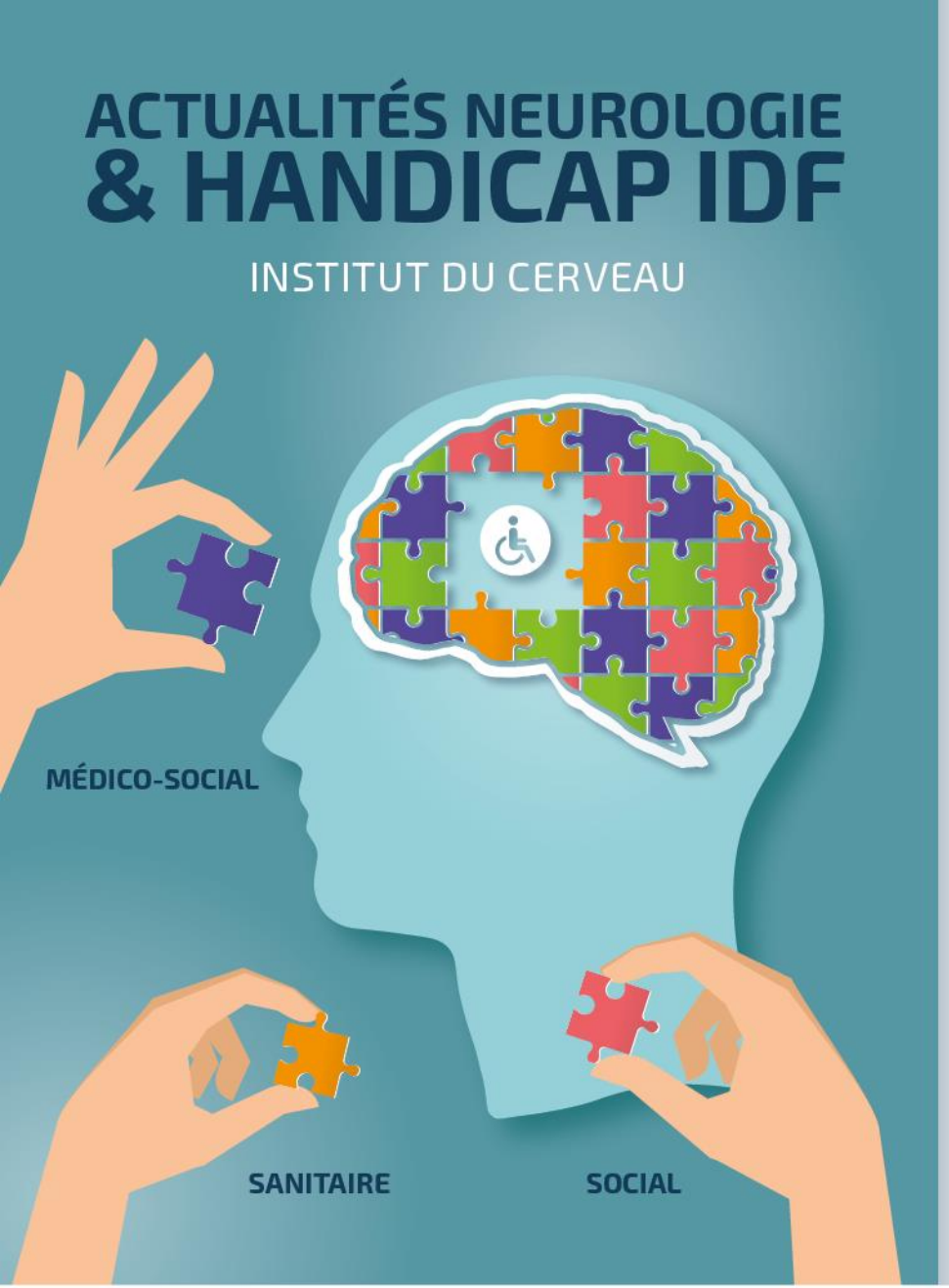


Actualités:
Dispositifs dans le retour et l'accompagnement au domicile

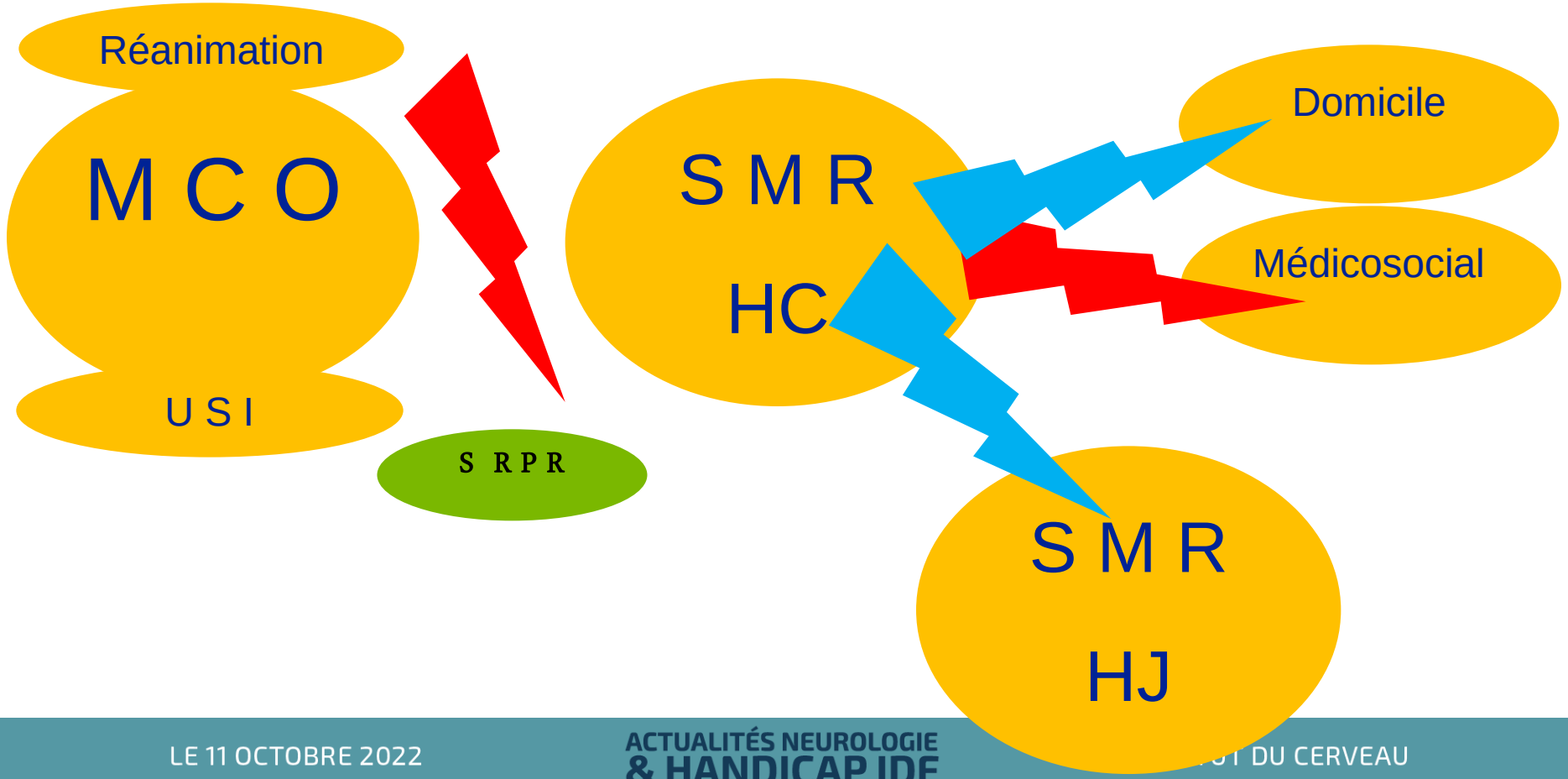
I Crassard - Référent thématique neurologie

