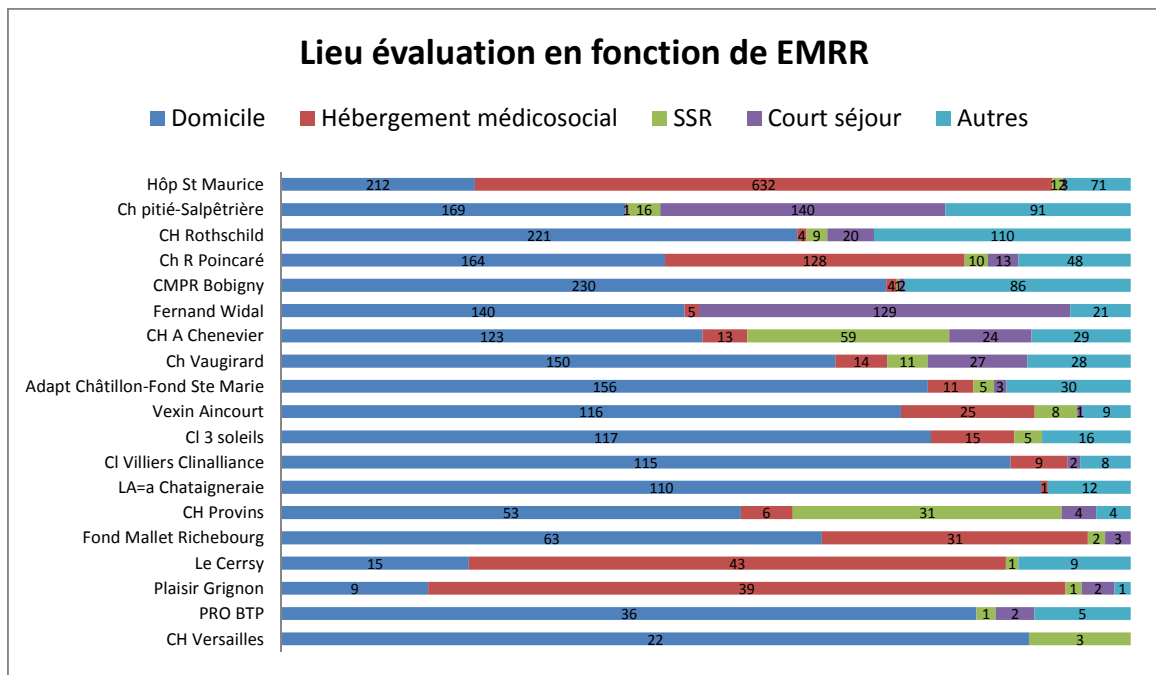
n = 4577	nombre	%
Domicile	2221	49%
Hébergement médico-social	981	21%
Court séjour	375	8%
SSR	175	4%
Autres	578	13%
Non remplis	247	5%

Pour les évaluations réalisées par téléphone (profil A; cf paragraphe 2.2.6), le lieu indiqué est très majoritairement « autres » ou « non rempli ».

Le nombre d'évaluation au domicile augmente au fil des années et celui en court séjour diminue .

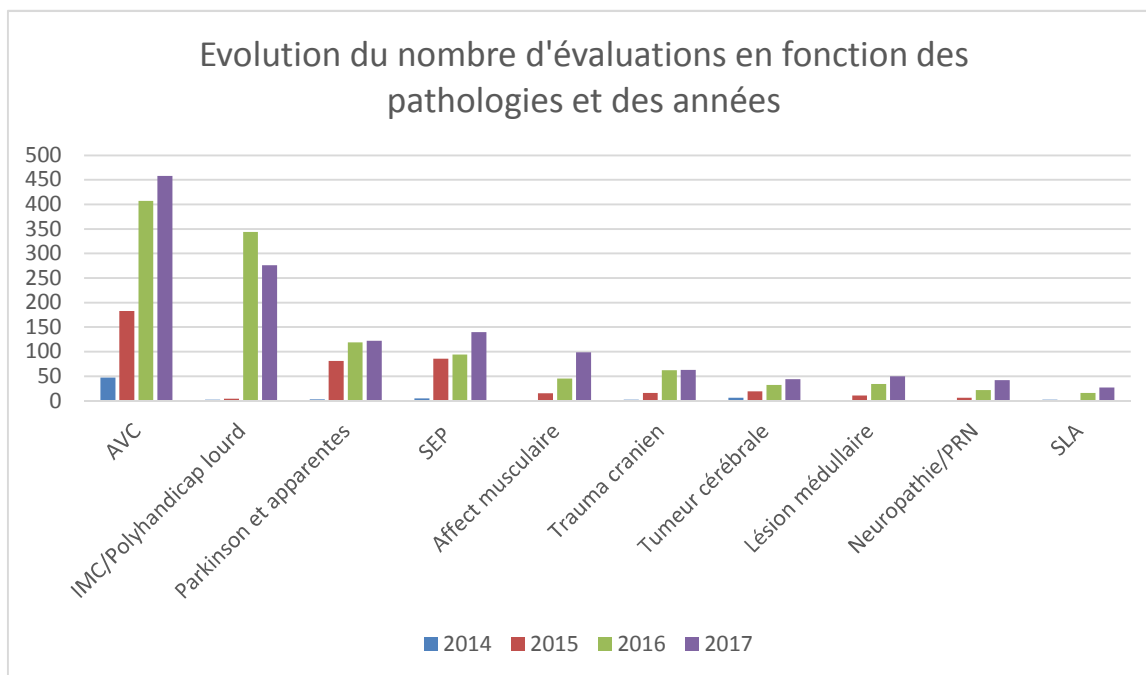


Les lieux d'évaluation diffèrent en fonction des EMRR : interventions fréquentes en hébergement médicosocial pour les Hôpitaux Saint-Maurice, Plaisir Grignon, CERSSY, Richebourg et Raymond Poincaré, en court séjour pour la Pitié-Salpêtrière et F Widal, et en SSR pour A Chenevier et Provins.



Ces différences peuvent s'expliquer par le positionnement et le rattachement propres à chaque équipe (voir évaluation qualitative). Par exemple, l'EM des Hôpitaux de Saint-Maurice est très investie dans le champ médico-social du fait de l'existence de son équipe mobile historique dite CECOIA intervenant spécifiquement dans les structures médico-sociales.

2.2.5 Évolution du type de pathologie justifiant une intervention



Le nombre d'évaluations augmente entre 2016 et 2017 pour l'ensemble des pathologies sauf pour IMC/ handicap lourd et traumatisme crânien.

2.2.6 Description des interventions

Le type d'interventions a été classé en :

A : Contact téléphonique uniquement/ donc pas de rencontre avec le patient ou l'entourage

B : Intervention en intra hospitalier, donc pas d'intervention sur le lieu de vie

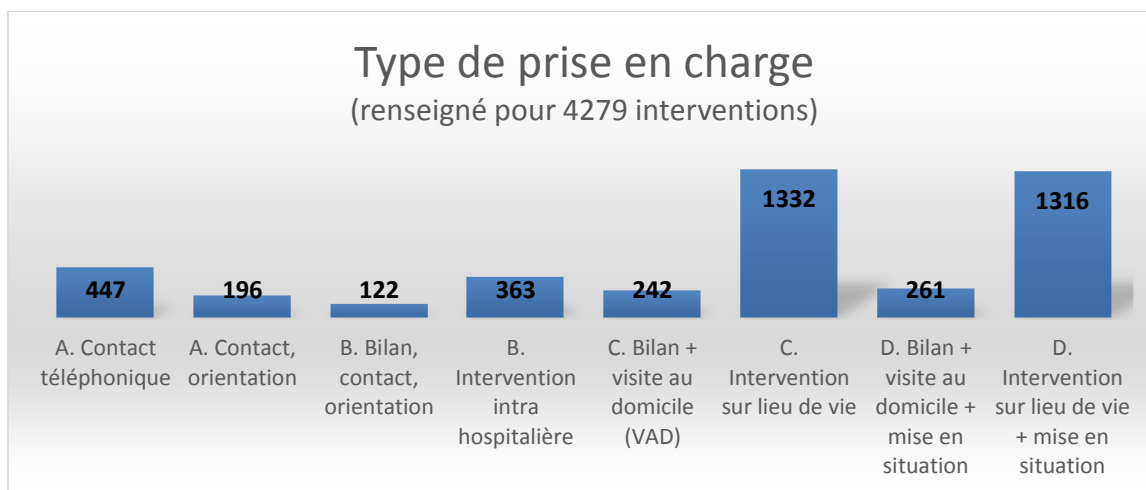
C : Evaluation sur le lieu de vie = 1 seule intervention par professionnel.

D : Evaluation sur le lieu de vie + mise en situation= plusieurs visites par professionnels.

La majorité des interventions sont de type C ou D.

Interventions de :

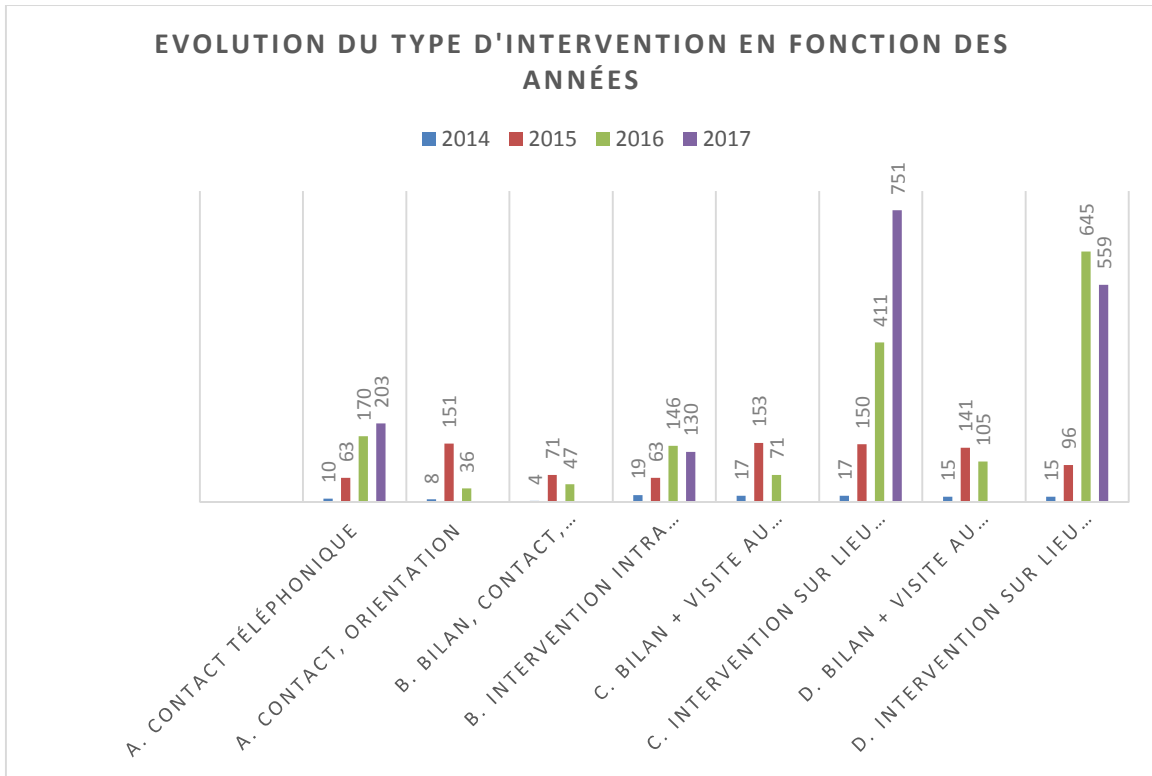
- Type A : 15 %
- Type B : 11 %
- Type C : 37 %
- Type D : 37 %



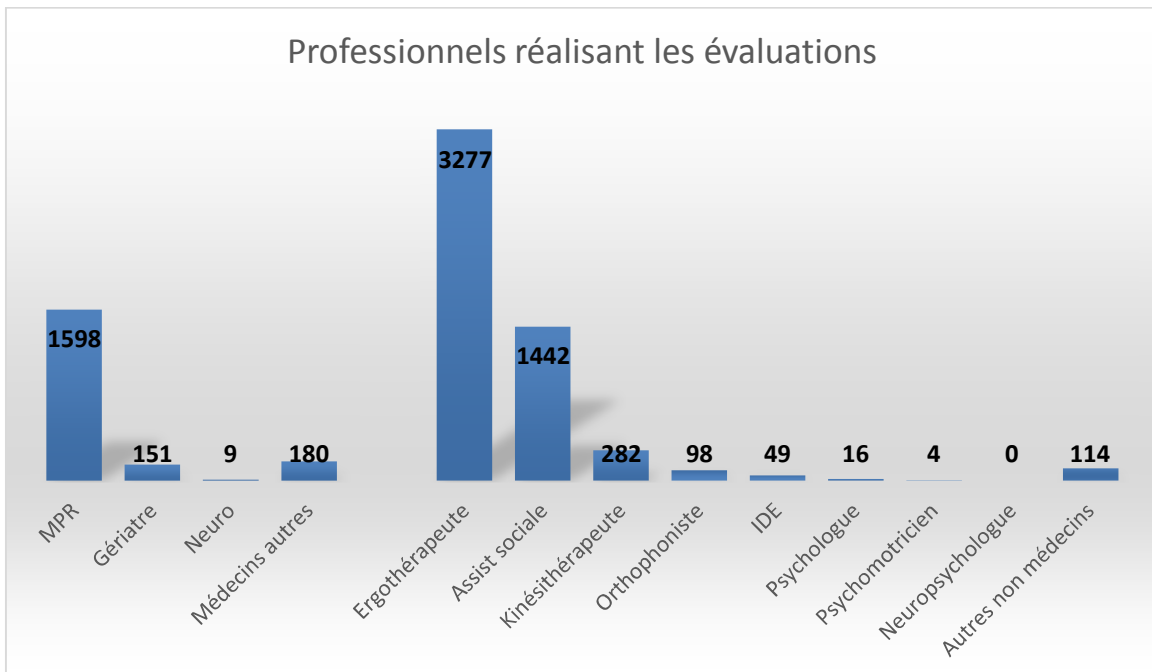
44 % des interventions durent plus de 4 heures (temps de trajet compris)

N=4233	< 30 min	30 min - 1h	1h - 2h	2h - 4h	4h - 8h	8h - 12h	> 12h
A. Contact téléphonique	102	146	110	57	10	3	4
A. Contact, orientation	90	61	26	14	3	1	
B. Bilan, contact, orientation	5	25	52	24	9	3	2
B. Intervention intra hospitalière	13	91	133	85	33	3	3
C. Bilan + visite au domicile (VAD)	2	8	30	89	69	29	10
C. Intervention sur lieu de vie	4	131	141	397	359	192	100
D. Bilan + visite au domicile + mise en situation	2	7	35	27	69	56	62
D. Intervention sur lieu de vie + mise en situation	1	21	60	347	291	189	397
Total général	219	490	587	1040	843	476	578
	5%	12 %	14 %	25%	20 %	11 %	13%

Le type de prise en charge évolue avec les années, avec disparition en 2017 des évaluations de type A contact orientation, B bilan contact orientation qui ne nécessitent pas de déplacement.



