

EQUIPE MOBILE DE READAPTATION DU PRH

Laetitia Dutilleul, Denis Colin

*Fluidité du parcours de soins
Qualité de vie à domicile*

PRH

Etablissement de 301 lits et places

- ❑ Activité Sanitaire: Centre de l'Arche (Médecine Physique et Réadaptation)
- ❑ Activité médico-sociale : Maison d'Accueil Spécialisée HANDI-VILLAGE, SAMSAH, SESSAD
- ❑ Insertion professionnelle précoce : COMETE
- ❑ CICAT

La création de l'équipe mobile au PRH

- ❑ Genèse du projet : 2010: le projet médical et le CPOM
- ❑ Un compagnonnage (qui se poursuit)
- ❑ Ecriture du projet et négociation ARS 2012
- ❑ Financement ARS: octobre 2013
- ❑ Mise en place d'un groupe de travail : octobre 2013
- ❑ Recrutement du personnel : fin 2013 et début 2014
- ❑ Développement des outils de travail : premier trimestre 2014
- ❑ Communication interne et externe : premier semestre 2014
- ❑ Premières visites à domicile : février 2014
- ❑ Equipe totalement complète et opérationnelle:15 avril 2014

Nos missions

Evaluation pluridisciplinaire à domicile des situations complexes liées au handicap

- ❑ Aménagement du domicile, conseil en aides techniques, bilans fonctionnels
- ❑ Bilans cognitifs
- ❑ Soutien psychologique du patient et de sa famille
- ❑ Expertise des plaies chroniques
- ❑ Etude des droits et aide à la constitution des dossiers de prise en charge
- ❑ Relai d'information et de formation des intervenants et des aidants
- ❑ Facilitation de la coordination des professionnels autour des patients

Notre équipe

❑ Ergothérapeute	1 ETP
❑ Assistante de coordination	1 ETP
❑ Assistante sociale	0,6 ETP
❑ Médecin	0,5 ETP
❑ Infirmière	0,5 ETP
❑ Neuropsychologue	0,5 ETP
❑ Cadre coordonnateur	0,3 ETP

Compétences spécifiques

Compétences peu accessibles ou difficilement mobilisables en dehors des structures de MPR :

- ❑ *Ergothérapeute*
- ❑ *Neuropsychologue*
- ❑ *Expertise liée aux ressources du PRH : Plaies chroniques, services du centre de l'Arche*
- ❑ *Forte composante sociale*

Fluidité du parcours de soins

- ❑ En MCO
 - Projet de retour à domicile sans passer par un service de MPR mais patient nécessitant un accompagnement
 - Patient ne relevant pas de la MPR mais ayant des problématiques du même ordre (oncologie)
- ❑ En SSR
- ❑ Dans les structures médico-sociales ne disposant pas de ressources spécifiques

Fluidité du parcours de soins

- A domicile
 - Lorsque ni l'hospitalisation ni une consultation médicale ne sont des réponses possibles ou appropriées à la problématique
 - Pour éviter une ré-hospitalisation
 - Pour évaluer le patient dans son environnement habituel

Population concernée

- ❑ Personnes en situation de handicap locomoteur et/ou neurologique
- ❑ Les adultes ne relevant pas des équipes d'appui du département dédiées aux personnes âgées
- ❑ Les enfants
- ❑ Territoire de la Sarthe

Qui peut nous solliciter ?

