

SRLF CONGRES REANIMATION 2016
Paris - 13-15 janvier 2016

Prise en charge multidisciplinaire post réanimation

Rôle des Equipes mobiles de réadaptation

Laurence JOSSE
Cadre supérieur du centre de ressources et de responsabilité de rééducation - C2R -
Hôpitaux universitaires Saint-Louis, Lariboisière - Fernand Widal

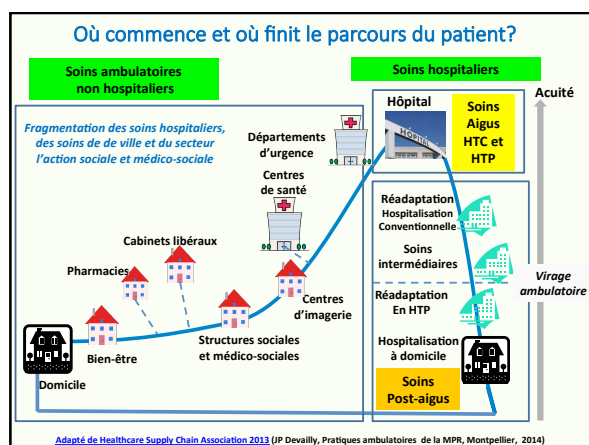
Coordinatrice des équipes mobiles réadaptation / réinsertion Ile de France

Hôpitaux Universitaires SAINT-LOUIS LARIBOISIÈRE FERNAND-WIDAL
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Déclaration de liens

mon intervention ne présente aucun conflit d'intérêt

réanimation 2016
PARIS 13-15 JANVIER



Un constat : impasses hospitalières Patients « Bed-Blockers »

- Enquête de l'ARS d'Ile de France relative aux patients au long court dans les services SSR d'Ile de France en mai 2006 et aux besoins d'aval du SSR
 - 15% des patients présents un jour donné dans l'ensemble des services de SSR franciliens (à l'exception des SSR pédiatriques), sont considérés comme médicalement sortants et dans l'attente d'une solution de sortie
 - dont 21,45% à l'AP-HP, 8,04% dans les cliniques privées, 13,45% dans les établissements participants au service public hospitalier (PSPH), 20,27% dans les établissements publics hospitaliers (EPS) hors AP-HP.
 - près de 73% des patients médicalement sortants et en attente d'un aval en SSR ont 65 ans et plus.
 - 83% ont besoin d'une infirmière de jour, et 32% d'une infirmière de nuit.
- Enquête flash Fédération Hospitalière de France 2007 : même constat
- Enquête « Bed-Blockers » octobre 2014, Soudrie, Kiefer, ARS Ile de France
 - Semaine 10 au 16/02/2014 en réanimation, neurochirurgie, neurologie et SSR à orientation neurologique AP-HP
 - Taux de réponses 26%
 - 372 « bed blockers » sur 1735 lits soit une moyenne de 4,8 lits bloqués par service
 - Causes
 - Problèmes sociaux → neurochirurgie, neurologie et SSR neurologique
 - Gastrostomie d'alimentation, trachéotomisés non ventilés, BMR → réanimation et neurochirurgie
 - Trachéotomisés ventilés → réanimation

Patients concernés : des profils similaires

- Age < 60 ans, lésions neurologiques sévères, plusieurs déficiences associées, fortement dépendants sur le plan physique et cognitif, lourde charge en soins (trachéotomie, ventilation, gastrostomie, ...)
- Séjours les plus prolongés : patients jeunes, lourdement handicapés et à forte complexité médico-psycho-sociale.
- « Ni-ni » ni MPR ni gériatriques → USPC ?
- Age > 75 ans: décompensations médicales itératives, démences, troubles du comportement, dépendance complète, chimiothérapie, ...
- Nécessité d'évaluer le potentiel de réadaptation, besoin de programmes spécifiques
 - AVC grave, éveil retardé, trachéotomisés, AVC du tronc cérébral, Locked in
 - Filière neurochirurgicale : TC à éveil retardé
 - Réanimation neurologique : encéphalites, anoxies, PRN graves
 - Tétraplégiques hauts, ventilés ou non