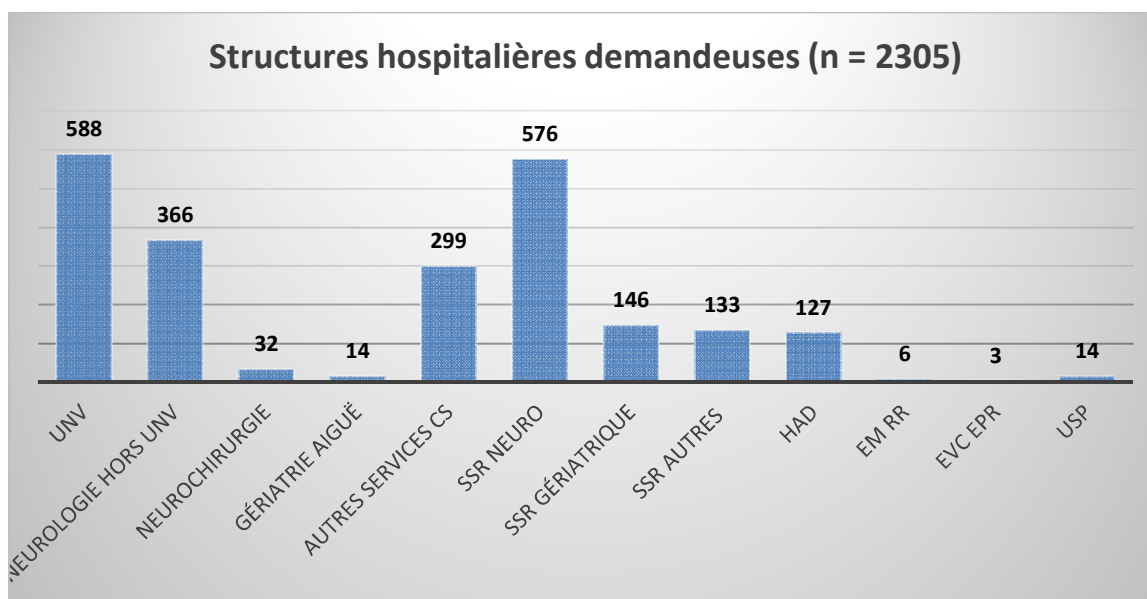
Les interventions sont réalisées par les ergothérapeutes (72 %), puis les médecins MPR (35%) et les assistantes sociales (32%). Ce chiffre peut s'expliquer par les vacances de poste d'assistantes sociales, et non pas par un besoin inexistant.



2.2.7 Structures et professionnels sollicitant une évaluation

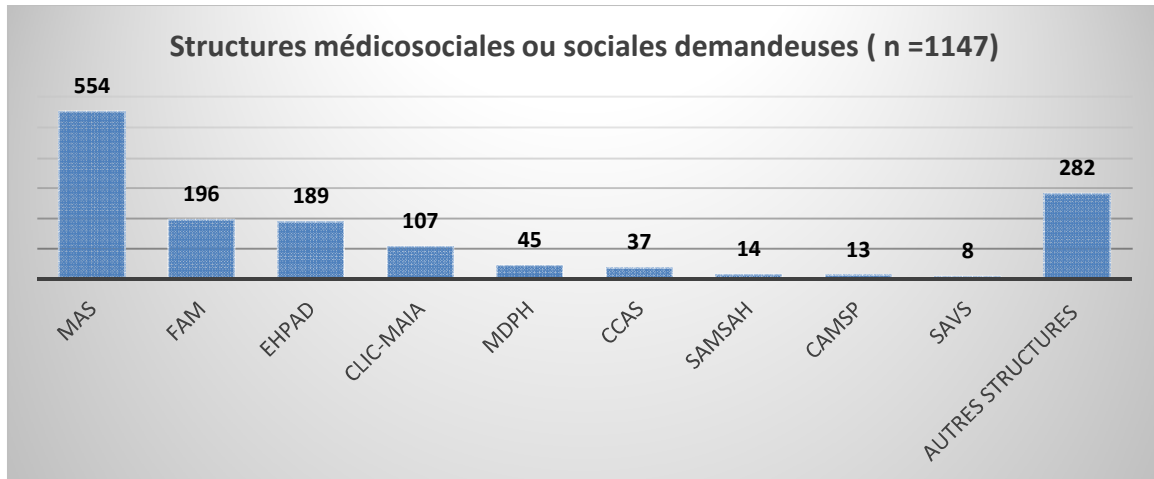
La moitié des interventions est réalisée à la demande de structures hospitalières, 32% à la demande de structures médico-sociales et 11 % par des professionnels libéraux

Étiquettes de lignes	2014	2015	2016	2017	Total général
Structures hospitalières	79%	65%	45%	50%	50%
Structures médico-sociales ou sociales	6%	19%	41%	34%	32%
Professionnels de santé libéraux	14%	13%	11%	11%	11%
Associations patients	1%	2%	1%	3%	2%
Données manquantes	0%	1%	1%	2%	5%
Total général	100%	100%	100%	100%	100%

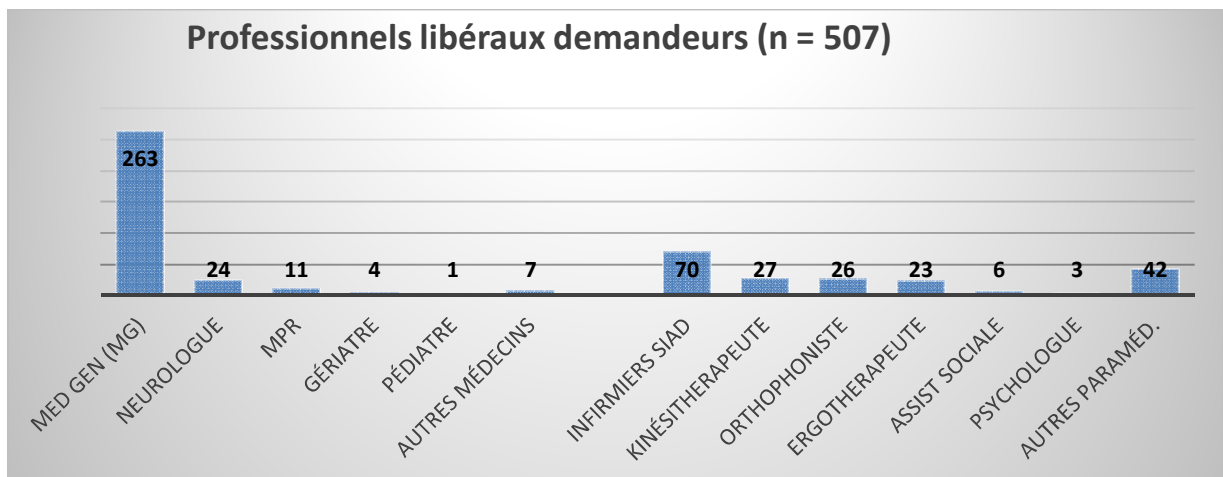


Au sein des structures hospitalières (2305 demandes),

- 56 % des demandes (1299) émanent d'établissements de court séjour et essentiellement de service de neurologie (954 dont 588 d'UNV) soit 73 % des demandes de MCO.
- 37% de SSR (855) et essentiellement de SSR neurologiques (576) soit 67 % des demandes de SSR
- 5.5 % de HAD



Au sein des structures médico-sociales, les demandes sont essentiellement réalisées par les MAS.



Les professionnels libéraux sollicitant les EMRR sont les médecins généralistes puis les infirmiers.

Les interventions sont majoritairement réalisées au domicile (49%) ou en structures médico-sociales -assimilées au domicile-(21%), contre 12% en structures hospitalières (8% MCO/4% SSR). Des différences existent néanmoins d'une équipe à l'autre, ce qui peut être lié au positionnement et/ou au rattachement de l'équipe. Elles consistent le plus souvent à des interventions sur le lieu de vie simples ou avec mises en situation.

La typologie d'intervention correspondant à un contact téléphonique diminue au profit des interventions au domicile. Cette évolution traduit une réelle montée en charge des équipes qui s'investissent de plus en plus sur leur mission première d'intervention directe et de déplacement au domicile. Cette situation peut aussi s'expliquer par une meilleure connaissance du rôle et de l'apport des équipes mobiles de réadaptation-réinsertion chez les demandeurs.

Les ergothérapeutes réalisent majoritairement les évaluations ainsi que les médecins de MPR et les assistantes sociales.

Lorsqu'il s'agit de structures qui sont à l'origine de la demande, la part des établissements hospitaliers reste majoritaire mais diminue fortement au profit des établissements médico-sociaux. Ainsi 79% des demandes étaient hospitalières en 2014 contre 6% de demandes de structures médico-sociales. Cette situation évolue en 2017 avec 50% de demandes hospitalières et 32% de demandes médico-sociales. Ce constat contribue à souligner la valence domicile des équipes mobiles de réadaptation-réinsertion.

Au sein des structures hospitalières demandeuses, le MCO reste majoritaire (56%) au sein duquel les services de neurologie sont les principaux concernés (73%). Ceci est à mettre en lien avec la typologie des patients bénéficiaires (93% atteintes de pathologies neurologiques). 37% des interventions sont sollicitées par des établissements de SSR, et 5,5% par des structures d'hospitalisation à domicile. Pour l'HAD, ceci peut s'expliquer par le besoin d'une expertise en ergothérapeutes et en médecins de MPR rare voire inexistante dans ces établissements.

Les structures médico-sociales demandeuses sont très majoritairement des MAS (48%) suivies des FAM (17%) et des EHPAD (16%). A elles trois, ces structures représentent 81% de la demande médico-sociale.

Enfin chez les professionnels libéraux, les médecins généralistes sont les principaux demandeurs (52%) suivis des IDE/ SSIAD (14%).

2.3 Pour quelles préconisations ?

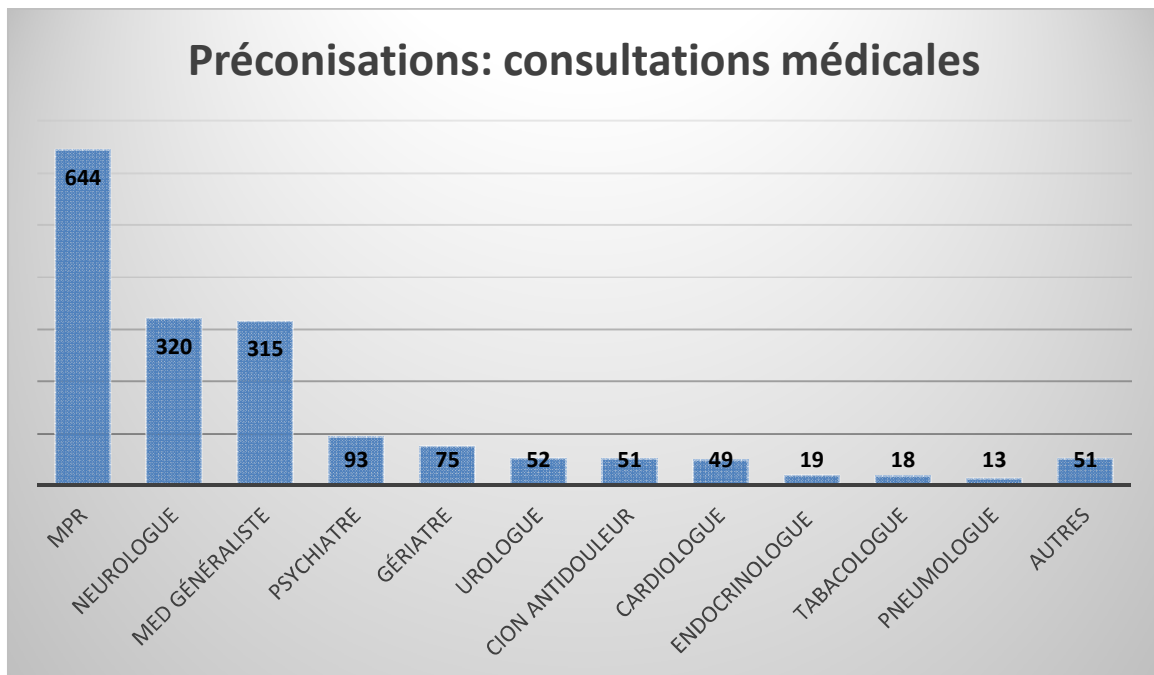
Les consignes pour le renseignement des préconisations visent à ce que les professionnels inscrivent ce qui serait nécessaire pour le patient sans tenir compte de l'offre existante dans la région (professionnels, structures...). Ceci afin de pouvoir identifier les éventuelles inadéquations besoins/offre.

2.3.1 Mesures de protection

La mise en place de mesures de protection est proposée à 3 % des patients

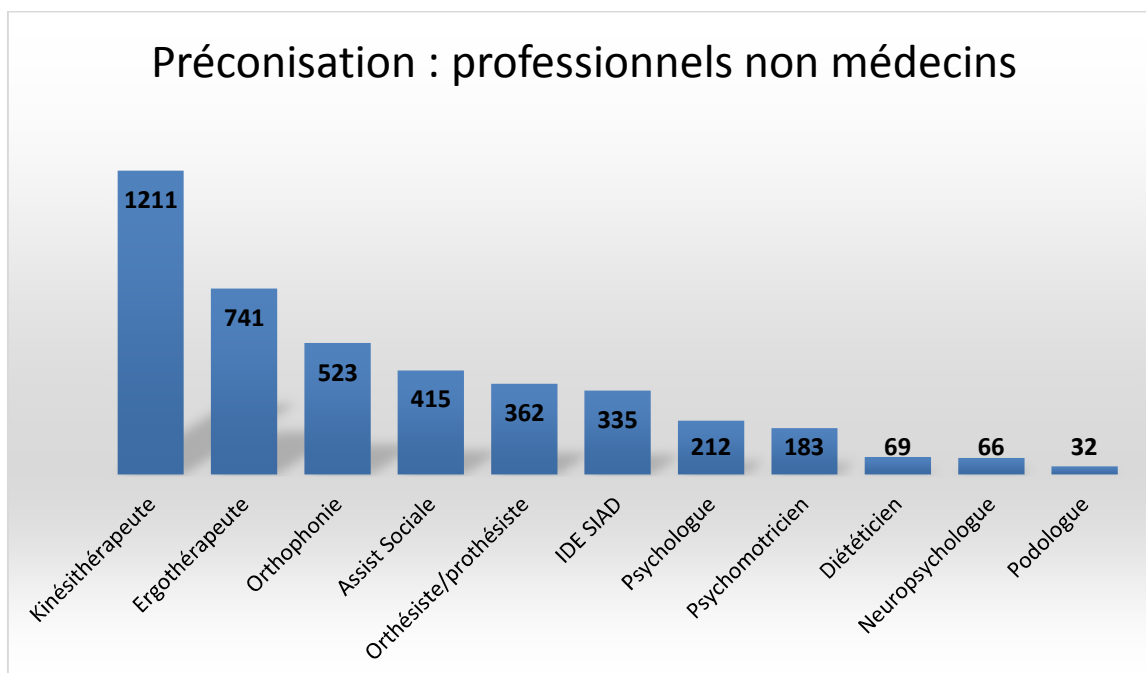
- Sauvegarde de justice pour 8 (0.2%)
- Tutelle pour 54 (1%)
- Curatelle renforcée pour 39 (1%), simple pour 30 (0.8 %)

2.3.2 Consultations médicales



Une consultation auprès d'un médecin MPR est préconisée pour 14 % des patients, auprès d'un neurologue ou d'un médecin généraliste pour 7 %, d'un psychiatre ou d'un gériatre pour 2%.

2.3.3 Interventions de professionnels non médecins



Une rééducation kinésithérapique est préconisée pour 26 % des patients, ergothérapique pour 16 % et orthophonique pour 11 %.

