

# Equipe mobile de réadaptation – réinsertion : retour d'expérience dans la prise en charge des cérébro-lésés.

## En France

- Alternative à l'offre de soins
- Recommandations de la SOFMER qui préconise le retour précoce au domicile du patient déficitaire après un accident vasculaire cérébral
- HAS : annexe 9 du rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC :
  - la mise en place d'équipes mobiles de réadaptation – réinsertion à l'échelle d'un territoire de santé dans le cadre de l'organisation de la filière AVC est soulignée
  - *« C'est l'huile des rouages de la filière, plus particulièrement dans l'aval du MCO. »*

## En France

- Nombreuses expériences sur le territoire (15 répertoriées en 2012) :
  - Fonctionnement variable :
    - Des équipes mobiles centrées sur un réseau / une filière
    - Des équipes mobiles centrées sur le domicile du patient
  - Un dispositif de retour et/ou de maintien à domicile des patients en situation de handicap neurologique ou non
  - Une composition variable en fonction du territoire et des missions

### Cochrane 2012

*Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients, Fearon P & al.*

*Services for reducing duration of hospital*

- Réduction de la durée d'hospitalisation (surtout pour les patients avec incapacités sévères)
- Patients plus susceptibles d'être indépendants et de vivre à domicile à 6 mois
- Concernent plutôt les patients plus âgés et avec une incapacité modérée (index de Barthel > 9/20)
- Pas de différence sur AVQ, sur qualité de vie et humeur
- Satisfaction PEC et accès aux AVQ « supérieures » meilleures
- Pour les aidants : pas de différence sur humeur, qualité de vie ou satisfaction
- Pas de diminution du nb de ré hospitalisations



- *mobile*
- *à disposition des patients, aidants, équipes de soins*
- *sur une durée déterminée*

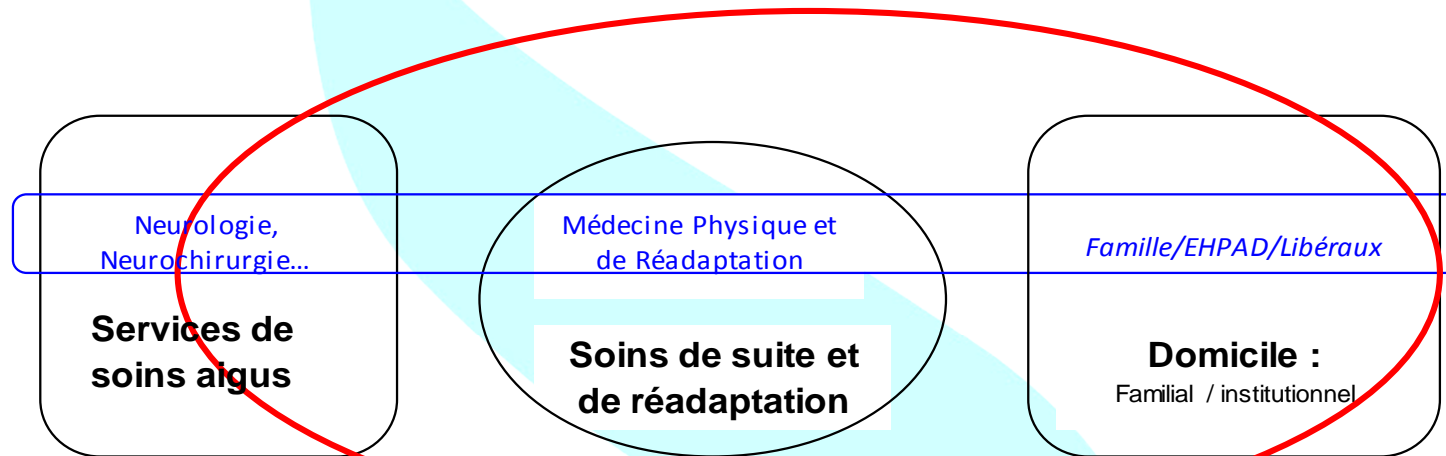
## Retour d'expérience : nos missions

- Permettre au patient de retrouver le plus vite possible son milieu de vie habituel
- Support pour les établissements et les services intervenant à domicile : organisation et apports de compétences complémentaires
  - Mise en œuvre de dispositifs nécessaires à la pérennisation du maintien à domicile
  - Fluidifie la filière de prise en charge des patients à handicap neurologique
- Complément de compétences non disponibles sur le lieu d'hospitalisation ou de vie