ARS Ile de France - Direction de l'offre de soins

Les constats

15 à 20 % des patients en impasse hospitalière

Difficultés de retour ou de maintien à domicile



SRPR: services de réadaptation post-réanimation

- **Maillon intermédiaire entre les services de soins critiques (réanimation/soins intensifs) et les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).**

-> Les SRPR doivent prendre en charge des patients souffrant d'affections neurologiques aigues sévères

- état en cours de stabilisation
- potentialité de récupération

Le critère d'admission principal est l'inscription de cette prise en charge dans un projet thérapeutique de réadaptation, même si ce projet ne vise pas une récupération complète, ce qui exclut les patients en fin de vie ou en soins palliatifs, ou les patients dont l'état n'est pas susceptible de s'améliorer malgré une réadaptation adaptée (pathologies dégénératives évolutives)

SRPR Franciliens

- **3 SRPR neurologiques (3X12 lits)**

  +1 en cours d'ouverture

- **3 SRPR respiratoires**

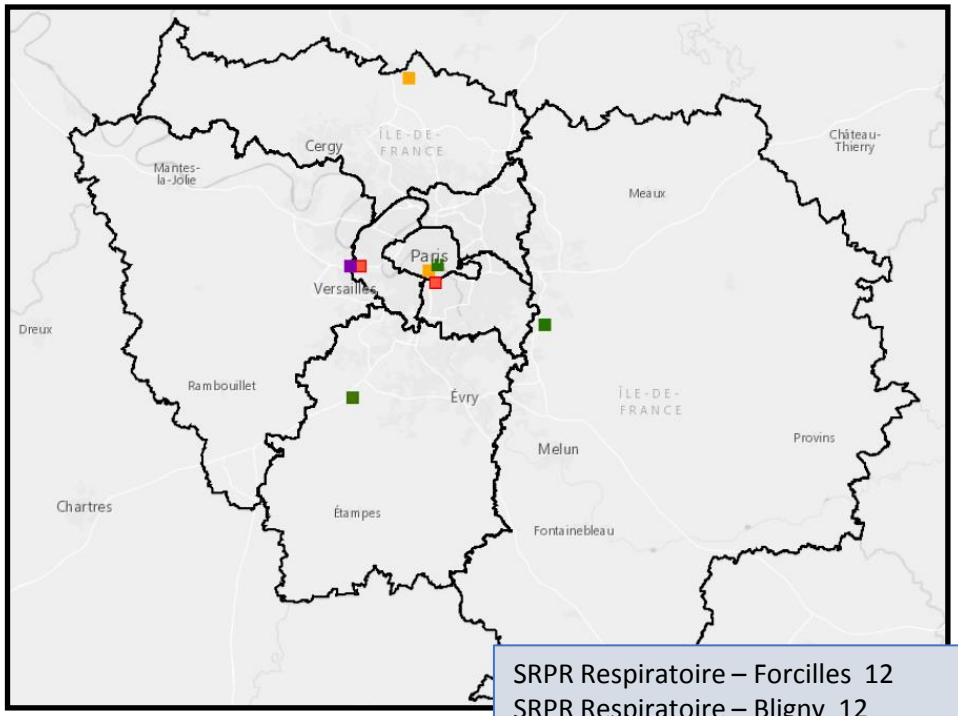
- **AAP en 2021 pour de nouveaux SRPR neurologique :**

3 nouveaux centres avec SRPR

Seine-et-Marne Hôpital Forcilles Fondation Cognacq Jay – Clinique Les Trois Soleils

Seine-Saint-Denis Centre Hospitalier de Saint-Denis

Paris Hôpital Pitié Salpétrière (2024)