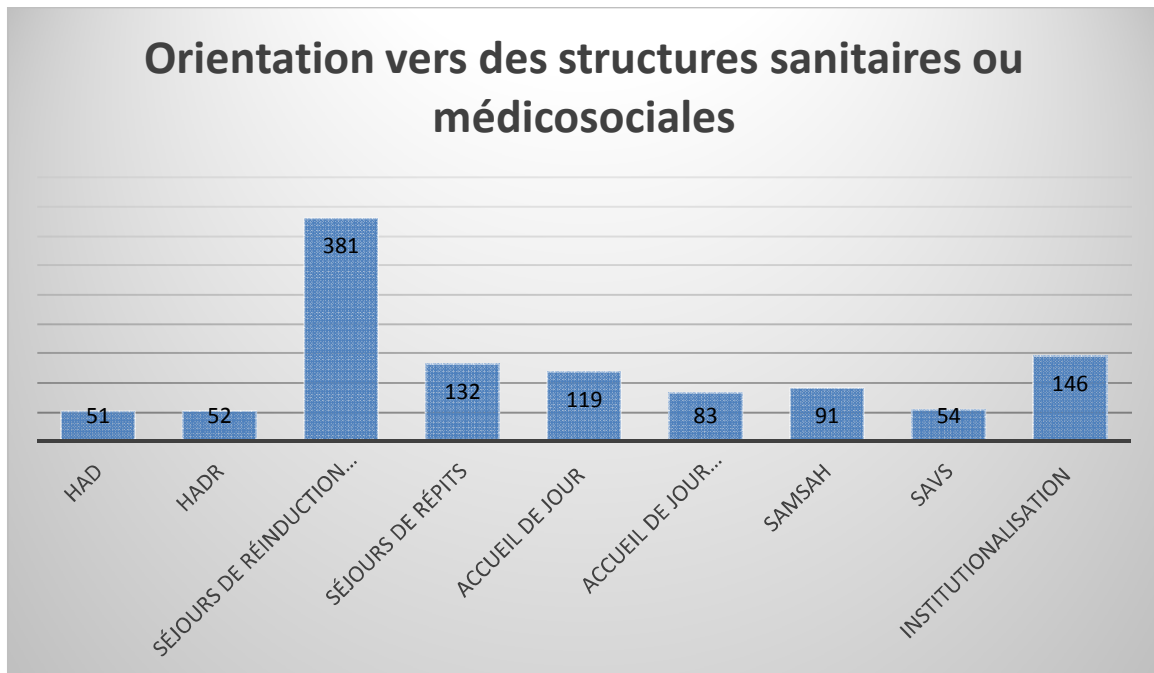
2.3.4 Autres intervenants

Sont préconisés :

- Des aides au domicile pour 643 (17% des patients)
- Une demande auprès de la
 - o MDPH pour 398 (10 %)
 - o CLIC, Réseaux, MAIA pour 188 (5%)
 - o CCAS pour 75 (2 %)
- Une activité de type Sports loisirs pour 203 (5 %)

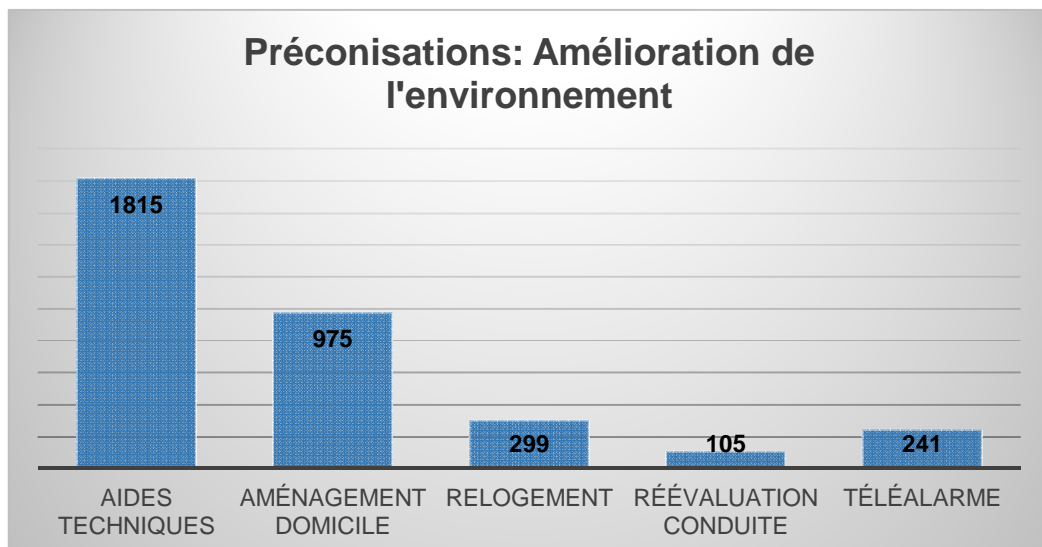
Des rencontres avec les associations d'usagers pour 78 (2%)

2.3.5 Orientation vers des structures sanitaires ou médico-sociales



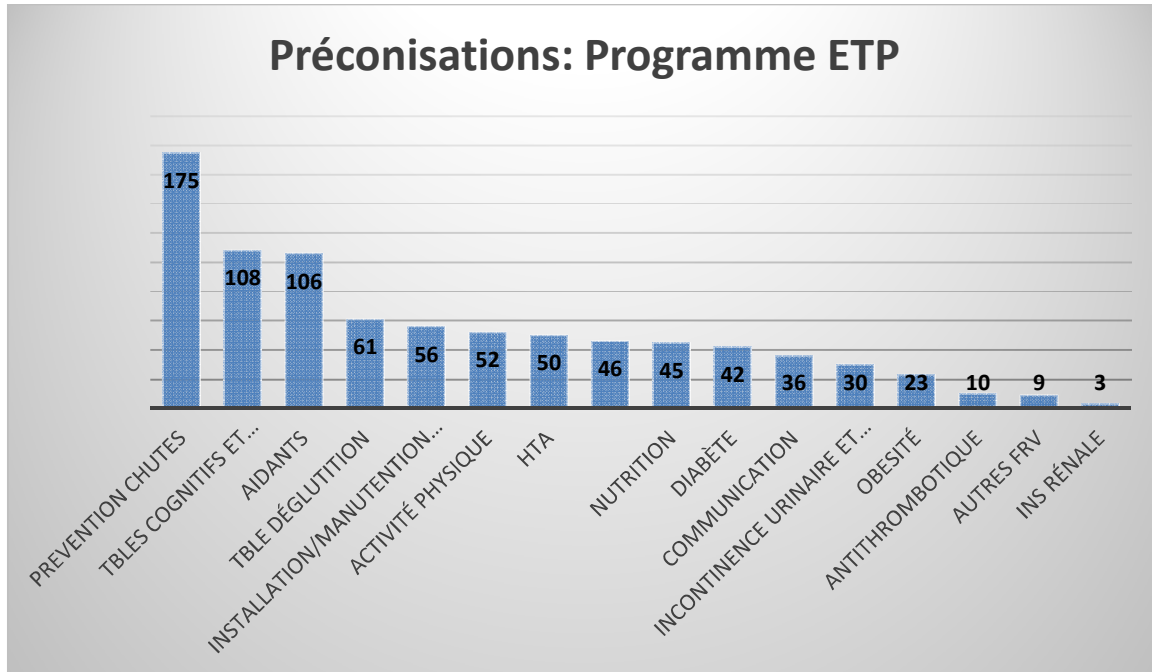
Des séjours de reinduction en MPR sont préconisés pour 8 % des patients, une HAD pour 2%, des séjours de répit et en accueil de jour pour 6 %, une institutionnalisation pour 3 %

2.3.6 Amélioration de l'environnement



Des aides techniques sont préconisées pour 40 % des cas, un aménagement du domicile dans 20 % des cas et un relogement dans 7 % des cas.

2.3.7 Programmes d'ETP (Education thérapeutique)



Les principaux programmes d'ETP préconisés sont la prévention des chutes, les troubles cognitifs et du comportement et l'aide aux aidants .

2.3.8 Demandes financières

Sont préconisées :

- Une réévaluation allocation compensatrice pour tierce personne pour 15 personnes (0.4%)
- Une demande APA pour 450 personnes (12%)
- Une prestation de compensation de handicap pour 396 (10%)
- Une pension d'invalidité pour 36 (1%)
- Une AAH pour 100 (3%)

2.3.9 Améliorer l'accompagnement des aidants

Sont préconisés

- un soutien psychologique pour 512 (13 %)
- la rencontre d'une association pour 235 (6 %)
- un soutien social pour 134 (3.5 %)

Les préconisations sont extrêmement variées :

- consultations médicales,
- prises en charge paramédicale,
- orientations vers le médico-social,
- améliorations de l'environnement,
- aides financières,
- et aides techniques.

On note néanmoins une très forte représentation des orientations vers les prises en charges para-médicales, kinésithérapeutes principalement (1211 préconisations soit 26% des patients), ergothérapeutes (741 préconisations représentant 16% des patients) ou encore orthophonistes (523 préconisations soit 11% des patients). Concernant les préconisations pour des consultations médicales, elles concernent principalement MPR et neurologues.

Les aides techniques correspondent également à une large part des préconisations (40%),

Les réorientations vers les institutions figurent également : pour 8% des patients sont préconisées des séjours de réinduction en SSR, et 6% pour des séjours de répit et/ou en accueil de jour, 3% pour des institutionnalisations en structures médico-sociales.

Les programmes d'éducation thérapeutique sont également beaucoup conseillés avec 852 préconisations, surtout vers des programmes de prévention des chutes, de troubles cognitifs ou du comportement et d'aides aux aidants.

Ces préconisations démontrent un besoin d'accès des personnes souffrant de handicap à des prises en charge paramédicales et à des compétences de médecins MPR et neurologues notamment. Or la démographie de ces professionnels ne permet pas forcément un accès rapide surtout pour des patients dont les profils sont complexes et induisent des prises en charge longues. La question de l'accès à une offre pluriprofessionnelle se pose.

2.4 Conclusion générale

Malgré des hétérogénéités inter et infra-départementales, les équipes mobiles de réadaptation-réinsertion couvrent désormais la quasi-totalité du territoire francilien à l'exception du sud de l'Essonne. Leur activité est en constante augmentation avec 4 577 interventions pour 3802 patients entre juillet 2014 et décembre 2017.

Elles interviennent véritablement dans le champ du handicap, principalement neurologique, pour des patients plutôt âgés et largement dépendants.

Après une phase de montée en charge, le champ du domicile est aujourd'hui majoritairement investi avec en 2017, 49% des interventions réalisées au domicile et 21% en hébergement médico-social contre seulement 12% en structures hospitalières.

Le plus souvent il s'agit d'interventions sur le lieu de vie - simples ou avec mises en situation - qui impliquent donc le déplacement physique de l'équipe auprès du patient.

Les équipes mobiles remplissent donc le rôle et les missions pour lesquels elles ont été envisagées. Des différences persistent entre elles, et pour certaines devront être expertisées pour d'avantage d'efficience.

Les préconisations reflètent la nécessité d'un accès à certaines expertises (MPR/neurologues) et ou prises en charge paramédicales notamment, ainsi que la place des aides techniques et de l'aménagement de l'environnement dans le maintien à domicile.

La démographie de ces professionnels n'étant pas favorable et les délais MDPH particulièrement longs, ce constat devra conduire à une réflexion pour améliorer l'accès et les délais d'accès à ces disciplines et à ces aides.

Des séjours de répit ou un accueil de jour sont préconisés pour 6 % des patients. Une réflexion sur ces structures qui doivent permettre à l'entourage et aux aidants de bénéficier de répit, en toute sécurité est nécessaire.

De même, la visibilité et le développement des programmes d'éducation thérapeutique, devront être abordés.

3 Rapport d'activité 2017 des EMRR

3.1 EM Lariboisière-F.Widal



1. L'organisation

L'équipe mobile de l'hôpital Lariboisière est composée d'un médecin MPR (0,2 ETP), d'une ergothérapeute (1 ETP), d'une assistante sociale (1 ETP) et d'une secrétaire (0,5 ETP).

Nous intervenons sur les 8^{ème}, 9^{ème}, 10^{ème}, 17^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris.

2. Insertion dans le territoire

Durant l'année 2017, nous avons rencontré des services d'aide à domicile, des réseaux de santé (France AVC, l'AFM...), des partenaires sur le territoire (CLIC, MDPH,...) avec qui nous sommes amenés à collaborer.

3. Interprétation des données

98 dossiers ont été traités en 2017 contre 78 dossiers en 2016. Cette augmentation peut être expliquée par un meilleur repérage de nos missions et un agrandissement de notre réseau partenarial.

Parmi ces demandes :

- 34 concernaient l'aide à la sortie pour des patients hospitalisés. Nos premières interventions ont donc eu lieu en chambre afin d'évaluer la possibilité de retour à domicile ou d'orientation vers des structures mieux adaptées (SSR, EHPAD...). Ces demandes font suites à notre participation hebdomadaire aux STAFF sociaux organisés dans le service de neurologie.
- 64 concernaient des patients non hospitalisés qui rencontraient une problématique de maintien à domicile. Les interventions ont été réalisées directement sur le lieu de vie de la personne (domicile, EHPAD, foyer...).

4. Difficultés ponctuelles

- Le poste d'assistante sociale a été vacant pendant 6 mois ½ ce qui a perturbé le fonctionnement de l'équipe.
- Temps d'attente très long concernant les demandes de relogement dans Paris intra-muros, bloquant certaines situations de maintien/retour à domicile.
- Manque de professionnels libéraux (kinésithérapeutes et orthophonistes) se rendant au domicile entraînant de longues listes d'attentes pour les patients.

3.2 EM Rothschild



L'équipe mobile de réadaptation-réinsertion Paris Est intervient dans les 2^{ème}, 3^{ème}, 11^{ème}, 12^{ème}, et 20^{ème} arrondissements de Paris. Nous sommes l'unique équipe mobile implantée sur ce territoire.

En janvier 2017, le mi-temps de secrétaire a été supprimé pour que le poste d'assistante sociale puisse passer à temps plein. Ce poste complète l'équipe déjà composée d'un temps plein d'ergothérapeute et d'un 0.2 temps de médecin MPR.

Depuis juillet 2017, l'équipe mobile est au complet terminant une période de 7 mois sans assistante sociale et un changement d'ergothérapeute au mois de septembre.

Nous sommes en lien étroit avec les hôpitaux de notre groupe hospitalier notamment avec le service neuro-vasculaire de l'hôpital Saint Antoine auquel nous participons au Staff de façon hebdomadaire. Nous accompagnons certains patients retournant à domicile sans séjour de rééducation lorsque le retour à domicile est fragile (isolement de la personne, aménagement du domicile nécessaire ou simplement assurer la pérennité de ce retour à domicile).

Nos demandes provenant du sanitaire ambulatoire proviennent principalement des consultations pluriprofessionnelles post AVC neuro (hôpital Saint Antoine et la Fondation Ophtalmologique de Rothschild) et des consultations post AVC MPR de l'hôpital Rothschild.

La plupart des personnes atteintes de Sclérose en plaque accompagnées nous ont été adressées par la consultation neuro-orthopédique de l'hôpital Rothschild.

De ce fait, les profils des personnes accompagnées restent majoritairement des personnes ayant eu un accident vasculaire et les personnes atteintes de sclérose en plaque. Nous constatons une augmentation des personnes atteintes de la Maladie de Parkinson.