# Retour d'expérience : dans le parcours de soins

*em2r*

Equipe Mobile Réadaptation - Réinsertion

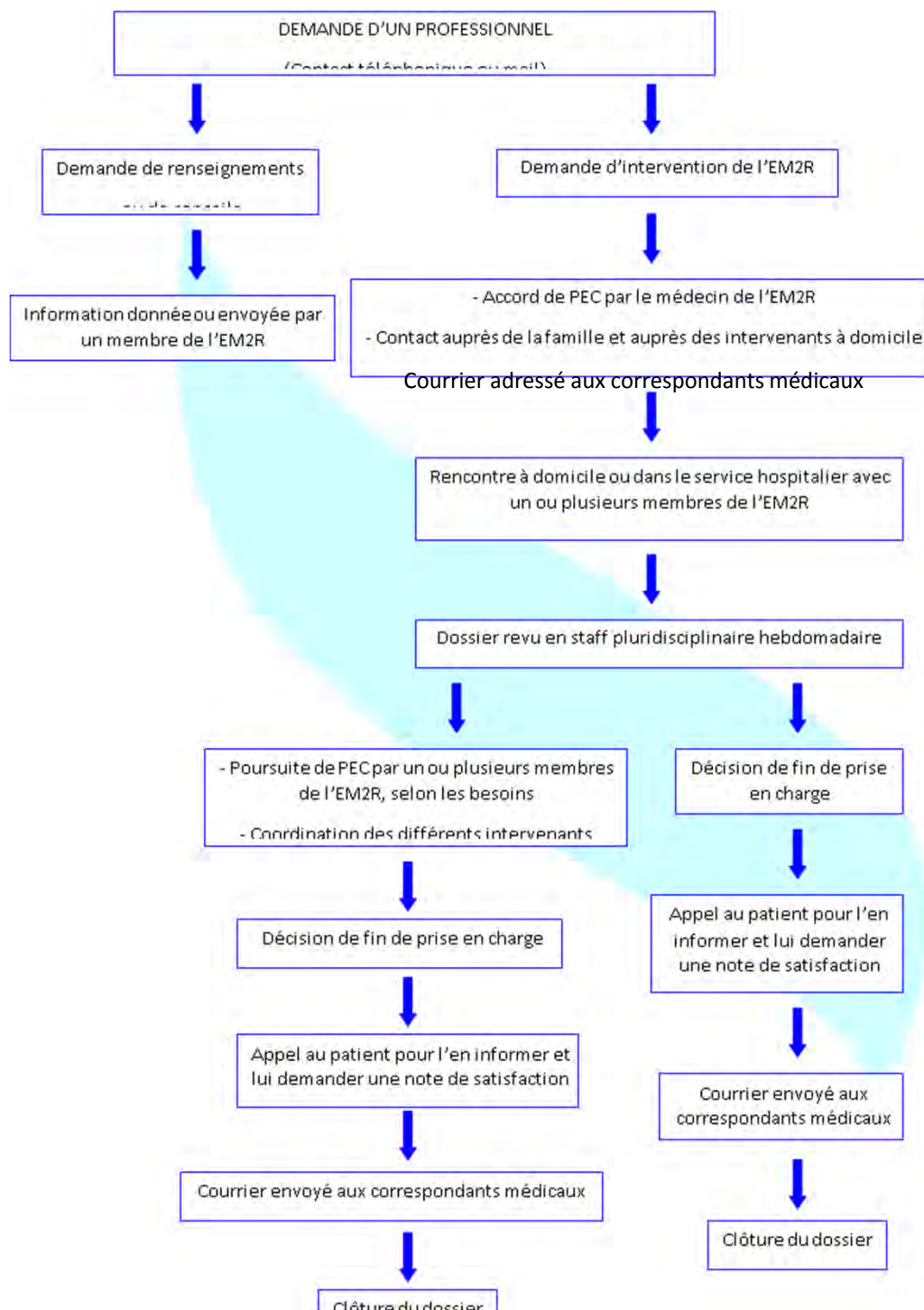


 Champ d'intervention de l'EM2R

 Filière de soins







Retour  
d'expérience :  
fonctionnement

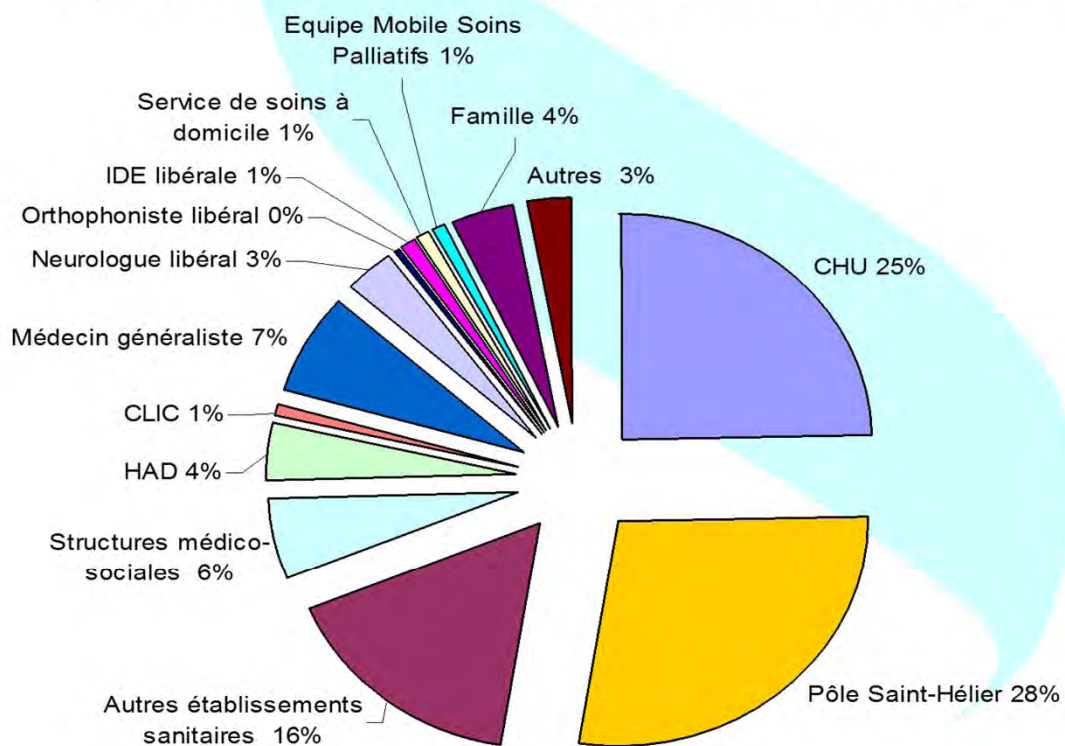