De multiples dynamiques en parallèles en Ile de France

Des plans par pathologies, des enveloppes fléchées

- Projet d'Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC)
 - SLD sujet jeune? SSR? Médico-social?
- Création de Services de Rééducation Post Réanimation (SR PR)
 - 2 SR PR neurologiques adultes
 - Kremlin Bicêtre (94), R. Poincaré (Garches, 92)
 - 1 SR PR neurologique et respiratoire enfants
 - R. Poincaré (Garches, 92)

} Ouverture 2015/2016
- Equipes mobiles première génération
 - « AVC/ neurologie »
- Equipes mobiles seconde génération
 - « SSR : Handicap / réadaptation / réinsertion »

→ Qui fait quoi? A quel moment ?

Un objectif commun Concilier la fluidité des parcours et la pertinence des orientations

Sortie de réanimation : quelle destination?

- Service de Rééducation Post Réanimation (SR PR)
- Service aigu: spécialisé ou médecine
- SSR polyvalent ou spécialisé
- Retour au domicile ???
 - HDI
 - +/- HAD voire HAD de réadaptation
- Autres lieux de vie ???

Rôle des équipes
mobiles ??



Financement des équipes mobiles?
Accès plateau technique de rééducation
Aval du SR PR
Influence du financement : T2A en SSR à venir

Mission des SR PR

- Débuter une rééducation/réadaptation multidisciplinaire et médicalisée précoce** après une lésion neurologique grave : TC, AVC, hémorragie méningée, traumatisme vertébro-médullaire de haut niveau lésionnel, et toute une atteinte sévère du système nerveux central.
- Assurer un suivi médical MPR spécialisé et multidisciplinaire**
 - évaluation des déficiences multi-systémiques et des limitations fonctionnelles,
 - détermination du programme de soins requis,
 - traitement des causes curables de retard d'éveil de coma,
 - diminution des complications de l'immobilité et des pathologies intercurrentes,
 - traitement de la spasticité (toxine botulique, baclofène intrathécal, rééducation).

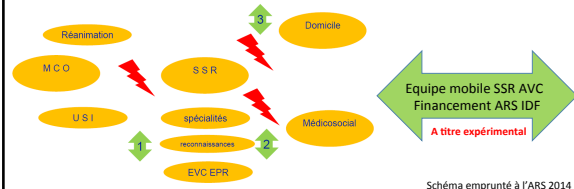
Equipes mobiles de première génération Historique et objectifs

Action 10 du plan AVC 2010-2014 : expérimentation « Equipe mobile AVC »

Objectifs :

- Favoriser le retour ou le maintien à domicile des personnes en situation de handicap neurologique temporaire ou prolongé
- Coordonner les actions entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et le lieu de vie
- Diminuer les ré-hospitalisations

Contexte : spécificités sociales et médicales de l'Ile de France (âge, isolement, précarité, ...)



Equipes mobiles de seconde génération Historique et objectifs

Décembre 2013 : création par l'ARS Ile de France des 8 « équipes mobiles AVC / NEURO » : 1^{ère} génération

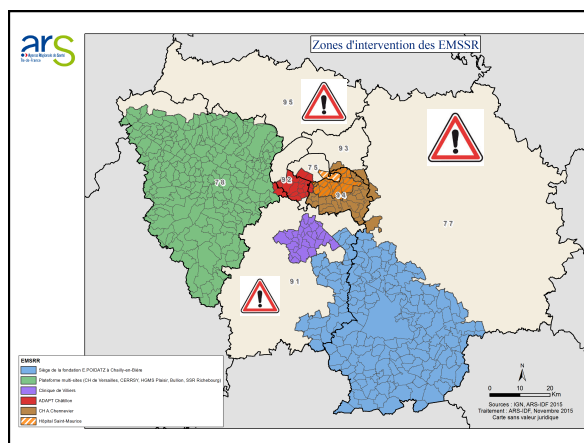
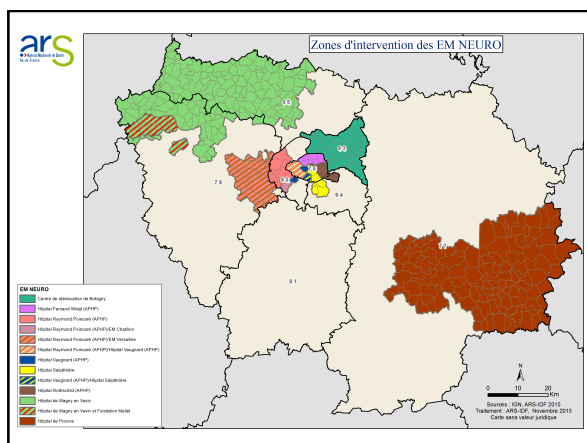
- Rothschild (75), F. Widal (75) Vaugirard (75) CH Provins (77), R Poincaré (92), CMPR Bobigny (93), CH du Vexin (95)