Nous avons prospecté intensivement pendant un mois en septembre auprès des médecins libéraux sur l'ensemble des zones d'intervention de l'équipe mobile. Nous pouvons observer une légère augmentation des demandes provenant des médecins de ville.

Globalement, avec l'absence d'assistante sociale sur une période de 7 mois, et la communication auprès des partenaires sur cette même période qui n'a pu être maintenue, nous avons eu une baisse des demandes en 2017 avec un maintien du nombre de profil A, une baisse significative des évaluations intra-hospitalières et une augmentation des évaluations à domicile (profils C et D).

Equipe Mobile Réadaptation – Réinsertion Paris-Est

3.3 EM Pitié Salpêtrière



Ressources humaines et territoire d'intervention :

Effectif :

L'équipe mobile comprenant plusieurs professionnels de différentes disciplines : un temps médical avec un médecin MPR à 0.4 ETP, un temps social avec une assistante sociale à 1 ETP, un temps réadaptation avec une ergothérapeute à 1 ETP et un temps administratif avec une secrétaire à 0.5 ETP (poste vacant).

Turn over :

En 2017, le temps d'assistante sociale est passé de 0.5 ETP à 1 ETP. Le poste de secrétaire est resté vacant toute l'année. Le poste de médecin a été pourvu jusqu'en octobre 2017.

Territoire :

L'équipe mobile de la Pitié-Salpêtrière intervient sur plusieurs arrondissement de Paris, le 1er, le 4ème, le 5ème, le 6ème, le 13ème et le 14ème arrondissement. Elle intervient également sur quatre communes du 94 : Vitry sur Seine, Ivry sur seine, le Kremlin Bicêtre et Villejuif.

Quelques chiffres :

PROFILS	
A	80
B	33
C	37
D	49
TOTAL	199

STRUCTURES	ADULTES
Groupe hospitalier PSL	128
Autre groupe hospitalier	31
Libéraux	24
Médico-social	5
Social	
Associatif	5
Réseau/coordination	4
HAD	2

DELAIS D'INTERVENTION	Moyenne
Délai entre la demande d'intervention et l'évaluation	5 jours
Délai entre la réception de la demande d'intervention et la clôture du dossier	46 jours

Les 128 demandes en intra hospitaliers comprennent les demandes faites par des médecins spécialistes en ambulatoire.

Rencontres partenaires

Structures rencontrées	Nombres
Etablissements hospitaliers	2
Libéraux	1
Structures médico-sociales	5
Structures sociales	0
Structures associatives	5
Institutions (MDPH, CRAMIF...)	5
Autres (bailleurs, prestataires de service, forums,...)	4
TOTAL	22

Constats :

Positif :

Augmentation des demandes d'intervention du secteur de ville.
Meilleure identification des équipes mobiles par le secteur de ville.
Stabilisation du poste d'AS (temps plein).

Négatif :

Recrutement de personnel difficile en lien avec des lenteurs administratives.
Absence de secrétaire (1 an) donc retard dans les tâches administratives.
Manque de relais social.
L'identification des structures existantes sur le territoire et leurs spécificités.
Missions différentes et/ou variables pour une même structure.
Absences de paramédicaux et médecins traitants en libéral

3.4 EM Vaugirard



Stratégie:

- Partage de zones d'intervention:
- 14^{ème} arrondissement en commun avec les équipes mobiles l'ADAPT et la Pitié Salpêtrière
- 15^{ème} arrondissement en commun avec l'équipe mobile de Garches
- 16^{ème} arrondissement en commun avec l'équipe mobile de Garches
- Partenariat avec les consultations post AVC de l'Hôpital Sainte-Anne. De plus l'équipe mobile est rattachée à un hôpital gériatrique qui présente une population nécessitant peu l'intervention de l'équipe mobile.

Interprétation des données quantitatives qui diffèrent de celles des autres EM:

Les temps d'intervention pour certaines demandes sont parfois allongés du fait du manque de personne au sein de l'équipe mobile et d'une recrudescence des demandes à un moment donné.

Difficultés:

La difficulté principale au sein de l'équipe mobile de Vaugirard est sa composition. Le poste d'ergothérapeute (80%) est le seul présent au long de l'année 2017.

Le poste d'assistant social est vacant depuis mars 2017.

Le médecin gériatre n'est que très peu intervenu tout au long de l'année (pour 4 dossiers) du fait d'un congé maternité et d'une surcharge de travail au sein des services internes à l'Hôpital.

Enfin, le poste de secrétaire est resté vacant toute l'année.

3.5 EM Sud Ile-de-France



Nombre d'usagers en 2017

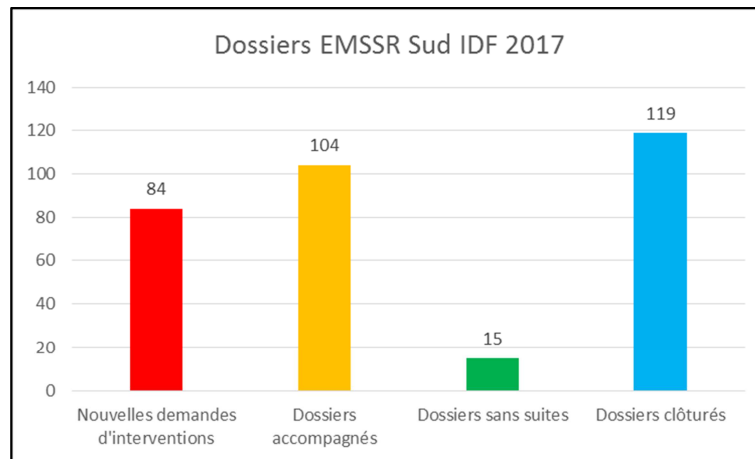
84 Nouvelles demandes d'interventions (78 adultes et 6 enfants)

104 dossiers accompagnés (97 adultes et 7 enfants)

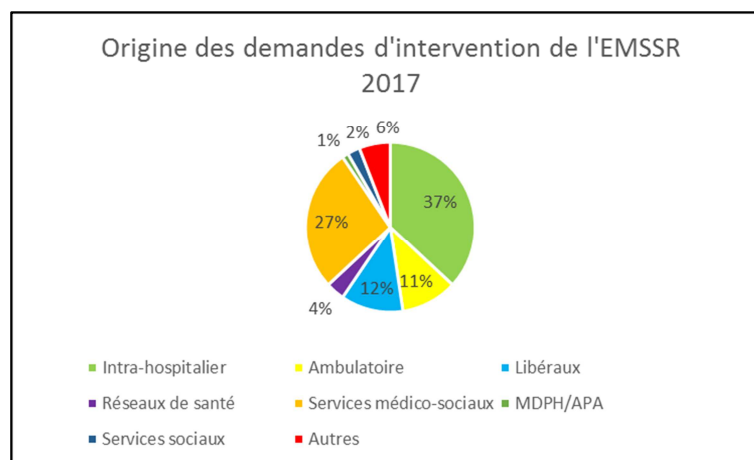
15 Dossiers sans suites (7 dossiers hors secteur, 1 décès, 5 hospitalisations, 1 refus du patient, 1 refus de l'EMSSR)

Dossiers clôturés :

- 35 dont l'accompagnement à débiter en 2016 (dont 1 dossier sans suite)
- 51 au cours de l'année 2017 (dont 14 dossiers sans suite)
- 33 clôturés et reportés en 2018



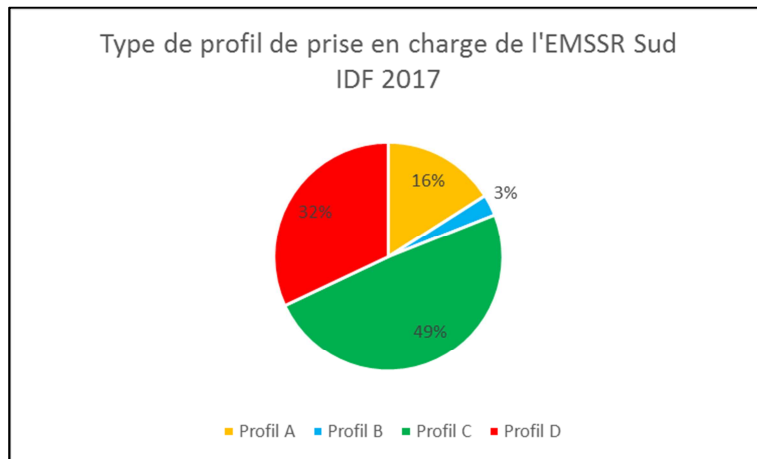
Origine des demandes d'intervention en 2017



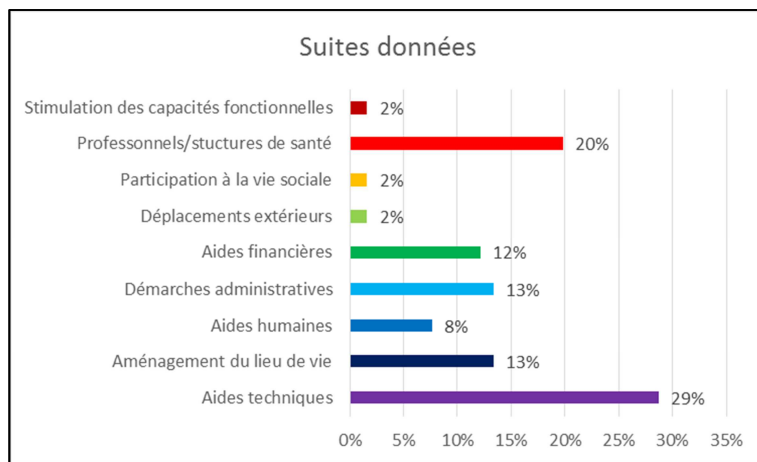
Commentaire :

Par rapport à l'an passé, nous avons été moins sollicités par les SSIAD et le réseau de santé RT2S 77. Par contre, l'Equipe Mobile est de plus en plus sollicitée par des médecins traitants et des distributeurs de matériel médical appel pour des situations complexes (positionnement au fauteuil notamment).

Profils de prise en charge



Suites données



Présentations externes en 2017

- 2 Agences de Services à domicile (ASSAD RM, DOMUS VIE)
- 1 Equipe Mobile (EQUIPE MOBILE NORD 77)
- 1 Foyer d'accueil Médicalisé (FAM IDALION)
- 2 Médecins généralistes
- 1 Appartement d'insertion et accueil de jour (APF)
- 1 Orthophoniste
- 1 SESSAD (APF)

3.6 EM Provins



Centre Hospitalier Léon

Binet - Provins

Stratégie

- organisation (antenne, réunion de coordination entre antennes, mutualisation des équipes, partage des zones d'intervention).

- EM Provins, antenne ARS Île-de-France, département Seine-et-Marne, secteur sud-est.
- Réunions inter-équipes EM : 4 réalisées de manière présentiel.
- Mutualisation des équipes : 6.
 - H. Lariboisière, H. Pitié-Salpêtrière, H. Henri-Mondor, H. Albert Chenevier, Equipe mobile Sud Île-de-France.
- Zones d'intervention :
 - 129 communes concernés aux cantons Nangis et Provins.
 - Communes limitrophes aux cantons Nangis, Provins et région Île-de-France (notamment région Aube).

- insertion dans le territoire : lien et formalisation avec le réseaux thématiques (SEP etc ...), les structures médico-sociales, les consultations post AVC, l' HAD, les MAIA, les autres équipes mobiles)

- Equipes mobiles région Île-de-France rencontres aux réunions inter-équipes.
- SAVS-SAMSAH APF (départ. 77).
- MAIA Seine-et-Marne (départ. 77).
- Maison départementale des personnes handicapées, départ. 77 (MDPH 77).
- Mairie de Traînel, départ. 10, région Aube.
- Conseil départementale Aube.
- Agence nationale de l'habitat (ANAH).

- Fournisseurs matériel médical de proximité au domicile du patient ou recommandés pour le service.
- Professionnels libéraux (médecin traitant, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste).
- Structures EHPAD.
- Usagers eux même

Interprétation des données quantitatives qui diffèrent de celles des autres EM (par exemple, file active, lieu et nombre d'interventions....)

File d'activité :

- 15 hommes et 7 femmes âgés de 22 à 96 ans (moyenne de 65,13 ans ; médiane de 65 ans).
- 0 personne vit seule à leur domicile, 3 vivent en EHPAD.
- Pathologies handicapantes :
 - Incapacités motrices d'origine neurologique : 20 personnes.
 - AVC : 7 personnes.
 - Lésion médullaire : 3 personnes.
 - Sclérose en plaques : 2 personnes.
 - Handicap mentale : 1 personne.
 - Polyneuropathie : 1.
 - Sclérose latérale amyotrophique : 1 personne.
 - Autre maladie d'origine neurologique : 5 personnes.

Profil de prise en charge :

- Type A : Contact, orientation** : intervention qui ne nécessite pas de rencontre avec le patient ou l'entourage ⇔ 59 personnes.
- Type B : Intervention avec rencontre sur le site de l'équipe mobile**, qui ne nécessite donc pas de déplacement ⇔ 16 personnes.
- Type C : Intervention sur le lieu de vie** ; 1 seule intervention par professionnel (ex : 1 visite à domicile de chaque professionnel ou une VAD commune à plusieurs professionnels) ⇔ 18 personnes.
- Type D : Intervention qui nécessite plusieurs déplacements d'un même professionnel** ⇔ 2 personnes.
(+ 0 personne en attente d'évaluation non comptabilisées).

L'ergothérapeute de l'équipe mobile s'est déplacé sur le lieu de vie de 18 personnes, l'assistante sociale chez 0 personne et le médecin (MPR) chez 0 personne.

Difficultés ponctuelles (difficultés de recrutement, vacances de postes)

- Actuellement il y a insuffisance de disponibilité de professionnels libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes), susceptible d'intervenir au domicile quotidienne, raison pour la quelle nous avons orientée quelques patients vers HDJ SSR.*

3.7 EM Nord Seine et Marne



STRATEGIE

1.1 Organisation

1.1.1 Antennes et territoire d'intervention

L'activité de l'équipe mobile Nord 77 est répartie sur 4 antennes : GHEF de Meaux, PRO BTP de Pontault, UGECAM de Coubert et FSEF de Neufmoutiers.

L'antenne du CMPA de Neufmoutiers intervenait initialement auprès des populations de 8 à 18 ans du territoire de Nord Seine et Marne. Le critère d'âge étant apparu trop limitatif, il a été convenu d'élargir à 35 ans la tranche d'âge.

- Concernant la prise en charge des personnes adultes, chaque antenne gère préférentiellement sa population de proximité : Antenne du GHEF de Meaux : cantons de Meaux, Mitry-Mory, Claye-Souilly, La Ferté sous Jouarre, Lagny sur Marne, Serris, et Coulommiers.
- Antenne du Parc : cantons de Pontault Combault, Ozoir la Ferrière, Torcy, Chelles, Villeparisis, Lagny sur Marne et Fontenay-Trésigny.
- Antenne du centre de Coubert : cantons de Fontenay-Trésigny, Ozoir la Ferrière, Coulommiers et de Serris.
-

Néanmoins, la coordination s'assure d'une juste répartition d'évaluations au regard des moyens alloués.