## Retour d'expérience : l'activité

- 184 situations, 154 prises en charge en 2013

### Origine des demandes

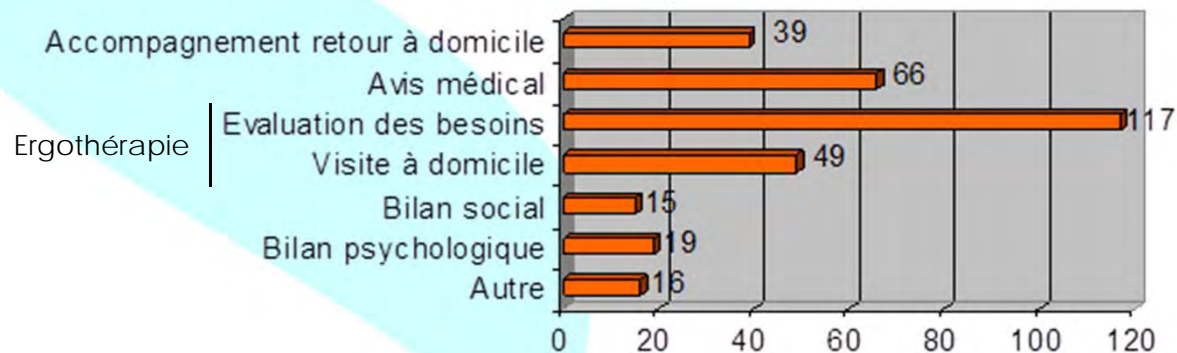
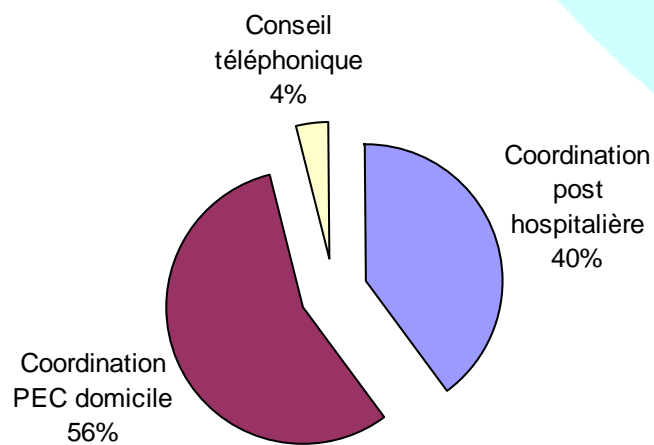
La majorité des demandes émane du CHU et du Pôle Saint-Hélier.



## Retour d'expérience : l'activité

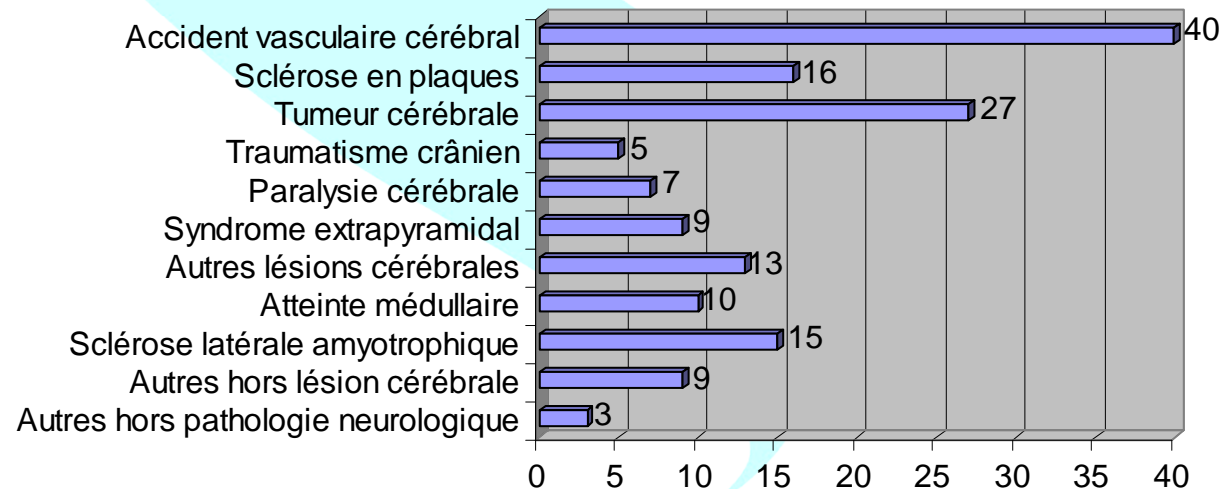
- 184 situations, 154 prises en charge en 2013
- L'ergothérapie représente la majorité des demandes d'accompagnement

### Les motifs de demandes



## Retour d'expérience : la population concernée

- Moyenne d'âge : 62 ans
- Dépendance élevée
- 76 % de la population : cérébrolésés
  - AVC : 34 %
  - Tumeurs cérébrales : 23 %
  - TC : 4 % !