- ❑ Le patient ou son entourage
- ❑ Le médecin traitant, un médecin spécialiste
- ❑ Les paramédicaux impliqués auprès du patient (infirmière, orthophoniste, kiné...)
- ❑ Les établissements sanitaires et médico-sociaux
- ❑ Les services de soins à domicile, l'HAD
- ❑ Les services sociaux de secteur
- ❑ Et de façon plus générale, toute personne concernée de près ou de loin par une amélioration de la prise en charge du patient

Modalités de prise en charge

- ❑ Demande reçue par courrier, mail ou téléphone
- ❑ L'assistante de coordination remplit un formulaire de demande (éléments administratifs et médicaux utiles à la prise en charge)
- ❑ La demande est soumise à l'approbation du médecin de l'équipe qui discute et détermine les modalités et les délais de prise en charge
- ❑ Un référent au sein de l'équipe est désigné pour chaque patient

La prise en charge en pratique

- ❑ Un ou plusieurs professionnels de l'équipe se déplacent en fonction des besoins qui ressortent de l'évaluation téléphonique initiale (ex : ergo + AS, médecin + ergo, neuropsych seule...)
- ❑ Le patient est vu dans son environnement, en présence éventuellement d'aidants naturels ou de professionnels impliqués
- ❑ Les besoins sont identifiés (besoins exprimés par le patient et repérés par l'équipe)

Un temps de synthèse crucial

- ❑ En fonction des objectifs à atteindre, la prise en charge se poursuit par des échanges au sein de l'équipe (temps de synthèse hebdomadaire) et avec les professionnels intervenant auprès du patient
- ❑ Des actions concrètes sont mises en place avec une méthodologie précise (document de prise en charge, information au médecin, fiche de consentement....)
- ❑ Parfois l'accompagnement aura pour objectif principal la médiation et la coordination entre les différents professionnels, éventuellement même sans déplacement au chevet du patient (rôle d'équipe ressource)

La fin de la prise en charge

La vocation de l'équipe n'est pas de se substituer aux intervenants existants

- ❑ La prise en charge prend fin lorsque l'ensemble des moyens ont été déployés pour atteindre les objectifs fixés.
- ❑ La fin de la prise en charge peut déboucher sur une nouvelle proposition thérapeutique (prise en charge en hôpital de jour ou en libéral par exemple).
- ❑ Elle est protocolisée: concrètement le patient reçoit une notification de fin de prise en charge, avec copie des conclusions envoyées au médecin traitant.

Cas cliniques (1)

Monsieur G, 47 ans

- ❑ Traumatisme crânien « modéré » en août 2013 (Glasgow initial à 14)
- ❑ Retour à domicile sans prise en charge MPR
- ❑ Difficultés importantes notamment dans l'environnement professionnel : troubles de l'humeur, de la mémoire, troubles attentionnels...
- ❑ Adressé par le médecin de MPR qui l'a vu en consultation : demande de bilan neuropsychologique en vue d'une prise en charge éventuelle

Cas cliniques (2)

Mme C, 53 ans, obésité morbide et lombalgie invalidante

- ❑ Demande de prescription de fauteuil roulant électrique
- ❑ Adressée par un médecin de l'Arche suite à un contact téléphonique
- ❑ Visite à domicile (médecin + ergo + AS): appréciation de l'environnement et de la faisabilité du projet
- ❑ Relance du dossier de FRE (prescription déjà effectuée)
- ❑ Proposition de prise en charge globale (douleur, réentraînement à l'effort)

Cas cliniques (3)

M. P, 59 ans

- ❑ Patient atteint de SEP depuis de nombreuses années
- ❑ Inadéquation du logement (à l'extérieur comme à l'intérieur)
- ❑ Isolement social du patient +++
- ❑ Désinvestissement des professionnels autour du patient (problématique psychiatrique sous-jacente ?)
- ❑ Visite à domicile ergo + médecin
- ❑ Remise à plat de la situation sociale, relance des différents dossiers concernant le patient (logement, aides humaines et techniques) et liens avec les différents professionnels impliqués pour tenter d'insuffler une nouvelle dynamique dans sa prise en charge.

Conclusion

- L'équipe mobile, une véritable attente en interne et en externe
- Nos premiers pas
- Nos questions
- Vos questions ?

Comment contacter L'EQUIPE MOBILE ?