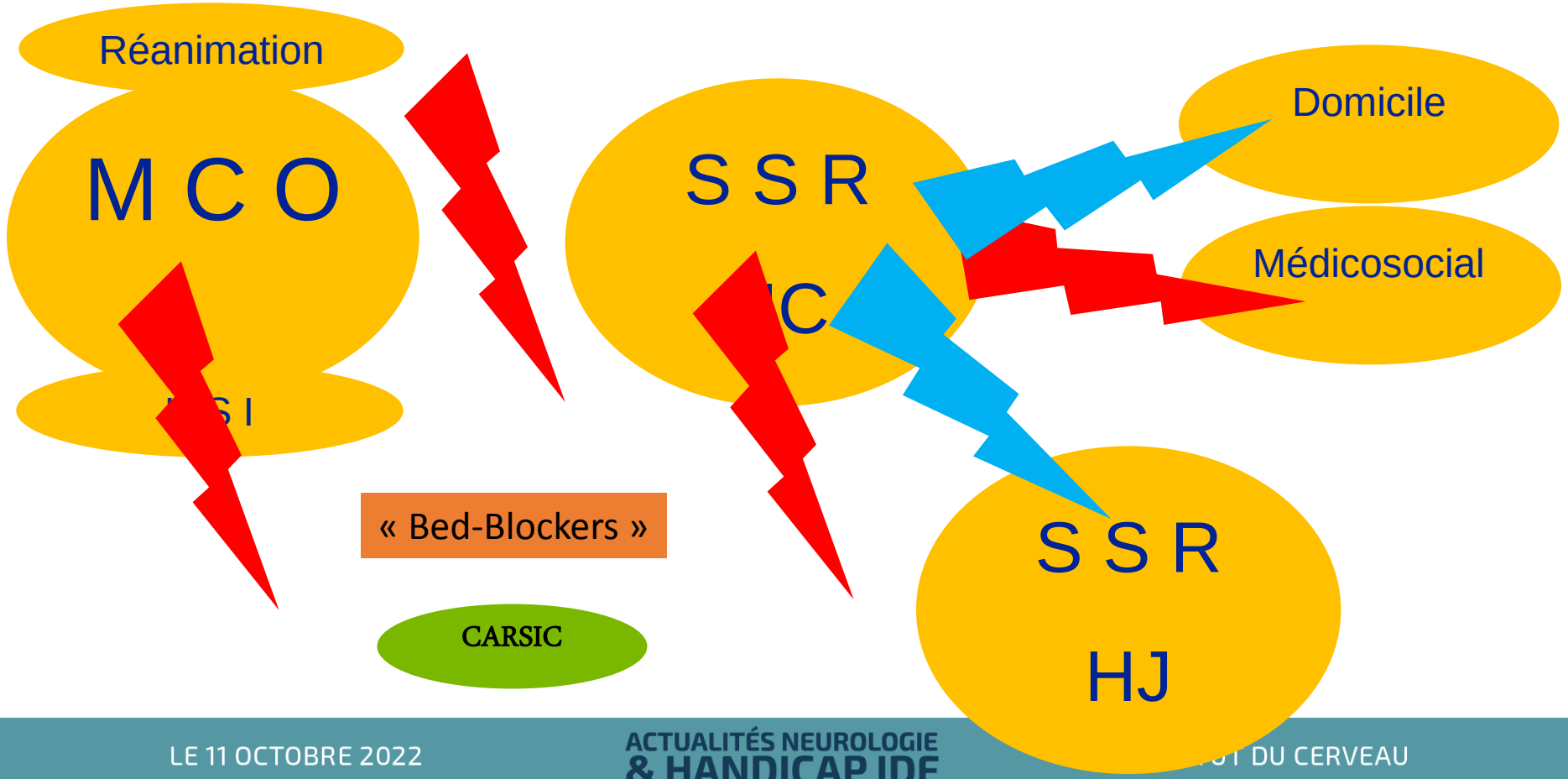
SRPR Respiratoire – Forcilles 12
SRPR Respiratoire – Bligny 12
SRPR Respiratoire – Pitié Salpêtrière 8

SRPR Neurologique – Ste Anne 6 en cours d'ouverture, 12 en 2024
SRPR Neurologique – Garches 12 + enfants 6
SRPR Neurologique – Bicêtre 6
SRPR Neurologique – Beaumont 12

Les constats

15 à 20 % des patients en impasse hospitalière

Difficultés de retour ou de maintien à domicile



CARSIC: Cellules d'Appui à la Résolution des Situations Complexes

Intervention pour la Résolution de

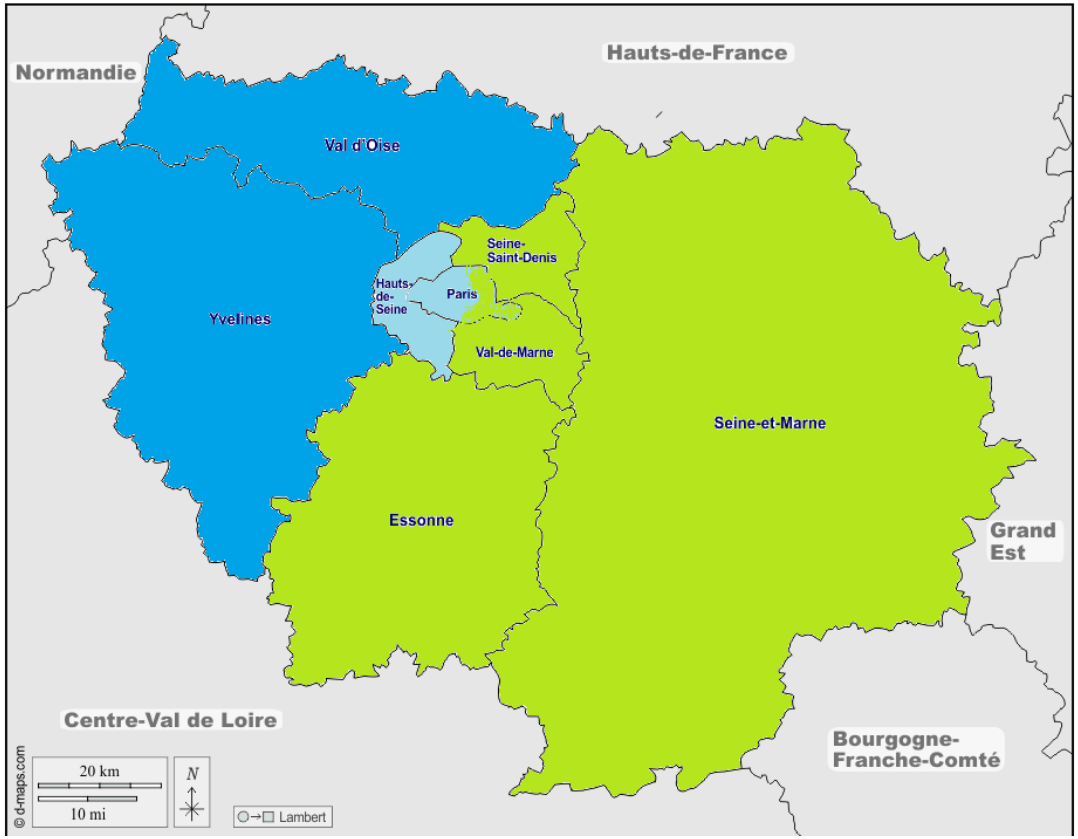
- **Situations bloquées, adressées par des équipes MCO ou SSR**
- **patients hospitalisés, plus de raison médicale depuis plus de 2 mois en MCO et plus de 4 mois en SMR**
- **Situations complexes: besoins en soins, prise en charge de la dépendance, situations sociale et environnementale**
- **Intervention du CARSIC après avis de la commission (séjours longs, comlexes…) ou cellule de regulation d el'établissement**
- **Aap en 2020, début activité au mois de janvier 2022 -> 2 CARSIC identifiées**

- **Les cellules CARSIC ont pour vocation de trouver des solutions innovantes pour résoudre les situations de blocages de patients hospitalisés.**
- Les CARSIC ne se substituent pas aux dispositifs existants mais viennent en appui des partenaires, à leur demande, pour aider à la résolution de situations jugées comme complexes
- Les solutions proposées pourront être multiples et dérogatoires si nécessaire, dès lors qu'un accord est trouvé entre les différents acteurs et que la prise en charge financière est assurée