1.1.2 Mutualisation des équipes

- Ressources communes :
 - Temps de coordination : 11/2016 : embauche d'une secrétaire coordinatrice à 0.5 % ETP
 - Assistante sociale : 09/2016 à 07/2017 puis 09/2017 à la fin d'année : turn over de deux assistantes sociales à 0.4 % ETP. Durant la période comprise entre juillet 2017 et septembre 2017, les avis sociaux ont été effectués par le personnel social de chacun des établissements.
- Ressources de chaque antenne :
 - Temps médical : MPR : 0,1% ETP par site soit 0,4% ETP au total
 - Ergothérapeute: 0,25 % ETP par site soit 1 ETP au total
 - Secrétariat médical : 0.1% ETP soit 0.4 % ETP au total

1.1.3 Réunions de coordination

L'équipe mobile se réunit sous forme d'un comité opérationnel (formé des médecins référents, des directeurs d'établissement, de l'assistante sociale, de la secrétaire de coordination et des autres personnes de l'équipe mobile pouvant se rendre disponible) tous les 2/3 mois en moyenne afin d'aborder le suivi de l'activité, les moyens et ressources, les actions de communication, les procédures, les documents utilisés, les cas complexes.

1.2 Insertion dans le territoire - actions de communication

1.2.1 Rencontre avec autres équipes mobiles

L'équipe mobile Sud 77 a été rencontrée.

Les réunions régulières de l'ensemble des EM RR d'Ile de France sont également l'occasion d'échanger et d'uniformiser l'action de notre équipe avec celle des autres équipes mobiles.

1.1.1 Partenaires rencontrés

Au cours de l'année 2017, les représentants de notre équipe ont pu échanger avec les entités suivantes :

- UNADOM Aide et soins infirmiers à domicile
- MDS Tournan service social départemental
- Accueil de jour de Brie Comte Robert
- HAD de réadaptation de Coubert
- MDPH 77
- Bastide Service – Franchise de Meaux
- DOMIDOM – Service et aide à domicile
- CESAP – MAS La Clé des Champs
- SESSAD APF Nord 77 – site de Champs sur Marne

1.2.3 Dépliant et publipostages

Le dépliant présentant les intervenants, le public concerné, les missions et les engagements de l'équipe mobile a été envoyé, accompagné d'un courrier d'information et de présentation, à :

- Établissements de soins et établissements médico-sociaux, résidence pour personnes âgées, partenaires sociaux : MAS, FAM, SESSAD, MDPH, MDS, CCAS, CLIC, SSIAD, HAD, services de soins à domicile, accueil de jour de BCR.
- Professionnels libéraux : médecins traitants, kinésithérapeutes, revendeurs de matériel médical, neurologues 77.
- Associations spécialisées (ex : SEP, myopathie, traumatisés crâniens..), CMPR, hôpitaux sur un territoire plus éloigné.

Par ailleurs, le dépliant a été ajouté systématiquement dans les courriers contenant les CRH des 4 établissements.

1.2.4 Autres actions de communication

Ajout de l'équipe mobile et des coordonnées sur le papier à entête des 4 établissements.

Publication d'article : site de la MDPH du 77, journal « le fil des ans », journal « bâtir ».

Présentations de l'équipe mobile : Table de concertation tactique – institut médical Serris, CME Résidence Le Parc BTP RMS, amicale des médecins de Pontault Combault.

Des contacts sont réalisés régulièrement par mail à différents organismes médico-sociaux, réseaux, professionnels (assistantes sociales, MDS, CLIC, HAD, CABEX, MDS, MDPH, CRAMIF, EM gérontologique, SESSAD, réseau GOSPEL, réseau de santé 77, MAIA).

INTERPRETATION DES ATYPIES DE RESULTATS

2.1 File active

- Par rapport à l'année d'avant :

Nous n'avons pas de référence antérieure puisque 2017 a été notre première année complète d'activité. Notre objectif de 40 prises en charge a été atteint. La proportion voulue de 75% de prises en charge B à D est largement obtenue.

- Par rapport aux autres équipes mobiles :

Notre nombre de prise en charge est plus faible compte tenu du démarrage récent.

2.2 Lieu d'intervention

Nombre d'intervention en milieu hospitalier/en établissement médico-social/domicile :

La plupart de nos déplacements se font au domicile du patient : 35 à domicile pour 2 en : établissement sanitaire (évaluation médicale et sociale pour aide à l'orientation) ou service de psychiatrie (préconisation d'aides techniques pour patient hémiplegique). Ceci est probablement dû au fait que les demandes proviennent en majorité du réseau de santé ambulatoire et des établissements sanitaires.

DIFFICULTES PONCTUELLES

- Embauche des professionnels : disponibilité du temps médical, embauche et mise à disposition des ergothérapeutes, changement d'assistante sociale.
- Absence de demande pour la population des moins de 18 ans : il a été convenu avec le CMPA de Neufmoutiers d'étendre la tranche d'âge à 35 ans.

3.8 EM GCS Yvelines Sud



L'équipe mobile du GCS 78 Sud est composée de 5 antennes implantées sur le territoire Sud des Yvelines (Versailles, Plaisir, Richebourg, Rambouillet et Bullion) et d'une plateforme de coordination (REPY) qui devait d'une part être la porte d'entrée des demandes d'intervention et d'autre part suivre l'activité à l'aide d'un logiciel interne (le logiciel 4D).

Chaque antenne recevant en direct ses propres sollicitations, la plateforme s'est trouvée en difficulté pour jouer son rôle prévu de porte d'entrée et le logiciel qu'elle a mis à la disposition des cinq antennes, seulement utilisé par trois d'entre elles, s'est révélé faire double emploi avec le logiciel de l'ARS. Ce dernier point l'a mise en difficulté pour pouvoir suivre l'activité globale et en tirer le bilan prévu.

En 2017, l'antenne de Bullion n'a pas pu intervenir, aucune demande relevant de son champ de compétence (enfant) ne lui étant parvenue. Les 4 antennes actives ne se sont pas vraiment coordonnées entre elles. Elles n'ont pas pu participer au groupe de travail EM en Ile de France, ce qui ne leur a pas permis de suivre l'évolution de la montée en charge des autres équipes ni l'évolution des demandes de l'ARS, notamment en ce qui concerne la couverture de tout le département des Yvelines.

En 2018, l'équipe mobile du GCS 78 Sud a surmonté ses difficultés de départ. La plateforme centralise les échanges avec les différentes équipes mobiles de la région Ile de France et transmet les signalements qu'elle reçoit sur les Yvelines aux 5 antennes. L'équipe mobile du GCS 78 Sud a intégré le groupe de travail EM de la région Ile de France, utilise le guide de remplissage de la base ARS et répond aux demandes sur toutes les communes des Yvelines.

3.9 EM Villiers



Stratégie

- organisation (antenne, réunion de coordination entre antennes, mutualisation des équipes, partage des zones d'intervention)

- Participation aux réunions des équipes mobiles d'île de France.
 - Suivi du mailing des équipes mobiles d'île de France et contacts si nécessaire.
 - Réinclusion du canton de Mennecey dans le territoire d'intervention de l'EMRR91 après réflexion avec la clinique des Trois Soleils, donc recouvrement total du département de l'Essonne.
- insertion dans le territoire : lien et formalisation avec le réseaux thématiques (SEP etc ...) , les structures médico-sociales , les consultations post AVC, l' HAD, les MAIA, les autres équipes mobiles)
- Présentation de l'EMRR91 sur les sites hospitaliers : CHSF, CH d'Orsay (Edith PICARD, coordination consultation post AVC), CH de Longjumeau (Dr Chiticariu, consultation post AVC).
 - Synergie avec l'HADR de Villiers Sur Orge.
 - Lien avec le réseau SLA Paris.
 - Lien avec le réseau NEPALE.
 - Lien avec les EHPAD : Groupe Domusvi, département de l'Essonne ; Les Cèdres, Savigny sur Orge.
 - Lien avec les MAS : « Les tous petits », Les Molières ; « L'Eau Vive », Soisy sur Seine.
 - VAD exceptionnelles de patients de Clinalliance sélectionnés par le médecin MPR.
 - Distribution des plaquettes de l'EMRR91 chez les particuliers, les revendeurs médicaux, les professionnels de santé et les structures médico-socio-hospitalières.
 - Envoi du document de présentation de l'EMRR91 par mail ou courrier aux EHPAD et MAS du 91.

Interprétation des données quantitatives qui diffèrent de celles des autres EM (par exemple, file active, lieu et nombre d'interventions...)

- File active 2017 : 2 à 3 visites hebdomadaires.
- Participation de l'assistante sociale sur 30% des VAD. Participation du médecin MPR sur 30% des VAD.
- Nombre d'interventions sur 2017 : 79.
- Lieu : département de l'Essonne.

Difficultés ponctuelles (difficultés de recrutement, vacances de postes)

- Turn over ou absence d'assistante sociale.
- Difficultés de recrutement d'une ergothérapeute après le départ de l'ergothérapeute coordinatrice.
- Difficultés de remplacement de l'ergothérapeute lors de départ en congés.
- Difficultés de recrutement de secrétariat médical dédié à l'EMRR91.
- Temps MPR limité.
- Irrégularité des VAD. Parfois beaucoup de demandes donc insatisfaction de certains patients qui attendent « trop » avant leur VAD ; ou - a contrario -parfois peu d'activité.
- Demandes d'interventions inadaptées de la part de certains EHPAD, semblant vouloir compenser l'absence d'une ergothérapeute affectée à leur service.
- Demandes d'intervention pour des aménagements de domiciles alors que le patient est toujours hospitalisé sans date de sortie prédéfinie.
- Difficultés de synergie avec la MDPH.

Noémie GRANDJEAN, Caroline SANTOS
Ergothérapeutes coordinatrices de l'équipe mobile EMRR 91

3.10 EM Garches



OBJET

- Complément d'informations aux données quantitatives de la base ARS Ile-de-France pour l'année 2017.

STRATEGIE

- Coordination des demandes d'intervention avec les équipes mobiles du 78 :
 - Fonction du territoire ;
 - Fonction du suivi médical régulier : une personne suivie régulièrement par un médecin ou une unité de Raymond Poincaré dont le lieu du domicile se situe proche de la frontière d'intervention est orientée prioritairement vers notre équipe mobile ;
 - Fonction de l'âge et des problématiques mises en avant : une personne avec des problématiques à orientation gériatrique est orientée préférentiellement vers **l'équipe mobile de Versailles** ou celle de **Richebourg** ;
 - Les zones d'intervention ont été redéfinies. **Le nord du 92 (Villeneuve-La-Garenne, Genevilliers, Asnières sur Seine) est désormais intégré à notre territoire d'intervention.**
- Insertion dans le territoire :
 - L'ergothérapeute a été mise à disposition **du CH de Versailles**, à raison de 0.2 ETP, dans le cadre de l'**HDJ post-AVC** jusqu'à son départ, en novembre 2017. Ceci était le continuum de l'année 2016. L'ergothérapeute a été remplacée en janvier 2018, mais aucune nouvelle intervention au CH de Versailles n'a été réalisée à ce jour.
 - Egalement, le **Centre d'Essai des Fauteuils Roulants Et de Positionnement (CEFREP)** de Raymond Poincaré nous sollicite pour des compléments de préconisation de fauteuils roulants sur le lieu de vie des usagers (pour lesquels uniquement l'ergothérapeute voire le médecin sont sollicités). En retour, nous pouvons faire bénéficier nos usagers de créneaux avec un temps d'attente réduit au CEFREP lorsque nous estimons nécessaire la sollicitation de leur expertise sur le plan de la préconisation d'une aide à la mobilité ou d'une assise modulaire évolutive.

INTERPRETATION DES DONNEES QUANTITATIVES EN IMPORTANTE EVOLUTION

- Nette diminution des personnes accompagnées :
 - Suite à une **réorganisation médicale**, les interventions en EHPAD n'ont pu être réalisées comme précédemment pour faciliter l'installation et le confort des patients. Ceci explique par conséquent la diminution du nombre d'interventions en EHPAD, le rétrécissement de l'amplitude, de la médiane et de la moyenne d'âge des usagers, ainsi que le nombre de prises en charge de pathologies neuro-dégénératives et d'AVC.
 - De façon moins importante, **l'absence d'ergothérapeute sur les deux derniers mois de l'année** a contribué à cette diminution.
- Augmentation du nombre de réorientations :
 - Ce chiffre est fondamentalement lié à un **nombre accru d'équipes mobiles** sur le territoire de l'Ile de France.
 - Par ailleurs, **l'absence d'ergothérapeute** sur la fin de l'année 2017 a entraîné une sur-sollicitation des réseaux pour compenser l'absence de réactivité face aux difficultés du patient.
 - Enfin, cela peut être dû au fait **que la connaissance des équipes mobiles s'étend sur le territoire.**
- Augmentation des demandes provenant de **services d'hospitalisation à domicile** :
 - Elle est sans doute causée par une diffusion de la connaissance du réseau d'équipes mobiles. Ceci dit, **plusieurs demandes ont dû être refusées puisqu'elles n'entraient pas dans le champ d'intervention de l'équipe mobile, mais relevait davantage d'une intervention à composante palliative.**
- Augmentation du nombre de prises en charge de personnes souffrant de Sclérose en Plaques :
 - Elle est à mettre en parallèle avec une coopération plus étroite avec le **Réseau SEP Ile-de-France Ouest.**

DIFFICULTES PONCTUELLES / TURNOVER

- Assistante sociale :
 - Le poste a été pourvu de Janvier 2017 à Décembre 2017.
 - Cependant, **il est vacant depuis Janvier 2018.** Même si son passage à temps plein en Mars 2017 pourrait le rendre plus attractif, **le maintien du poste en CDD ne permet pas encore sa stabilisation.** Actuellement, de nombreux postes d'ASE titulaires sont disponibles au sein de l'APHP.

- Ergothérapeute :
 - Le poste d'ergothérapeute a été occupé de Janvier 2017 à Novembre 2017. Le poste a trouvé rapidement preneur (un ergothérapeute de secteur d'hospitalisation complète), mais la transition (effectuée en Janvier 2018) a été retardée suite au désistement de la première candidate retenue en remplacement du poste en secteur.
- Médecin :
 - Pas de difficultés particulières.
- Secrétaire :
 - Pas de secrétaire entre Janvier et Décembre 2017. Le budget était pourtant disponible depuis début 2017. **Recrutement récent d'une secrétaire à partir de Mars 2018.**
- **A noter que le maintien différents postes en CDD ne permet pas une stabilisation de l'activité sur l'équipe mobile. L'attractivité du poste n'est pas totalement effective.**

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire souhaitée.

Fait à Garches, le **03 Avril 2018**.

Thibault Guilmois
Ergothérapeute



Pour l'Equipe Mobile de Réadaptation et Réinsertion Neurologique
06.29.27.29.82
equipemobile.pifo@rpc.aphp.fr

3.11 EM Sud Parisien

EQUIPE MOBILE SUD PARISIEN

Ressources humaines

L'équipe mobile est constituée **de 2.2 ETP répartis comme suit :**

- **0.3 ETP de coordination** exercé par Anaëlle PERON (CSSR LADAPT) ;
- **1 ETP ergothérapeute** divisé en 0.7 ETP par Anaëlle PERON (CSSR LADAPT) et 0.3 ETP par Marie AMATA (Hôpital Sainte Marie Paris) ;
- **0.5 ETP d'assistante sociale** divisé en 0.4 ETP exercé par Kelly ROSTAL (CSSR LADAPT) et 0.1 ETP exercé par Cynthia HUILLERY (Hôpital Sainte Marie Paris) ;
- **0.2 ETP de médecin MPR** exercé par le Dr Sara GHADIMI NASSIRI (CSSR LADAPT) ;
- **0.2 ETP de secrétariat médical** exercé par Séverine FICHOU (CSSR LADAPT)

Evolutions de l'équipe au cours de l'année :

- **Nouvelle répartition des missions de la secrétaire médicale** à partir de mars 2017
- **Départ de la coordinatrice** en juillet 2017 avec un **recrutement** en octobre 2017,
- **Départ de l'ergothérapeute** de l'Hôpital Sainte Marie Paris fin septembre 2017 avec un **recrutement** à compter d'octobre 2017,
- **Départ en congé maternité** du médecin MPR depuis Novembre 2017 avec un **remplacement** assuré par le Dr Philippe SERRANO depuis cette date.