Centre de l'Arche
EQUIPE MOBILE de Réadaptation
1 boulevard de Maule
CS 50130
72650 SAINT SATURNIN

Lundi au jeudi
9h00 - 12h00 / 13h30 - 17h00
Vendredi
9h00 - 12h00 / 13h30 - 16h00

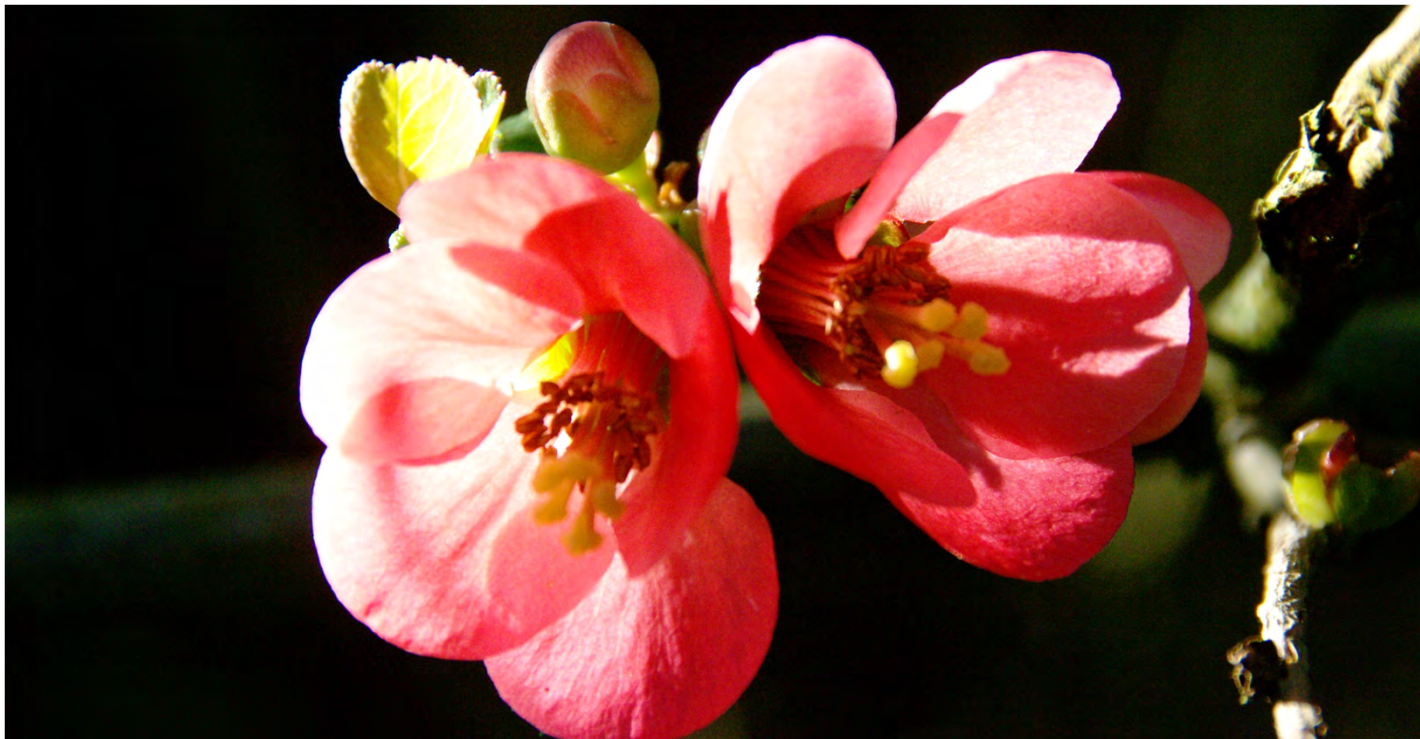
02.43.51.74.00

- Mail secretariat.equipemobile@asso-prh.fr
- Télécopie 02.43.51.72.83



Fluidité du parcours de soins
Qualité de vie à domicile

Merci pour votre attention



Kap Ouest 2014