CARSIC: Cellules d'Appui à la Résolution des Situations Complexes

Equipe pluridisciplinaire:

- Coordonnateurs de parcours: travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmiers
- Médecin
- Chargé de projet



CARSIC Ouest

01 88 75 03 91

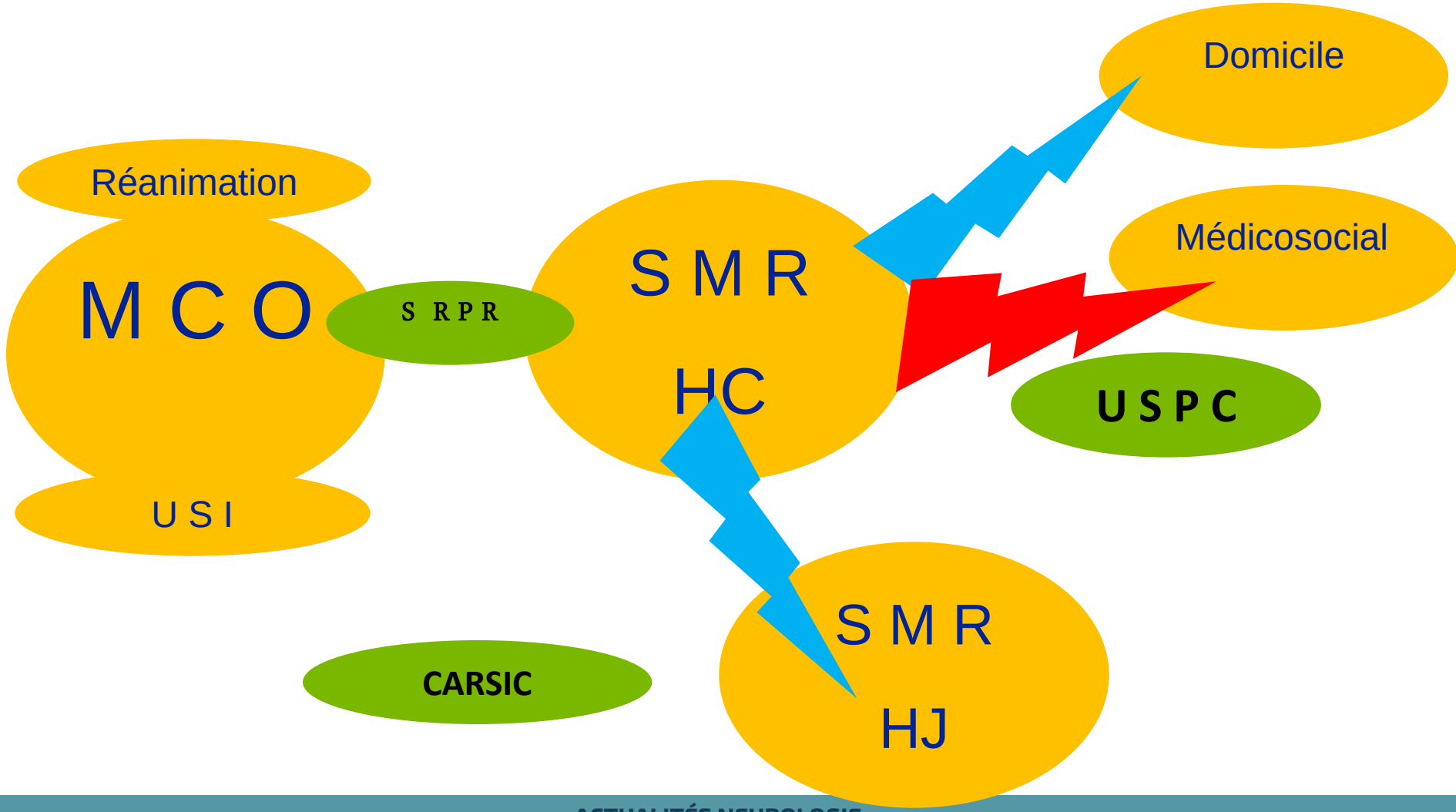
contact@carsicouest.com

CARSIC Est

01 43 96 68 63

carsic.est@ght94n.fr

Constat : blocages dans le parcours de soins des personnes en situation de handicap



Constat : blocages dans le parcours de soins des personnes en situation de handicap

- **Certains patients sont bloqués en SMR en raison de leur prise en charge importante en soins. Ces patients sont stabilisés et ont besoin d'un lieu de vie mais sont en situation d'impasse hospitalière. Ils ne peuvent pas retourner au domicile et les structures médico-sociales (FAM/MAS) ne peuvent répondre à leurs besoins sanitaires ;**

- **Certains usagers sont accompagnés en FAM ou en MAS mais leur situation se dégrade et nécessiterait une prise en charge en soins plus importante (trachéotomie, gastrostomie…) et donc une réorientation vers une structure plus adaptée.**

- **Certains usagers ayant une reconnaissance handicap et une orientation MDPH sont au domicile sans solution (déficit d'offre médico-sociale en IDF, complexité de l'accompagnement…) ;**

→ trouver une solution de prise en charge opérationnelle rapidement, s'appuyant sur des dispositifs existants

Création des USPC (Unités de Soins Prolongés Complexes)

- **Statut d'USLD**
  - **Seul dispositif sanitaire sans limitation de durée**
  - **Et sans barrière d'âge, même si fortement utilisé pour des patients de +60 ans**

    => MAS : pas suffisamment d'environnement sanitaire
- **Création de ces USPC par transformation de lits d'USLD et de SSR,environnement sanitaire nécessaire à la prise en charge de ces patients**
- **Accueil de patients adultes de 18 ans et plus sans limite d'âge**
- **Les USPC = des lieux de soins et de vie. Elles doivent permettre une prise en charge pluridisciplinaire et l'élaboration d'un projet de vie répondant aux souhaits de la personne et de sa famille**