Novembre 2014 : création par l'ARS Ile de France de 5 « équipes mobiles Soins de Suite et de Réadaptation » : 2^{ème} génération

- Clinique des trois SOLEILS / Fondation Ellen POIDATZ (77), GCS Sud YVELINES (78), Clinique de VILLIERS (91), L'ADAPT / Centre PARIS SUD (92), 94 CH Albert CHENEVIER (94)
- Rothschild (75), F. Widal (75) Vaugirard (75) CH Provins (77), R Poincaré (92), CMPR Bobigny (93), CH du Vexin (95)

Equipe plus ancienne : rattachée à l'ensemble du dispositif

- Hôpital National de Saint-Maurice (94)



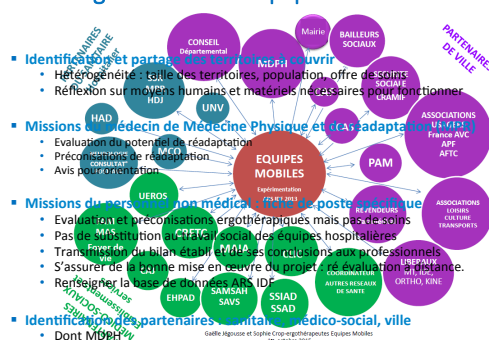
Financement et constitution
des équipes mobiles SSR AVC / neurologie
EM de première génération

- Enveloppe fléchée de 100 000 euros versée aux établissements par l'ARS en décembre 2013, reconduite en décembre 2014 puis décembre 2015
- Personnel minimum souhaité : temps de médecin de médecine physique et de réadaptation et/ou gériatre, d'assistante sociale, d'ergothérapeute et de secrétaire

	Médecin	Ergothérapeute	Ass. Sociale	Secrétaire
Pitié –Salpêtrière (75)	0,2	1	0,5	0,5
Rothschild (75)	0,2	1	0,5	0,5
R Poincaré (92)	0,35	0,5	0,3	0,2
F. Widal (75)	0,2	1	1	0,5
Vaugirard (75)	0,4	0,4	0,5	0
CH Provins (77)	0,1	1	0	0
CMPR Bobigny (93)	0,1	0,75	0,5	0,5
CH du Vexin (95)	0,2	0,3	0,8	0,1

Compositions au 25 septembre 2015 sous réserve de modifications ultérieures

Organisation des équipes mobiles « AVC »



Rôle des équipes mobiles de réadaptation

- **Organiser et coordonner un dispositif de réadaptation précoce dès la phase aiguë**
 - Evaluer le potentiel d'amélioration fonctionnelle /de réadaptation
 - Eviter les « surcomplications » et la précarisation fonctionnelle
- **Informé sur le handicap** : visible et invisible
- **Contribuer à orienter dans un réseau ville hôpital** au plus tôt dans le parcours de soins
 - Formaliser des liens avec les réseaux médico sociaux, les associations
- **Accompagner** les sorties difficiles au domicile et les transferts vers des SSR spécialisés ou non

Origine des demandes d'intervention des EM

- Services hospitaliers : court séjour, HAD, SSR, HDJ, CS
- Structures médico-sociales : EHPAD, MAS, CCAS, MAIA...
- Intervenants libéraux
- Famille et l'entourage du patient, en lien avec le médecin traitant toujours informé de la prise en charge

Bilan à 1 an d'activité des équipes mobiles*

	571 patients	%
Services hospitaliers	340	60%
Structures médico-sociales	102	18%
Libéral	60	10%
Associations patients	13	2%
Vide	56	10%