Zones d'interventions

L'équipe mobile sud parisien intervient sur 19 communes : **2 arrondissements parisiens** (14^{ème} et 15^{ème}) et **19 communes sur le 92** (Antony / Bagneux / Boulogne / Bourg la Reine / Châtenay-Malabry / Châtillon / Chaville / Clamart / Fontenay-aux-Roses / Issy Les Moulineaux / Le Plessis Robinson / Malakoff / Montrouge / Sceaux / Sèvres / Vanves)

Activité + partenaires du territoire

Nombre	de nouvelles demandes	100
	dont réorientation	22
	de dossiers suivis en équipe mobile	88
	dont refus ou décès de l'utilisateur avant l'intervention de l'équipe mobile par l'utilisateur	4
	de dossiers découlant de l'année précédente	24
	de visites à domicile réalisées par l'équipe, tous professionnels confondus	213
	de dossiers traités durant l'année	124

Sur l'année 2017, sur les 100 nouveaux dossiers :

- **44 demandes ont émané de professionnels de santé exerçant dans les hôpitaux** (CSSR LADAPT Hauts-de-Seine / Cochin / Hôpital Sainte Marie Paris / Hôpital Paris Saint Joseph / Vaugirard / Hôpitaux de-Saint-Maurice / Clinalliance / Garches / Kremlin-Bicêtre / Rothschild / Pitié-Salpêtrière / Bretonneau)
- **56 demandes proviennent de professionnels de santé exerçant en ville.** Les professionnels qui nous ont identifiés sont : 5 médecins généralistes / 6 professionnels de santé libéraux / 5 SSIAD-SSAD-ESA / 5 CLIC-mandataires-UDAF-MDPH-APA / 9 autres (MAIA - réseau de santé - Réseau SLA - AFM téléthon - ESAT hors les murs - EHPAD - MAT).

Participation(s) colloque(s) :

Durant l'année 2017, l'équipe mobile a communiqué lors d'un séminaire sur « *les journées AVC : prise en charge des victimes d'AVC à domicile et en institution.* » Les professionnels de l'équipe ont également assisté à des échanges pluridisciplinaires via « *les tables rondes de concertation tactique des MAIA* », une journée de l'ARFTC IDF autour du thème « *parcours de soins, parcours de vie : dispositifs existants, besoins, problématiques et perspectives* » ou encore une journée d'échanges organisée par la chaire management des établissements de santé sur "*Coordonner : un nouveau métier en questions.*"

3.12 EM Bobigny



CENTRE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION DE BOBIGNY

Organisation

L'équipe mobile est constituée de

- 0,75 ETP de coordination et d'ergothérapeute exercé par Isabelle LE MAUX
- 0,2 ETP de médecin MPR exercé par le Docteur Frédéric BOUGON
- 0,4 ETP de secrétariat exercé par Sandrine MEUNIER
- 0,5 ETP d'assistante sociale exercé par Catherine SAINTE ROSE

Evolution de l'équipe au cours de l'année

- Départ de la coordinatrice de l'équipe en janvier 2017 et remplacement en mai 2017
- Départ de l'assistante sociale en janvier 2017 et recrutement en mars 2017

Zone d'intervention

L'équipe mobile intervient sur 33 communes du département de la Seine Saint Denis. Mais en 2017, 13 personnes demeurant hors secteur ont été suivies car elles étaient connues avant la mise en place d'une nouvelle équipe sur le secteur Nord-Ouest du département.

Partenaires du territoire

Sur l'année 2017, l'équipe a rencontré différents partenaires du département et de la région afin de communiquer sur ses missions et ses possibles interventions : SAVS / SAMSAH / MDPH / Réseau Océane / Réseau SINDEFI SEP / CRFTC / MAIA.

Une présentation a également été faite lors d'une réunion sur les filières des accidents vasculaires cérébraux en Seine Saint Denis à l'ARS-DT 93.

L'équipe a participé à 2 journées organisées par le CRFTC IDF sur les thèmes « Parcours de soins, parcours de vie : dispositifs existants, besoins, problématiques et perspectives » et « Du patient au citoyen blessé, quelle liberté pour la personne cérébro-lésée ? L'accompagnement de l'hôpital au domicile ». Les missions des équipes mobiles ont pu être présentées à cette occasion aux différents participants.

Activité

67% des demandes proviennent des hôpitaux et des SSR de la région Ile de France (Rothschild, la Pitié Salpêtrière, Kremlin Bicêtre, Garches, CMPR de Bobigny, Jean Verdier, Saint Antoine)

33 % des demandes proviennent de professionnels de santé ou d'équipes sociales et médico-sociales (Médecins généralistes, SSIAD, SAMSAH, MDPH, MAIA, Réseaux de santé, AFM, EHPAD, Mandataires à la Protection des Majeurs, HAD / HAD-R)

Le nombre de personnes auprès desquelles l'équipe est intervenue est largement supérieur aux indications du cahier des charges de l'ARS. Les capacités de réponse de l'équipe dans sa composition actuelle ne permettent plus de répondre dans un délai satisfaisant. Ce nombre met en évidence un besoin important d'orientation et de suivi des personnes en situation de handicap moteur dans le département de la Seine Saint Denis, personnes qui sont dans des situations médico-sociales complexes face auxquelles les partenaires du territoire (médecins généralistes) sont souvent démunis.

3.13 EM Chenevier



1/ En termes d'atypies : Notre rattachement administratif et matériel à l'hôpital nous confronte à des situations émanant principalement des services hospitaliers, soit 68% en 2017. Les appels de partenaires de ville commencent à émerger.

2/ Pour porter la promotion des équipes :

La communication entre partenaires se font souvent au niveau local pour chaque département. Pour des entités comme la MDPH ou la CRAMIF ; il est dommage de communiquer chaque équipe séparément.

Les personnes qui déclenchent les demandes d'intervention, sont très diverses : l'assistante sociale, l'ergothérapeute, soit le médecin, l'interne, le staff, certaines fois le tuteur ou l'infirmière libérale sans qu'il y ait de systématisme. Cela demande une vraie adaptabilité à chaque interlocuteur selon son statut et son origine.

3/ Une problématique est récurrente : c'est le chevauchement des missions , Au niveau des assistantes sociales cette fonction est déjà présente dans les HAD ou SSR et les assistantes sociales de ces structures peuvent considérer que cette mission du retour à domicile leur incombent et ne saisissent pas l'équipe mobile ; Le travail de l'Assistante sociale du SSR est déjà en lien avec celui de l'Assistante sociale de l'hôpital, l'Assistante sociale de l'Equipe Mobile peut paraître se superposer. Il faut bien expliquer que notre travail est le maintien à domicile ce qui peut aussi s'apparenter au travail d'une assistante sociale de secteur qui se déplacerait.

3.14 EM Saint Maurice



1/ ORGANISATION

L'équipe mobile des Hôpitaux de St Maurice comprend deux antennes que l'on distingue par leurs activités mais qui sont toutes deux localisées au sein des Hôpitaux de St Maurice. La saisie de leur activité sur le logiciel de l'ARS n'est pas différenciée.

L'activité comprend donc deux aspects :

- Equipe mobile SSR : interventions sur le lieu de vie des personnes
- Equipe mobile CECOIA : très spécifique, elle cible les personnes qui résident dans des établissements médico-sociaux et présentant des affections entrant dans notre champ de compétence

Les professionnels qui interviennent sur ces deux lieux de vie forment des équipes pluriprofessionnelles distinctes partageant un secrétariat, des locaux et un parc automobile. De plus, il peut arriver, que les professionnels de l'une ou l'autre équipe interviennent selon les besoins de la personne pour apporter un regard complémentaire. La plateforme de coordination et d'orientation à laquelle participent un médecin, un cadre, une secrétaire et une ergothérapeute, permet alors d'orienter les demandes selon les besoins.

Le budget EM est réparti entre les deux équipes. Les réunions de coordination pour le suivi des interventions sont propres à chaque équipe. Les réunions de fonctionnement et administratives sont communes.

La représentation lors des réunions partenariales est unique.

Concernant le territoire d'intervention, celui-ci est propre à chaque activité :

- EM SSR : une concertation avec les EM du territoire a permis de définir une cartographie d'interventions selon les communes. Néanmoins la notion de « file active » prévaut à ce principe pour les patients déjà suivi par les établissements.
- EM CECOIA : l'activité est ancienne, très spécifique et fondée sur des conventions avec des établissements médico-sociaux localisés en région Ile de France (bassin est – sud-est). Il s'agit majoritairement de MAS et de FAM.

2/ INSERTION DANS LE TERRITOIRE

Les équipes mobiles sont identifiées au sein des Hôpitaux de Saint Maurice comme des « équipes ressources » et sont régulièrement sollicitées par divers pôles de l'établissement (pôles de SSR et de psychiatrie, HAD-R...) via la plateforme de coordination et d'orientation.

Des liens formalisés perdurent avec le réseau Sindefi-SEP depuis plusieurs années et s'amorcent avec le centre ressource SEP de l'hôpital H. Mondor.

Des liens fonctionnels se multiplient. Notamment avec les praticiens libéraux (tout particulièrement avec les neurologues et les généralistes), certains SSIAD et SAVS par le biais d'interventions conjointes, le CRFTC, les réseaux de santé Onco-94, Partage 94, SLA, les CLIC et les MDPH de la zone d'intervention, la CRAMIF.

Dans le cadre de l'élaboration du projet médico-soignant de l'établissement, des groupes de travail réfléchissent aux articulations pouvant être mises en œuvre avec les plateformes territoriales d'appui et les projets territoriaux d'autonomie développés sur nos territoires d'intervention.

ACTIVITÉ CODÉE – INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Grâce au travail d'harmonisation et l'officialisation du guide de remplissage de la base de données ARS fin juin 2017, les modalités d'enregistrement de l'activité ont évolué.

Auparavant, une évaluation était saisie pour chaque intervention de professionnel intervenant auprès de la personne. Désormais, une évaluation par personne est saisie quel que soit le nombre de professionnels intervenant pour toute la durée du projet défini. Cet état de fait a engendré une baisse fictive des chiffres d'activité entre 2016 et 2017 bien que l'activité réelle effectuée par les équipes soit en augmentation.

Par ailleurs, nous notons une augmentation des interventions pour la formation des aidants : 10 interventions et 60 personnes formées (contre 4 interventions en 2016 et 29 professionnels formés).

Cette activité nous semble mal valorisée dans la base de données puisque le recensement y est individuel (la formation/action s'appuie sur un patient) alors qu'elle pourra bénéficier dans un second temps à d'autres personnes en situation de handicap.

POINTS DE VIGILANCE

Face à une progression des demandes et à une équipe contrainte, nous constatons une augmentation des délais de réponses, pouvant aller jusqu'à 4 ou 6 semaines pour une première intervention. Ceci s'explique très probablement par une meilleure connaissance de notre activité sur le territoire mais pose la question du dimensionnement de l'équipe.

En fin de prise en charge, la mise en place sur le territoire de relais médicaux, paramédicaux, sociaux pose de réelles difficultés auxquelles se surajoute la spécificité de trouver des professionnels qui acceptent d'intervenir sur le lieu de vie des personnes. Cela peut mettre à mal les préconisations de l'équipe et mettre en difficulté la personne en situation de handicap et son entourage. Le risque est alors d'être à nouveau sollicité à défaut de relais.

Signalons enfin que le turn-over des équipes dans les établissements, notamment médico-sociaux, requière une vigilance de la part des équipes mobiles pour entretenir des liens et maintenir l'activité.

3.15 EM Vexin



STRATEGIE

Organisation interne :

- Réunions hebdomadaires : échanges sur l’actualité sanitaire et sociale, analyses de pratiques, organisation...
- Partage des zones d’intervention avec la nouvelle équipe mobile EMHIF

Effectifs :

- 1 médecin responsable MPR (0.20 ETP)
- 1 assistante de service social Coordinatrice (0.60 ETP)
- 1 ergothérapeute (0.30 ETP)

- Insertion dans le territoire :

OBJECTIFS	ACTIONS REALISEES
Organisation et fonctionnement de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Elargissement des missions de l'équipe aux pathologies locomotrices • Création de la plaquette • Diffusion des nouvelles missions •
Participer à des journées d'informations et d'échange sur la CHT	<ul style="list-style-type: none"> • Participation au forum « SSR val d'Oise » avec présentation de l'EMAVC aux SSR de la CHT • Présentation de l'EMOVY à une rencontre professionnelle Val d'Oise organisée par MAIA 95 • Présentation EMOVY aux cadres du CHR D • Rencontre ergothérapeutes consultation post AVC du CHR D
Développer le partenariat sur le territoire	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre de services d'aide à la

	<p>personne, réseau MAIA, SSR, revendeurs paramédicaux, associations de patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envoi plaquettes EMOVY sur le territoire concerné (médecins, établissements médico-sociaux, professionnels soignants et paramédicaux, services sociaux) • Soirée filière AVC territoire Yvelines à Mantes • Réunions régulières MAIA val d'Oise • Développement du partenariat avec AFM 95 et réseau Odyssée • Rencontre et travail commun avec l'EMHIF Menucourt • Création de projet d'intervention avec le point conseil 3^{ème} âge Val d'Oise
Participer à des journées d'échanges équipes mobiles	<ul style="list-style-type: none"> • Réunions ARS • Réunions EMSSR ile de France

○ Origine des demandes d'interventions

- 47.1% des demandes sont faites par les médecins (médecins traitants, spécialistes, et MPR)
- 8.6% des demandes sont faites par les établissements médico-sociaux (MAS, USLD, EHPAD...)
- 8.6 % par des professionnels paramédicaux, 32.8% par des réseaux de santé/ équipes mobiles et enfin 2.8 % par des services sociaux.

INTERPRETATION des données quantitatives qui diffèrent de celles des autres EM

Le nombre d'interventions a augmenté de façon significative sur 2017, + 30%, entraînant un rythme de travail très intense. Le temps d'intervention des professionnels n'augmentant pas à l'avenir, le nombre de visites à domicile ne pourra pas dépasser celui de l'année 2017.

DIFFICULTES PONCTUELLES :

Pas d'augmentation du temps d'intervention de l'équipe prévue par la direction. Soit un fonctionnement sur 0.3 ETP en moyenne par semaine.

Vanessa PAGNIER
Coordinatrice EMOVY

3.16 EM Hauts Ile-de-France



STRATEGIE

- Organisation interne :

- 9 réunions sur l'année entre les 3 sites de l'EMHIF : échanges sur l'actualité sanitaire et sociale, analyses de pratiques, cas cliniques, organisation de l'EMHIF...
- Partage des zones d'intervention entre les 3 sites pour ne pas excéder 30 mn de trajet Aller.
- Partage des données entre les 3 sites grâce à un logiciel SAAS agréé par le ministère de la santé, hébergement sécurisé CLARANET pour le stockage de données de santé (Blue Kango)
- Documents types communs aux 3 sites.