Appel à projets en 2017 sur la base d'un cahier des charges

5 sites ont été retenus, correspondant à 96 lits

75 : Hôpital Sainte Périne (24 lits) - APHP

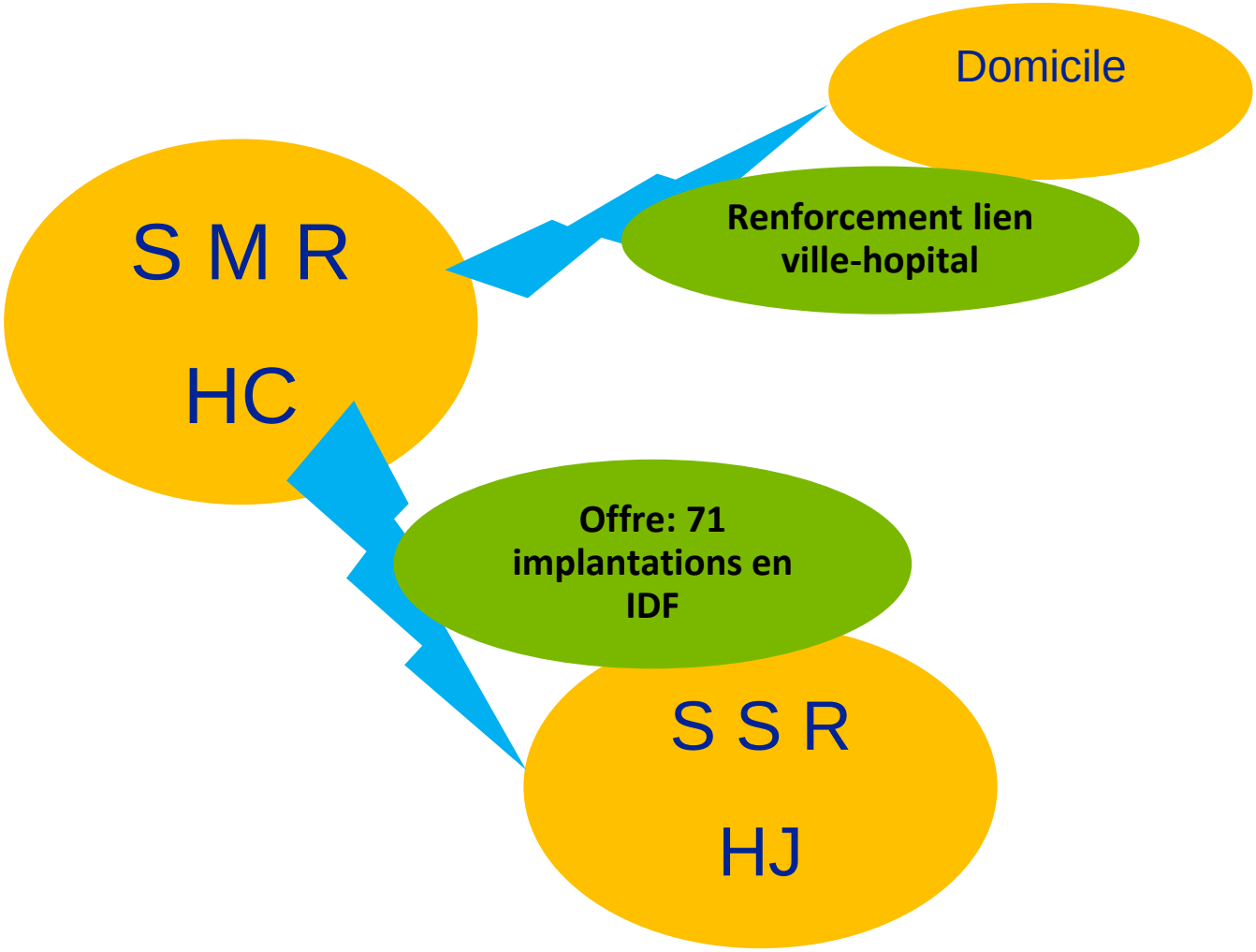
77 : Centre Médical et Pédagogique Pour Adolescents de Neufmoutiers (12 lits pour les moins de 35 ans) - ESPIC

77 : Centre de rééducation de Coubert (12 lits) -ESPIC

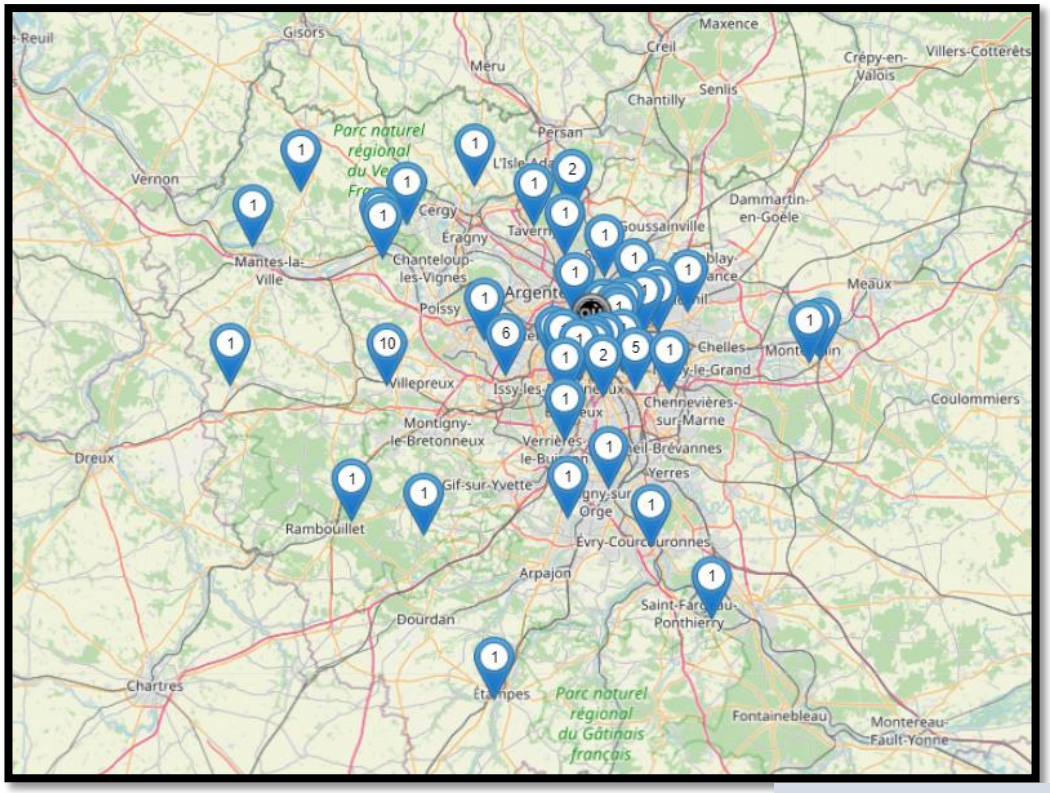
78 : Hôpital le Vésinet (12 puis 24 lits) - EPS

94 : Hôpital Albert Chenevier (36 lits) - APHP

Améliorer l'accompagnement et le maintien à domicile
Sortie de SMR



Développement offre HDJ SSR neurologie



71 implantation HDJ SSR Neuro

Ouverture des plateaux techniques

Aller vers le domicile

- HAD de réadaptation
- Equipes mobiles de Réadaptation réinsertion
- Equipes de soins neurologiques à domicile