# Retour d'expérience : pour quel type de prise en charge ?

- Avis médical :
  - évalue du patient dans son environnement ou à l'hôpital,
  - détermine avec lui et sa famille les objectifs de prise en charge,
  - fait le lien avec les correspondants médicaux et coordonne les actions de l'EM2R.
- La psychologue :
  - fait une première évaluation psychologique de la personne.
  - évalue également les éventuelles difficultés psychologiques que l'aidant principal peut rencontrer
  - propose un relai pour le patient mais aussi pour l'aidant principal
  - intervient auprès des équipes si nécessaire
- L'assistante sociale :
  - fait le lien entre les patients et leurs aidants et les différents acteurs sociaux libéraux
  - facilite les formalités à effectuer par les patients et leurs familles pour l'obtention de prestations et d'aides de tous types : administratives, sociales, financières...

## Retour d'expérience : pour quel type de prise en charge ?

- L'ergothérapeute : a été mobilisée dans presque tous les cas
  - évalue les besoins :
    - en aides techniques et/ou humaines,
    - en aménagement du domicile
  - coordonne et soutient à domicile les différents intervenants au domicile (kinésithérapeutes, orthophonistes, services de soins infirmiers au domicile (SIAD), ...)
  - informe, forme les aidants au sens large (famille, aides soignants, auxiliaires de vie, infirmiers libéraux...) :
    - aux techniques de transferts par exemple,
    - aux aides techniques préconisées,
    - parfois également aux difficultés cognitives telles que l'apraxie, l'héminégligence, l'attention, la mémoire, l'anosognosie...

## Retour d'expérience : l'AVC

- Pour quelle demande ?
  - Coordination post hospitalière : 42.5 % (17)
    - Prise en charge difficile à mettre en place :
      - Changement d'habitudes des équipes hospitalières
  - Coordination PEC à domicile : 55 % (22)
- Délai entre lésion et intervention :
  - < 1an : 42.5 % (17 cas)
  - Entre 1 et 3 ans : 15 % (6)
  - Entre 4 et 8 ans : 17.5 % (7)
  - > 8 ans : 7.5 % (3)
- Age moyen : 62 ans

# Retour d'expérience : l'AVC

## 1<sup>er</sup> cas clinique : Mme D

Le service de neurologie du CHU fait une demande auprès de l'EM2R le 15/01/2013.

Motif de la demande : permettre le retour au domicile de Mme D, 65 ans, mariée, hospitalisée dans le service depuis le 18 décembre 2012 pour un AVC, et assurer le suivi des aménagements du logement.

### Les actions :

- 17/01/2013 : visite du Dr Duruflé (évaluation médicale spécialisée) + ergo Marie-Pierre REILLON (évaluation besoin en aides-techniques) dans le service de neuro
- 18/01/2013 : 2<sup>ème</sup> visite de l'ergo EM2R avec l'ergo du service neuro, et le mari de Mme D pour réflexion sur aménagements du domicile
- 24/01/2013 : visite au domicile avec Mme D pour essais de matériels avec revendeur afin de valider la possibilité de réaliser les transferts, + réflexion sur aménagement SDB (prise de RDV avec les plombiers)
- 30/01/2013 : 2<sup>ème</sup> visite au domicile (sans Mme D) pour rencontrer les plombiers afin d'améliorer l'accessibilité de la douche (marche de 17cm prévue initialement) et pour donner des conseils d'aménagement de la chambre (porte coulissante réalisée)
- 30/01/2013 : lien téléphonique avec l'assistante sociale de neuro, pour confirmer que le domicile est prêt pour recevoir la patiente (accès chambre par porte coulissante à partir du salon réalisé)
- 01/02/2013 : lien téléphonique avec l'IDE coordinatrice de l'HAD, pour mise en place des aides-techniques prévues et demande de prescriptions
- 04/02/2013 : retour au domicile de Mme D