*base de données ARS IDF

Types d'intervention

- **Classification des actions mises en œuvre : 4 profils**

Profil	Description
A	Conseil, information orientation
B	Evaluation, contact orientation sans visite au domicile
C	Evaluation et une visite au domicile
D	Evaluation, mise en situation complexe avec plus d'une visite au domicile, ouverture des droits

- Bilan à 1 an d'activité des équipes mobiles*

	571 patients	%	Temps moyen d'intervention/ Patient **
Profil A	63	11%	1H
Profil B	111	19%	2H
Profil C	162	28%	4 < 12H
Profil D	123	22%	8 < 14H
(vide)	112	20%	

*base de données ARS IDF - ** Temps moyen en heure = présence, compte rendu et trajet par intervenant

Equipe mobile de réadaptation : retour sur expérience

Valeur ajoutée

- **Projet partagé** par les équipes : amélioration du retour et du maintien au domicile
- **Prévention de la rupture** de parcours à la sortie de l'établissement
- **Expertise MPR et évaluation rapide** par l'équipe pluridisciplinaire des activités et de la participation de la personne dans son lieu de vie ou à la demande des services hospitaliers
- **Ré évaluation** des projets de vie et d'accompagnement, approche fonctionnelle et soutien social à distance de la sortie

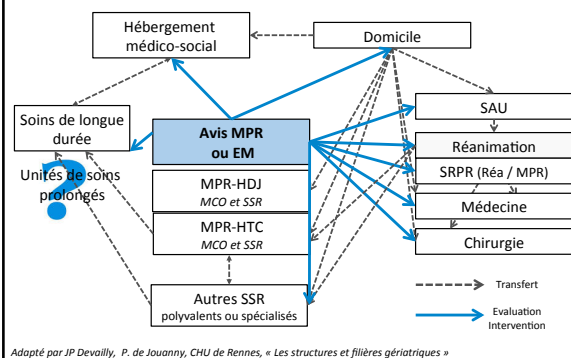
Limites

- **Caractère non pérenne** du financement : enveloppe fléchée et taux de renouvellement important des CDD, postes à temps partiel
- **Hétérogénéité** des territoires à couvrir: superficie
- **Temps de coordination** intra et inter équipes non pris en compte
- **Identification du parcours de soins** du patient
- **Relais de prise en charge difficiles** à réaliser: offre de soins ou médico sociale des territoires limitée, accès à des prestations d'ergothérapie en ville

Equipe mobile et réanimation: oui, oui ... mais !

- **OUI** : patients BMR : transfert intra hospitalier « difficile » donc préparation du retour direct au domicile dans les meilleures conditions de sécurité possible post réanimation
- **OUI ... MAIS** : sortie directe vers un lieu de vie
 - Patient et famille comprennent mal le passage direct de réanimation vers le domicile
 - sentiment d'abandon
 - sentiment d'insécurité, angoisse : récurrence? Complications?
 - Possible mais complexe en organisation
 - nécessité du temps
 - dépend :
 - de la disponibilité des ressources de rééducation en ville
 - du financement des prestations d'aménagement du domicile
 - d'éventuelles possibilités de relogement (attente de 12 à 18 mois voire plus)

Parcours de soins en réadaptation Rôle du médecin MPR ou de l'équipe mobile de réadaptation



En pratique en réanimation : appel précoce au médecin MPR ou à l'EM pour ...

- **Etablir le pronostic fonctionnel / potentiel de réadaptation**
- **Aide à la demande d'orientation : « Via Trajectoire »**
 - Répondre aux attentes des services receveurs en matière d'informations sur les besoins requis d'intensité de rééducation, de surveillance médicale, de dépendance, d'impact des troubles du comportement
 - Cibler l'adressage de la demande voire contacter les établissements
- **Conseil en fonction des séquelles fonctionnelles et des situations de handicap prévisibles pour compléter le dossier social : gain de temps dans la réalisation du projet de réinsertion, évite les demandes en SSR et démarches médico-sociales trop tardives**
 - Retard à l'accès aux droits, à la formulation du projet « de sortie » / « de vie », à l'instruction du dossier MDPH, à la mise en œuvre des aides à domicile
 - Refus de la famille d'instruire un dossier à la MDPH

Une équipe mobile ... pour éviter les ruptures de parcours !



Merci pour votre attention