HAD de réadaptation
HAD R

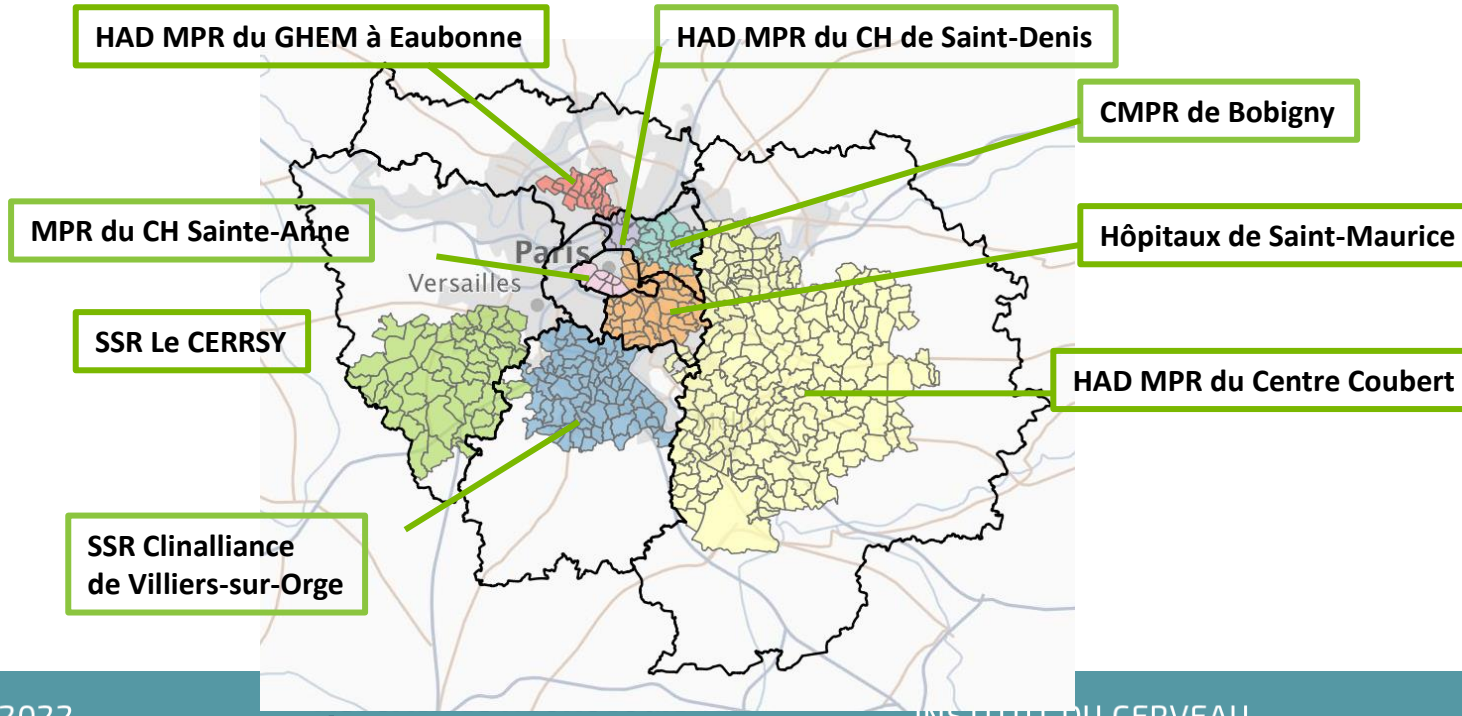
HAD – R: Partenariat innovant

Partenariat entre

- **équipe ou structure d'HAD spécialisée en médecine physique et de réadaptation**
  - **structure d'HAD polyvalente**
  - **soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés**
  - **se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des acte**

→ **synergie des expertises**

HAD R: possibilité de prendre en charge des patients plus complexes (besoin de réadaptation + autres soins)