J+2 (*objectif 48h tenu*)

J+3 (*lien avec professionnel en place ayant moins disponibilité*)

J+9 (*obtention d'une permission pour Mme D*)

J+15

J+15 (*coordination*)

J+17 (*coordination*)

J+20

Délai entre la demande initiale et la sortie du service : **20 jours**



## Retour d'expérience : lésion tumorale cérébrale

- Pour quelle demande ?
  - Coordination post hospitalière : 52 % (14)
  - Coordination PEC à domicile : 44 % (12)
- Age moyen : 61 ans
- Délai entre date de survenue de la pathologie et demande :
  - < 1an : 55.55 % (15cas)
- Quelles spécificités ?
  - Population habituellement peu ou pas pris en charge en MPR
  - Adaptation de leur lieu de vie, des aides humaines et/ou techniques, soutien psychologique... dans un contexte évolutif
  - Développement des coopérations avec l'HAD 35 et les EMASP : **complémentarité**

# Notre expérience : la lésion cérébrale tumorale

## 2<sup>ème</sup> cas clinique : M V

Le CAC fait une demande auprès de l'EM2R le 27/03/2013.

Motif de la demande : accompagner le retour au domicile de M V, XX ans, marié, hospitalisé pour une hémiparésie brachiale faisant découvrir un glioblastome grade 4 cérébral justifiant d'un traitement complémentaire (radio et chimiothérapie)

### Les actions :

➤ 29/03/2013 : visite de l'ergothérapeute au domicile de M V : évaluation besoin en aides-techniques et aménagement de domicile	J+2 ( <i>objectif 48h tenu</i> )
➤ 02/04/2013 : visite au domicile médecin et ergothérapeute pour évaluation médicale et essais aides techniques préconisées	J+6
➤ 03/04/2013 : visite de la psychologue à la demande de M et Mme V suite à la proposition de rencontre	J+7
➤ 12/04/2013 : appel de l'épouse qui nous signale une dégradation neurologique de M. Lien téléphonique avec médecin traitant et HAD	J+16 ( <i>coordination de soins</i> )
➤ 25/04/2013 : nouvelle rencontre avec la psychologue qui alerte ergo sur nécessité réévaluation besoins en aides techniques	J+29 ( <i>coordination</i> )
➤ 26/04/2013 : nouvelle intervention au domicile de l'ergothérapeute pour essais autres aides techniques au regard de la dégradation fonctionnelle en lien avec le kiné libéral et lien téléphonique avec l'IDE coordinatrice de l'HAD, pour mise en place des aides-techniques prévues	J+30 ( <i>coordination en lien avec libéraux et l'HAD</i> )
➤ 06/05/2013 : contact téléphonique par l'ergothérapeute pour faire le point sur nouvelles aides techniques	J+40
➤ 10/06/2013 : contacts téléphoniques à distance par l'ergothérapeute pour faire le point : pas de nouvelles demandes, accompagnement par HAD. Arrêt prise en charge	J+65

Durée de prise en charge : **65 jours**

## Retour d'expérience : la lésion cérébrale

- Nos convictions :
  - Une véritable alternative à l'offre de soins
  - Une complémentarité vis-à-vis de l'existant
  - Un besoin de formations des aidants au sens large
- Des coopérations :
  - Consolidées avec les EMASP
  - Nouvelles avec l'HAD 35 et le CAC
- Une modification des pratiques qui reste à consolider