- Insertion dans le territoire :

- Echanges /rencontres avec les partenaires du territoire

Nom de la structure	Structure Sanitaire	Structure Médico-sociale	Territoire d'intervention
Equipe mobile COS BOBIGNY => partage territoire 93			93
Equipes mobiles du « 92 »=> partage territoire 92			92
Equipe Mobile du VEXIN => partage du territoire 95			95
RESEAU SEP		X	92 -95
RESEAU 92 NORD		X	92
MAIA 93		X	93
MDPH 93		X	93
CCAS AUBERVILLIERS		X	93
CLIC SILLAGE		X	93
France Parkinson		X	95
MAIA 95 OUEST		X	95
MAIA 95 SUD		X	95

MDPH 95		X	95
SAMSAH CERGY		X	95
CCAS GONESSE		X	95
POINT CONSEIL 3 ^{ème} AGE 95		X	95
PLATEFORME DE REPIT		X	95
DIRECTION DES PERSONNES AGEES DU C.D. 95		X	95
SSIAD MADOPA-H		X	95
CH René Dubos PONTOISE (4 services différents)	X		95
CH GONESSE	X		95-93
FEHAP, commission SSR	X		National

o Participation à des colloques/groupes de travail/ formations

- 3 tables tactiques de la MAIA 95 Ouest
- 1 table tactique de la MAIA 93.
- 1 colloque de la MAIA 95.
- 1 colloque Journée nationale des aidants.
- Réunions avec la MDPH 95 pour fluidifier le parcours des usagers, échanges téléphoniques réguliers avec les ergothérapeutes du Service Evaluation.

o Origine des demandes d'interventions

STRUCTURES SANITAIRES	DPT	NBRE TOTAL DE DEMANDES	NBRE DE DEMANDES INCLUSES
Médecin généraliste libéral	95-93	12	11
GH de la Pitié-Salpêtrière	75	11	10
CH de Pontoise, dont 3 / consultation post AVC qui ont été incluses	95	8	7
HAD - Fondation Santé Service	95	10	7
CRRF La Châtaigneraie	95	6	6
GH Rothschild	75	3	3
Fondation Rothschild	75	3	3
GHEM Simone Veil – Eaubonne	95	3	3
EM RR COS Bobigny	93	2	2
CMP-EPS Ville Evrard	93	2	2
Hôpital Saint Louis	75	1	1
Hôpital Raymond Poincaré – Garches	92	1	1
EM RR Lariboisière	75	2	1
EM RR Garches	92	1	1
Hôpital Maritime de Berck	62	1	0
Hôpital St Joseph	75	1	0
TOTAL		67	58
STRUCTURES MEDICO-SOCIALES			
APA Saint Leu La Forêt	95	27	21
APA Argenteuil	95	12	9
MDPH	95	6	6
AFM Téléthon	95-93	5	5

Réseau tri-thématique Joséphine	95	3	2
APA Cergy	95	3	2
SSIAD MADOPA-H	95	2	2
SSIAD GROUPE SOS	93	2	2
Réseau SLA	75	1	1
MAIA 95	95	1	1
Plateforme des aidants CHRDPontoise	95	1	1
Commission Municipale du Handicap d'Aubervilliers	93	1	1
SSIAD CHAPTAL	93	1	1
SAMSAH COS BOBIGNY	93	1	1
MDPH	93	1	1
UÉROS du CMPR de Coubert	77	1	1
CLIC Sillage	93	2	0
TOTAL		70	57

INTERPRETATION des données quantitatives qui diffèrent de celles des autres EM
RAS

DIFFICULTES PONCTUELLES :

Pas d'assistant de service social pour les sites de Bouffémont et Menucourt en 2017. Pourvu au 15/01/2018.

Audrey MOUSSET
Coordinatrice de l'EMHIF

4 Annexe 1

4.1 Cahier Des Charges

EQUIPE MOBILE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Travail réalisé dans le cadre de la mise en œuvre du volet SSR du SROS d'Ile de France

« Les équipes mobiles externes mutualisées en appui sur le SSR, ou le dispositif HAD SSR, sont une réponse pour accompagner les personnes dans l'adaptation de leur environnement à domicile et dans la coordination ponctuelle de leur prise en charge ambulatoire tout au long de leur parcours. Elles ont vocation à améliorer la qualité de prise en charge du patient en exportant les compétences du SSR auprès des équipes et des patients dans des services qui n'en disposent pas. Leur champ d'action doit être ouvert à l'extérieur et prioritairement vers les établissements de proximité. Ce dispositif vient compléter le dispositif existant des visites à domicile organisées depuis le SSR, en particulier en médecine physique et de réadaptation. »¹

1. OBJET ET MISSIONS DE L'EQUIPE MOBILE SSR

1.1. Définition de l'équipe mobile SSR

L'équipe mobile (EM) est une unité pluridisciplinaire qui a pour objet, sur un territoire défini, de faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie² d'une personne en situation de handicap temporaire ou prolongée.

Elle intervient principalement dans des situations où les difficultés rencontrées peuvent compromettre le retour ou le maintien à domicile, et provoquer un risque de prolongation de séjour hospitalier ou de retour en institution.³Elles peuvent également apporter leur concours dans les situations nécessitant un transfert de la personne en institution.

L'action de l'EM doit comprendre notamment des interventions :

¹ SROS Ile de France – Volet Hospitalier – Chapitre 15 – Soins de suite et de réadaptation – p.381

² Le lieu de vie comprend le domicile mais aussi les institutions d'hébergement habituel de la personne (structures sociales ou médico-sociales en particulier)

³ Les EM SSR peuvent s'inspirer notamment des expériences des Early Supported Discharge services (ESD) pour une partie de leurs interventions

- au sein des services hospitaliers MCO ou SSR, notamment dans le cadre de consultations avancées, pour apporter les compétences du SSR dans l'objectif d'améliorer la qualité, la rapidité et la pérennité du retour à domicile des patients,
- sur les lieux de vie de la personne,
- dans des établissements d'hébergement médico-sociaux ou sociaux, dans le but de diminuer les incidences d'hospitalisation, transmettre les bonnes pratiques auprès des équipes d'accompagnement voire faire du dépistage et de l'orientation.

Son intervention est ponctuelle et s'inscrit dans un projet de vie et de prise en charge personnalisé centré sur la qualité de vie attendue par la personne ou son entourage.

La mission de l'EM s'inscrit dans une logique d'interface, de transversalité et de subsidiarité par rapport aux acteurs existants aux niveaux territorial et régional.

1.2. MISSIONS DE L'EQUIPE MOBILE SSR

Les prises en charge de l'EM sont ponctuelles, avec une à plusieurs interventions organisées sur une durée et une fréquence adaptées aux besoins du patient. Elles sont ciblées sur une demande et une problématique particulières, et n'ont pas vocation, sauf cas spécifiques et autorisés, à avoir un caractère régulier et durable.

Le retour dans le lieu de vie et l'accompagnement dans des phases de transition constituent le socle principal des missions de l'EM, en tant qu'interface entre les services hospitaliers et les acteurs de ville libéraux ou institutionnels. Par son expertise médicale et de réadaptation⁴, elle accueille, oriente et apporte un premier accompagnement le cas échéant, en réponse à des problématiques de maintien dans le lieu de vie. Elle remplit ainsi un rôle d'animateur de filière⁵ et de coordination « hors les murs ».

Pour les personnes vivant (ou transférées) en structures médico-sociales, la mission principale de l'EM est, par l'exportation des compétences du SSR, de créer du lien entre le sanitaire et le médico-social pour collaborer à la réalisation du projet de vie.

Le patient ou ses aidants conservent une liberté de choix dans la mise en œuvre des conseils prodigués.

⁴ L'OMS définit la réadaptation comme « l'application combinée et coordonnée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société et/ou à lui conserver cette place »

⁵ Le rapport Féry- Lemonnier présente l'EM comme « l'huile dans les rouages de la filière »

1.2.1.S'organiser pour sa mission

- **Répondre aux demandes** des professionnels et réseaux professionnels, ainsi que des usagers et des aidants qui s'adressent à elle.
- **Apporter une suite à toute sollicitation**, ce qui peut nécessiter l'orientation du demandeur, en cas de besoin, vers un acteur plus adapté pour lui répondre.
- **Se faire connaître** sur son territoire. Un appui institutionnel (ARS, Conseil Général,...) aidera à cette visibilité.
- **Assurer une veille** documentaire, technique et administrative sur les problématiques et acteurs liés au retour ou au maintien dans le lieu de vie.

1.2.2.Intervenir pour favoriser et sécuriser un retour ou un maintien dans le lieu de vie

- **Evaluer, en collaboration avec le patient et son entourage, les besoins** d'adaptation de la personne dans son environnement pour l'orienter et/ou l'accompagner en vue d'un retour ou d'un maintien dans le lieu de vie.
- **Apporter une aide** à l'élaboration du projet de vie et de soins de la personne.
- **Conseiller et accompagner** la personne, les aidants et les professionnels, dans l'identification et le choix des prestations les plus adaptées pour favoriser le retour ou le maintien dans le lieu de vie⁶ par :
 - o la recherche de solutions de compensation et d'adaptation, des visites sur le lieu de vie et des mises en situation écologiques,
 - o des informations dans les différents domaines de la vie courante (aides techniques, logement, transports, aide humaine...),
 - o une orientation vers les différents acteurs adaptés.
- **Aider dans les démarches administratives** nécessaires pour obtenir les prestations liées à la situation de handicap de la personne.
- **Vérifier que les conditions nécessaires au retour ou maintien dans le lieu de vie** sont réunies (informations, adaptations, prestations et soins) et apporter le cas échéant une aide à leur mise en œuvre.

⁶ D'après une évaluation de l'Equipe Mobile Adultes (pour personnes lésées cérébrales) de la Fondation Santé des Etudiants de France, à Grenoble, les principales interventions concernent l'évaluation de la vie quotidienne et de l'accessibilité du domicile, les conseils en aides-techniques, et la coordination des acteurs.

- **S'assurer de la transmission de son expertise** aux différents acteurs du lieu de vie de la personne (médecin référent, professionnels paramédicaux, structures d'accompagnement et de vie sociale,...) et aider le cas échéant à leur coordination. Cela peut également concerner le renfort des connaissances des acteurs, ainsi qu'un appui à la réalisation du projet de vie.
- **Apporter son concours en cas de transfert en établissement**, quand la situation de la personne l'exige et qu'elle ne peut pas être maintenue, ponctuellement ou durablement, dans son lieu de vie, afin de préserver les acquis de l'accompagnement assuré jusqu'alors et préparer, le cas échéant, le retour ultérieur sur le lieu de vie.
- **Conseiller, informer et former les acteurs** intervenant auprès de la personne.
- **Evaluer son action.**

1.3. POSITIONNEMENT DE L'EQUIPE MOBILE SSR

1.3.1. Une structure sanitaire

L'EM est une structure transversale, rattachée au champ sanitaire. Elle intervient :

- En aval ainsi que dès la phase d'hospitalisation ou au décours de celle-ci, notamment pour faciliter l'organisation des sorties, grâce à sa connaissance des réseaux, sa maîtrise des organisations et acteurs locaux, des dispositifs dédiés, des procédures applicables...
- En prévention d'une évolution ou d'une situation défavorable, susceptible d'entraîner à terme une hospitalisation ou une ré-hospitalisation, pour les personnes, à domicile ou dans leur lieu de vie, en perte d'autonomie.
- En aide aux structures médico-sociales intervenant dans le champ du handicap chronique.

1.3.2. Collaboration étroite avec le médecin référent de la personne

La collaboration avec le médecin référent de la personne est essentielle. L'EM, en raison même de sa vocation et de ses missions, a le devoir d'informer celui-ci et de se concerter avec lui, que celui-ci soit le prescripteur ou non de la prise en charge par l'EM.

1.3.3. Spécificité de l'équipe mobile SSR par rapport à certaines structures proches

La mission de l'EM s'inscrit dans une logique d'interface et de subsidiarité par rapport aux acteurs existants aux niveaux territorial et régional.

Elle intervient ainsi auprès de personnes :

- *qui ne bénéficient pas, ou pas encore, de prise en charge par des structures ou réseaux aptes à intervenir dans l'accompagnement de leur retour ou de leur maintien dans le lieu de vie,*
- *ou dont la situation peut justifier le recours à son expertise sur les problématiques de retour ou maintien dans le lieu de vie.*

1.3.3.1. Par rapport à l'hospitalisation à domicile (HAD)

- L'EM n'a pas vocation à dispenser des soins.
- L'EM intervient ponctuellement.
- L'EM s'adresse à des personnes qui ne sont pas prises en charge en HAD et qui requièrent un accompagnement dans le retour ou le maintien dans le lieu de vie.
- L'EM peut intervenir en appui à la demande d'une structure d'HAD, pour apporter ponctuellement son expertise.

1.3.3.2. Par rapport aux structures médico-sociales, de soins et d'accompagnement à domicile⁷

L'EM s'adresse à des personnes qui ne bénéficient pas (ou pas encore) d'une prise en charge en structure médico-sociale, de soins et d'aide à domicile. Elle peut ainsi intervenir dans la phase de transition entre d'une part, la sortie de service hospitalier, d'autre part, l'accord et le démarrage d'une prise en charge sur le lieu de vie.

1.3.3.3. Par rapport aux services de SSR (hospitalisation complète/alternatives à l'hospitalisation)

L'EM est adossée à un (ou des) service(s) de SSR, mais elle doit toutefois rester bien distincte des services de SSR pour préserver le caractère propre de sa mission. Par rapport aux structures de SSR :

- L'EM est mobile par essence et intervient dans le lieu de vie.

⁷ SAMSAH, SAVS, SSIAD en particulier

- L'EM n'intervient que dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle nécessitant l'expertise d'une équipe de réadaptation.
- L'EM n'a pas vocation à dispenser des soins.
- L'intervention de l'EM contribue à fluidifier les parcours de soins et faciliter les sorties de services hospitaliers et/ou éviter des ré-hospitalisations.
- L'EM peut contribuer à une continuité dans le transfert et la préservation des acquis de la prise en charge hospitalière lors du retour dans le lieu de vie et créer du lien entre l'hôpital et la ville.
- L'EM peut aussi intervenir dans des problématiques de maintien dans le lieu de vie pour des patients hors filières hospitalières.

2. LES INTERVENTIONS DE L'EQUIPE MOBILE SSR

2.1. POPULATION CIBLE DE L'EQUIPE MOBILE SSR

2.1.1. Personnes en situation de handicap, dont l'état physique et/ou cognitif entraîne des difficultés fonctionnelles et requiert l'intervention de l'EM pour un retour ou un maintien dans le lieu de vie.

Elle s'adresse notamment aux situations de personnes en perte d'autonomie, à domicile ou en établissement hébergeant, ou dans le cadre d'une modification de leur contexte de vie nécessitant une intervention (maladie neurodégénératives, personnes handicapées vieillissantes, personnes handicapées dépendantes...).

2.1.2. Aidants non professionnels confrontés à des problématiques de retour ou maintien dans le lieu de vie d'une personne en situation de handicap.

2.1.3. Professionnels confrontés à des problématiques de retour ou maintien dans le lieu de vie d'une personne en situation de handicap, ou à des difficultés de prise en charge quotidienne.