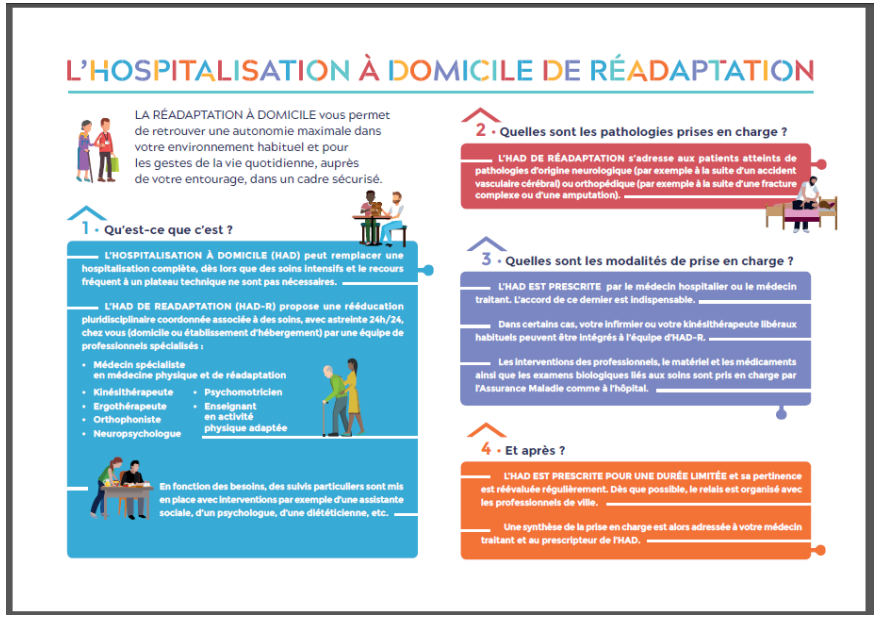


https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-annuaire-et-activite

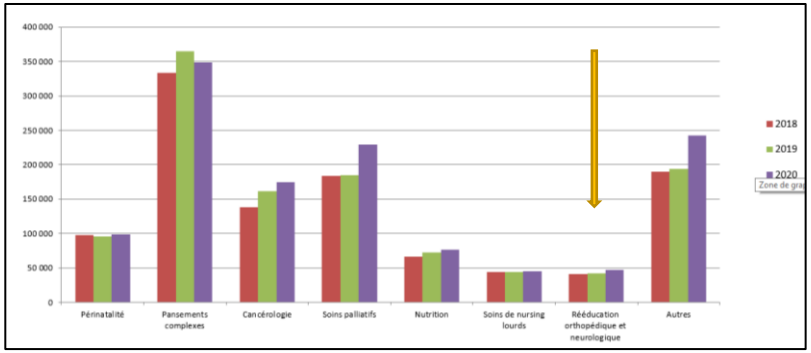
Objectifs et missions de l'HAD-R

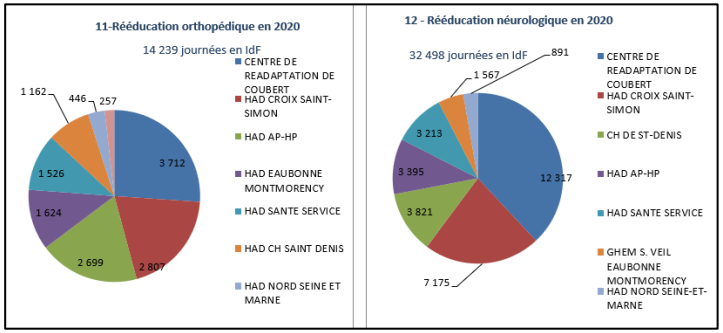
- **Patients porteurs de déficiences/incapacités motrice et/ou cognitive et/ou psycho-comportementale entrainant un handicap**
  - **acquérir des gains fonctionnels/prévenir les complications spécifiques liées aux déficiences**
- **Soins complexes pluridisciplinaires coordonnés sans nécessité de soins intensifs ni de recours fréquents à un plateau technique spécialisé**
- **Rééducation en milieu écologique: Le patient est dans son environnement, est confronté à ses difficultés dans la vie réelle et les progrès sont immédiatement appréhendés**
- **Retrouver des repères habituels rassure et contribue à la mise en place d'une dynamique positive et d'une réinsertion sociale plus rapide**
- **La présence de l'équipe d'HAD-R au domicile facilite l'implication des aidants du patient (proches et professionnels) ; elle est l'occasion d'intégrer le médecin traitant au projet thérapeutique**

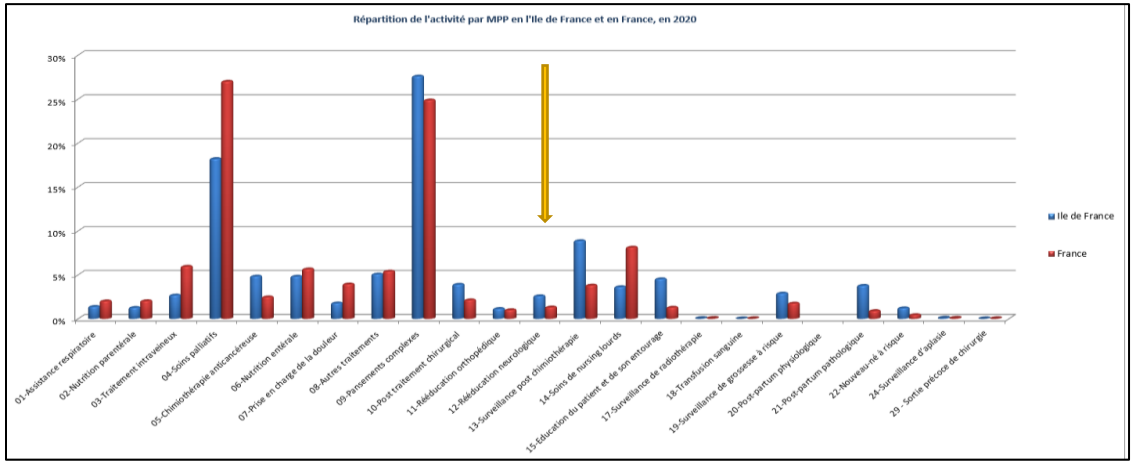
Plaquette d'information



Activité: Rééducation neuro 3% rééducation ortho 1%







Décret 2022
Conditions d'implantation d'autorisation

Équipes Mobiles de Réadaptation Réinsertion

EM RR

Plan AVC 20210-2014

Axe 2 : *mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés*

Action 10 : *conduire des projets pilotes et des expérimentations organisationnelles; permettre leur analyse et leur mutualisation*

-> Création des Equipes Mobiles AVC/NEURO SSR

Objectifs:

Favoriser le retour ou le maintien à domicile des personnes en situations de handicap neurologique temporaire ou prolongé

Etre une interface, un lien entre les services hospitaliers et les acteurs en ville

Coordonner les actions entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et le lieu de vie

Déploiement des Equipes Mobiles SSR AVC / NEURO

Labellisation fin 2013 de 8 EM rattachées à un SSR neurologique (7) et gériatrique (1)

Missions très vite élargies aux personnes adultes , voire enfants, et personnes âgées en situation de handicap ayant une pathologie neurologique

Parallèlement le groupe de travail régional SSR identifiait le besoin de développer :la mission ressource des établissements de SSR dans le parcours patient notamment sur le domicile

Groupe de travail SSR régional : EM SSR

► *Elaboration d'un cahier des charges*

Fusion des EM SSR et des EM AVC / Neuro

=> EM RR sur tous types de handicaps hors psychiatrie et Alzheimer

EQUIPE MOBILE RR – Pourquoi ?

Des équipes pluri-professionnelles créées pour : interface, lien entre les services hospitaliers et tous les acteurs de ville

- **Fonction d'appui à la prise en charge des patients en soutien des professionnels de santé, sociaux et médicosociaux**
- **Coordonner les actions entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et le lieu de vie**
- **Favoriser le retour ou le maintien sur le lieu de vie des personnes en situation de handicap**
- **Evaluer les besoins d'adaptation de la personne dans son environnement**
  - **Apporter une aide au projet de vie et de soins**
  - **Aider dans les démarches administratives nécessaires**
  - **Transmettre son expertise aux acteurs du lieu de vie**
  - **Conseiller, informer et former les acteurs intervenants auprès de la personne**

Permettant de prévenir – les hospitalisations évitables ou inutiles – les ruptures de parcours

Des équipes composées de

– Médecins spécialistes de rééducation et de réadaptation ou de gériatrie
– Ergothérapeutes
– Assistants sociaux
– Secrétaires…

Les professionnels évaluent, préconisent et orientent mais ne dispensent pas de soins ni de rééducation

EQUIPE MOBILE RR – COMMENT ?

Où ?

- Au domicile ou en secteur médicosocial
- Dans un service hospitalier dans une perspective de retour à domicile

-> Dans le cadre d'un territoire de Proximité

Pour qui ?

- Personnes en situation de handicap dont la situation ne permet pas un retour ou un maintien à domicile en l'état
- Aidants non professionnels
- Professionnels (expertise)

A la demande de qui ?