NB : l'intervention de l'EM n'a pas vocation à se substituer à celle de structures existantes avec des compétences spécialisées plus adaptées à certains profils de patients (exemple : MAIA, pour les personnes avec une maladie d'Alzheimer).

2.2. ORIGINE DE LA DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE SSR

2.2.1. La demande doit provenir de professionnels ou d'institutionnels de santé, médico-sociaux ou sociaux intervenant auprès de la personne. Cela concerne par exemple :

- Les services hospitaliers de court séjour ou de SSR,
- Les structures d'hébergement et d'accompagnement social ou médico-social,
- Les structures alternatives ou ambulatoires sanitaires, sociales ou médico-sociales,
- Le médecin traitant, les auxiliaires médicaux, les travailleurs sociaux et autres professionnels de ville.
- Les réseaux de santé du territoire.

L'accord de la personne est une condition préalable à la présentation d'une demande.

2.2.2. Les particuliers⁸ ne peuvent pas présenter directement de demande d'intervention.

Toutefois, l'EM apportera une réponse en termes d'orientation à toute sollicitation émanant d'un particulier.

2.3. MODALITES D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE SSR

L'une des clefs de la réussite d'une EM est sa réactivité par rapport aux sollicitations qui lui sont adressées.

2.3.1. Analyse de la demande d'intervention

- L'analyse de la demande doit s'appuyer sur des critères formalisés par l'EM qui doivent notamment prendre en compte les enjeux suivants :
 - o Enjeu avéré du retour ou du maintien dans le lieu de vie, ce qui inclue les enjeux de projet et de qualité de vie de la personne.
 - o Compatibilité/incompatibilité de la demande avec les moyens de l'EM (compétences présentes, disponibilité, zone géographique d'intervention,...).
 - o Existence/absence d'intervenant spécialisé plus approprié.
- Une réponse doit être apportée à chaque demande :
 - o Les demandes non prises en compte doivent donner lieu à un conseil en termes de réorientation.
 - o Un contact ou une réponse doit faire suite aux demandes dans les délais les plus brefs possibles (3 jours ouvrés maximum). Ces délais peuvent être plus courts pour les demandes marquées par un caractère urgent ou émanant d'unités de court séjour hospitalier.

2.3.2. Intervention

- Le travail de l'EM pour une prise en charge comprend :
 - o des interventions sur le(s) lieu(x) de vie pour évaluer/conseiller/mettre en situation (ainsi qu'au lit du patient en service hospitalier, le cas échéant)
 - o des temps de concertation (staffs pluridisciplinaires, contacts avec intervenants extérieurs,...)
 - o des temps d'instruction du dossier (rédaction, documentation,...)⁹

⁸ Personne en situation de handicap, aidant ou entourage.

⁹ D'après une évaluation de l'Equipe Mobile Adultes (pour personnes lésées cérébrales) de la Fondation Santé des Etudiants de France, à Grenoble, l'instruction (réunions, concertation, instruction du dossier) représente en moyenne plus de la moitié du temps consacré à une prise en charge.

- Une prise en charge doit rester ponctuelle :
 - o Les interventions de l'EM n'ont pas vocation à se pérenniser. Les expériences connues permettent d'estimer le nombre moyen d'interventions à l'extérieur (lieu de vie ou autre mise en situation écologique) jusqu'à 10 passages.

2.3.3.Dossier

- Tenue d'un dossier par prise en charge :
 - o dossier unique, pluri-professionnel et partagé au sein de l'EM
 - o dossier le plus complet possible pour assurer une traçabilité de la prise en charge
 - o dossier conservé dans des conditions de confidentialité adaptées
- Comptes rendus systématiques pour chaque prise en charge réalisée :
 - o Un compte rendu des préconisations en aides techniques et/ou humaines et/ou de l'aménagement du domicile, pour l'utilisateur
 - o Un compte rendu médical pour le médecin référent, avec information à l'utilisateur
 - o En cas de besoin, un compte rendu adapté pour les auxiliaires médicaux et autres intervenants sur le lieu de vie, avec copie au médecin référent.

2.3.4.Evaluation¹⁰

- Une évaluation du dossier est effectuée pour chaque prise en charge à partir de critères formalisés. Ces critères doivent notamment porter sur la pertinence de la prise en charge réalisée.
- L'EM établit, au moins annuellement, un rapport d'activité comprenant notamment un bilan de la période écoulée et une présentation des évaluations réalisées.
- Un document commun d'évaluation à l'ensemble des équipes mobiles sera envisagé.

2.4. ZONE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE SSR

2.4.1.Territoire

- Le champ géographique d'intervention de l'EM s'inscrit dans une logique de **proximité**.¹¹
- L'EM doit être **positionnée au sein de son territoire géographique** de compétence.
- Toutefois la zone géographique d'intervention peut être élargie, par exception, en cas de compétences très spécialisées d'une équipe.

¹⁰ Voir par exemple le Système Combiné d'Analyse des Prestations auprès des Personnes Handicapées

¹¹ Un maillage territorial doit être défini par l'ARS

2.4.2.Lieux d'intervention

- Le domicile et/ou les lieux d'hébergement et de vie de la personne
- Service hospitalier/médico-social ou d'hébergement social de la personne (dans une perspective de retour sur le lieu de vie)
- Autres situations écologiques

3. ORGANISATION DE L'EQUIPE MOBILE SSR

3.1. ORGANISATION DANS L'OFFRE DE SOINS ET MEDICO-SOCIALE

3.1.1.Positionnement institutionnel de l'équipe mobile SSR

- Il est préférable que l'EM soit **adossée à un (ou des) service(s) de SSR**. Les projets à privilégier sont ceux qui émanent d'une coordination organisée (ou en projet) entre plusieurs ou tous les services de SSR¹² du territoire concerné.

Le rattachement au SSR peut notamment :

- o permettre une mutualisation de moyens,
 - o faciliter les conditions d'organisation et de fonctionnement,
 - o améliorer l'accès à certaines compétences ou équipements,
 - o rapprocher ses professionnels d'autres équipes.
- En cas de présence sur le territoire d'une EM SSR AVC, des synergies doivent être favorisées (coordination, fusion...) avec l'EM SSR. La globalisation des financements des EM doit être vue comme une opportunité, notamment en termes de moyens, de taille critique et de capacité à innover, pour le territoire et les EM elles-mêmes.
 - En cas de présence d'EM d'autres spécialités (personnes âgées en perte d'autonomie, psychiatrie,...) sur le même territoire que l'EM SSR, des collaborations et/ou mutualisation de moyens techniques, administratifs ou humains doivent être recherchées et mises en œuvre, dans le respect des missions respectives de chaque équipe.
 - L'EM doit organiser des **relations étroites avec les MDPH**.

3.1.2.Coordinations en amont et en aval

- En tant que structure de transition et de coordination, l'EM doit s'appuyer sur des partenariats organisés. En particulier,

¹² Structures privées, publiques, privées non lucratives

- Coordinations en amont avec les services d'hospitalisation du secteur d'intervention (MCO, SSR du territoire,...)
 - Coordinations en aval :
 - Médecine de ville,
 - Réseaux de santé spécialisés
 - Structures du territoire, intervenant à domicile (SAMSAH, SAVS, SSIAD ...)
 - Prestataires (aide humaine, équipements, transports,...)
 - Bailleurs sociaux
 - Structures spécifiques du champ du handicap et de la dépendance (UEROS, CRP, PACT, CICAT, CLIC,...)
 - Associations de personnes handicapées
 - Services sociaux
 - Opérateurs d'insertion sociale et professionnelle
 - Collectivités territoriales
 - Coordinations avec les structures d'hospitalisation à domicile du territoire,
 - Coordinations avec les structures médico-sociales et sociales d'hébergement et d'accueil de jour du territoire.
 - Coordination avec la MDPH
- Dans les modalités de coordination entre l'EM et la MDPH, il est nécessaire de s'accorder sur le caractère prioritaire des demandes présentées par l'EM auprès de la MDPH.
- Si l'EM est organisée dans le cadre d'un partenariat entre plusieurs opérateurs, ce partenariat doit être formalisé.

3.2. ORGANISATION INTERNE DE L'EQUIPE MOBILE SSR

3.2.1. Effectifs

- Une équipe¹³ est composée d'environ 3 ETP pour 40 à 80 dossiers par an, qu'il est recommandé d'organiser de la manière suivante :
- Rééducateur paramédical 1,0 ETP
 - Secrétaire 0,5 à 1,0 ETP
 - Travailleur social 0,5 à 1,0 ETP
 - Médecin +/- 0,5 ETP (spécialité à définir en lien avec la population cible)
- L'EM a la possibilité d'accéder à d'autres compétences ponctuellement utiles (exemple : psychologue formé à la neuropsychologie, ...).
- Si l'EM se voit confier une (ou des) spécialisation(s) particulière(s), des compétences supplémentaires ou spécifiques peuvent être mises en œuvre pour y répondre.
- Un coordonnateur doit être désigné au sein de l'équipe.

¹³ Il convient de noter que l'équipe pluridisciplinaire comprend en particulier des professionnels qualifiés peu représentés en ville.

- Le rééducateur paramédical doit disposer de compétences et/ou qualifications conformes aux missions de l'EM (bilans, évaluation, conseil en adaptation et matériels...).

3.2.2.Moyens logistiques

Les moyens logistiques de l'EM peuvent être mutualisés avec d'autres activités, dès lors que cette mutualisation n'entrave pas le bon accomplissement de ses missions.

3.2.2.1.Locaux

- Bureaux pour le travail sur dossier et la gestion documentaire.
- Accès à une ou plusieurs salle(s) de réunion pour les réunions pluridisciplinaires, des RDV avec des organismes ou entreprises extérieurs, des rencontres avec les patients, les aidants, les autres acteurs de la prise en charge.
- Il est souhaitable que l'EM organise l'accès:
 - o aux différents plateaux techniques d'évaluation fonctionnelle nécessaires,
 - o à un parc de fauteuils roulants,
 - o à un parc d'aides techniques,
 - o à une ou plusieurs salle(s) de réunion,
 - o à une salle de consultation
 - o si possible, à des locaux de simulation (salle de bain, cuisine, chambre).
- Les locaux de l'EM doivent être facilement accessibles sur le plan géographique (pas trop excentrés dans le territoire, stationnement possible, lieu facilement repérable...)

3.2.2.2.Equipements

- Equipement de bureautique,
- Véhicule(s) pour les déplacements et le transport des aides techniques sur le lieu de vie,
- Documentation.

3.2.3.Budget

Compte tenu des moyens requis présentés ci-dessus et du contexte général financièrement contraint, le budget qui sera alloué pour le fonctionnement d'une EM est de 150.000 euros annuels.

4.2 Plaquette



ÉQUIPES MOBILES RÉADAPTATION / RÉINSERTION ÎLE-DE-FRANCE



ÉQUIPES MOBILES RÉADAPTATION / RÉINSERTION ÎLE-DE-FRANCE



QUI EST CONCERNÉ ?

Les personnes en situation de handicap dont l'état physique et/ou cognitif entraîne des difficultés fonctionnelles dans la vie quotidienne.

POURQUOI FAIRE APPEL A UNE ÉQUIPE MOBILE ?

- Pour une évaluation globale de la situation au domicile ;
- Pour un accompagnement lors du retour sur le lieu de vie en sortie d'hospitalisation ;
- Pour un conseil, une orientation.

QUI PEUT LA CONTACTER ?

Tous les professionnels qui interviennent auprès de la personne en difficulté.

L'accord de la personne concernée est indispensable à toute intervention.

COMMENT INTERVIENT UNE ÉQUIPE MOBILE ?

Après étude de la demande en équipe, les professionnels concernés de l'équipe se déplacent auprès de la personne sur son lieu de vie (domicile ou institution). Ils évaluent ses besoins et ceux de ses aidants et font des préconisations pour favoriser la réalisation du projet de vie de la personne :

- Identification et choix des prestations les plus adaptées (aménagement, aides techniques, aides humaines, solutions de compensation...);
- Information et aide dans les démarches administratives liées au handicap ;
- Orientation vers les services et les structures adaptées.

Le médecin traitant est tenu informé de l'intervention et des conclusions.

Un nouveau dispositif pour mieux accompagner vos patients en situation de handicap

OBJECTIFS

- Favoriser le maintien sur le lieu de vie des personnes en situation de handicap.
- Coordonner les actions entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et le lieu de vie.
- Être une interface, un lien entre les services hospitaliers et tous les acteurs en ville.
- Orienter vers des filières spécialisées les personnes sans suivi.

MISSIONS

- Evaluer les besoins d'adaptation de la personne dans son environnement.
- Aider au projet de vie et aux démarches administratives.
- Transmettre l'expertise aux acteurs intervenant au domicile.

Les professionnels (médecins spécialistes de rééducation et de réadaptation et/ou de gériatrie, ergothérapeutes, assistants sociaux) évaluent, préconisent et orientent mais ne dispensent pas de soins.



**ÉQUIPES MOBILES
RÉADAPTATION / RÉINSERTION
ÎLE-DE-FRANCE**



**ÉQUIPES MOBILES
RÉADAPTATION / RÉINSERTION
ÎLE-DE-FRANCE**



**CONTACTEZ L'ÉQUIPE MOBILE
LA PLUS PROCHE DU LIEU
DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE**



 Zone couverte  Zone non couverte

COORDONNÉES DES ÉQUIPES MOBILES

N°	Etablissements	Téléphone	E-mail
1	Hôpital Lariboisière- F Widal (75010)	01 49 95 61 52	equipemobile.mpravo@lrba.aphp.fr
2	Hôpital Rothschild (75012)	01 40 19 36 38	equipemobile.parisest@rth.aphp.fr
3	Hôpital Pitié-Salpêtrière (75013)	01.42.16.11.19	equipemobile-mpr.pitie-salpe@psl.aphp.fr
4	Hôpital Vaugirard (75015)	01 40 45 85 55	equipemobile_avc@vgr.aphp.fr
5	Equipe Mobile Sud IDF (77)	01 64 14 27 22	contact@emrsudidf.fr
6	Hôpital Léon BINET (77)	01 64 60 40 77	equipemobileavc@ch-provins.fr
7	Equipe mobile Seine et Mame Nord	01 64 40 40 01	equipemobile-SSR77@probtb.com
8	GCS Sud Yvelines (78)	01 30 24 28 56	r.faguet@gcs-repy.fr
9	Clinique de Villiers (91)	01 69 46 71 22	equipemobilesrr@villiers.clinalliance.fr
10	Hôpital Raymond Poincaré (92)	06 29 27 29 82	equipemobile.pifo@rpc.aphp.fr
11	Equipe Mobile Sud Parisien (LADAPT/ Hôpital Sainte Marie)	01 75 60 60 35	equipemobile_sudparisien@ladapt.net
12	CMPR de Bobigny (93)	01 43 93 26 80	equipemobile.bobigny@cos-asso.org
13	Centre Hospitalier Albert Chenevier (94)	07 76 11 31 41	equipemobilesrr.ach@aphp.fr
14	Hôpitaux de Saint Maurice (94)	01 43 96 61 61 (poste : 75 28)	secretariat_em@hopitaux-st-maurice.fr
15	GHI du Vexin (95 Ouest / 78 Nord)	01 84 12 20 53 07 61 84 44 15	equipe_mobileavc@ghi-vexin.fr
16	Hauts Ile-de-France (95 Est / 92 Nord / 93 Ouest)	01 34 46 64 51	contact@emhif.fr

(DOS/Département Virage ambulatoire)

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 04 60 Fax : 01 44 02 01 04

ars.iledefrance.sante.fr