=> Exclusivement à la demande de professionnels

- Professionnels et institutionnels de santé, médico-sociaux ou sociaux intervenant auprès de la personne
- Pas de demande directe par des particuliers -> Ré-Orientation
- Collaboration souhaitée avec le médecin référent et accord préalable de la personne concernée

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

ÉQUIPES MOBILES RÉADAPTATION / RÉINSERTION ÎLE-DE-FRANCE

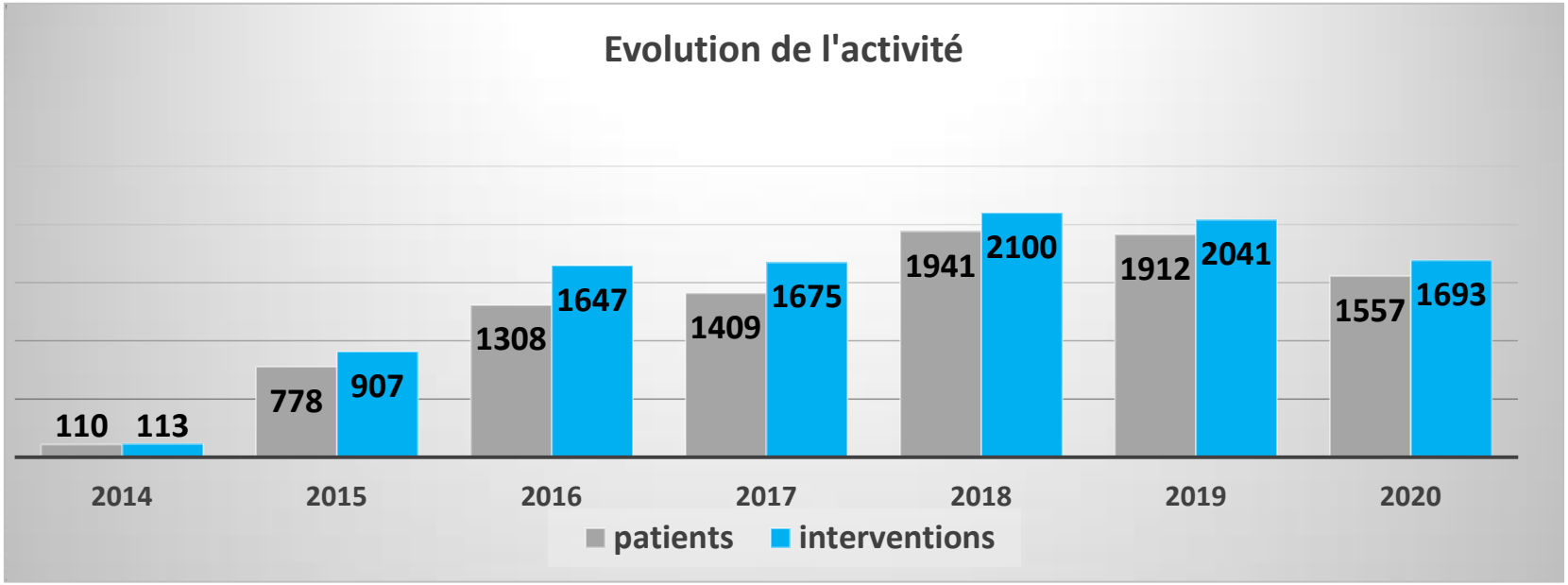
COORDONNÉES DES ÉQUIPES MOBILES

N°	Etablissements	Téléphone	E-mail
1	**Hôpital Lariboisière- F Widal** (75010)	01 49 95 61 52	equipemobile.mpravc@lrb.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 Marne Nord**	01 64 40 40 01	equipemobile-SSR77@probtp.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	equipemobilessr@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	equipemobilessr.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

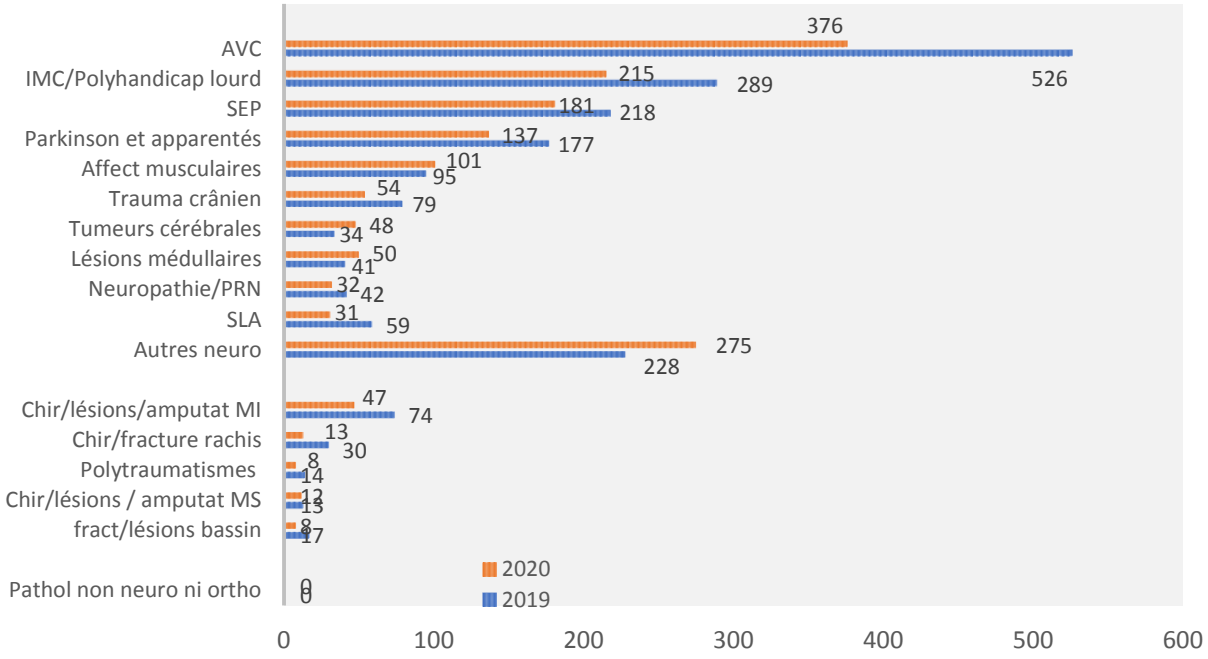
Groupe de suivi - évaluation (ARS) réunissant toutes les EM organisé tous les 12 mois

- **Groupe de travail interne : fréquence mensuelle : pilote L. JOSSE**
- **Mise en place d'une banque de données régionale: évaluation quantitative**
- **Chaque EM RR: évaluation qualitative**

EM RR Activité



Pathologies - années 2019 et 2020



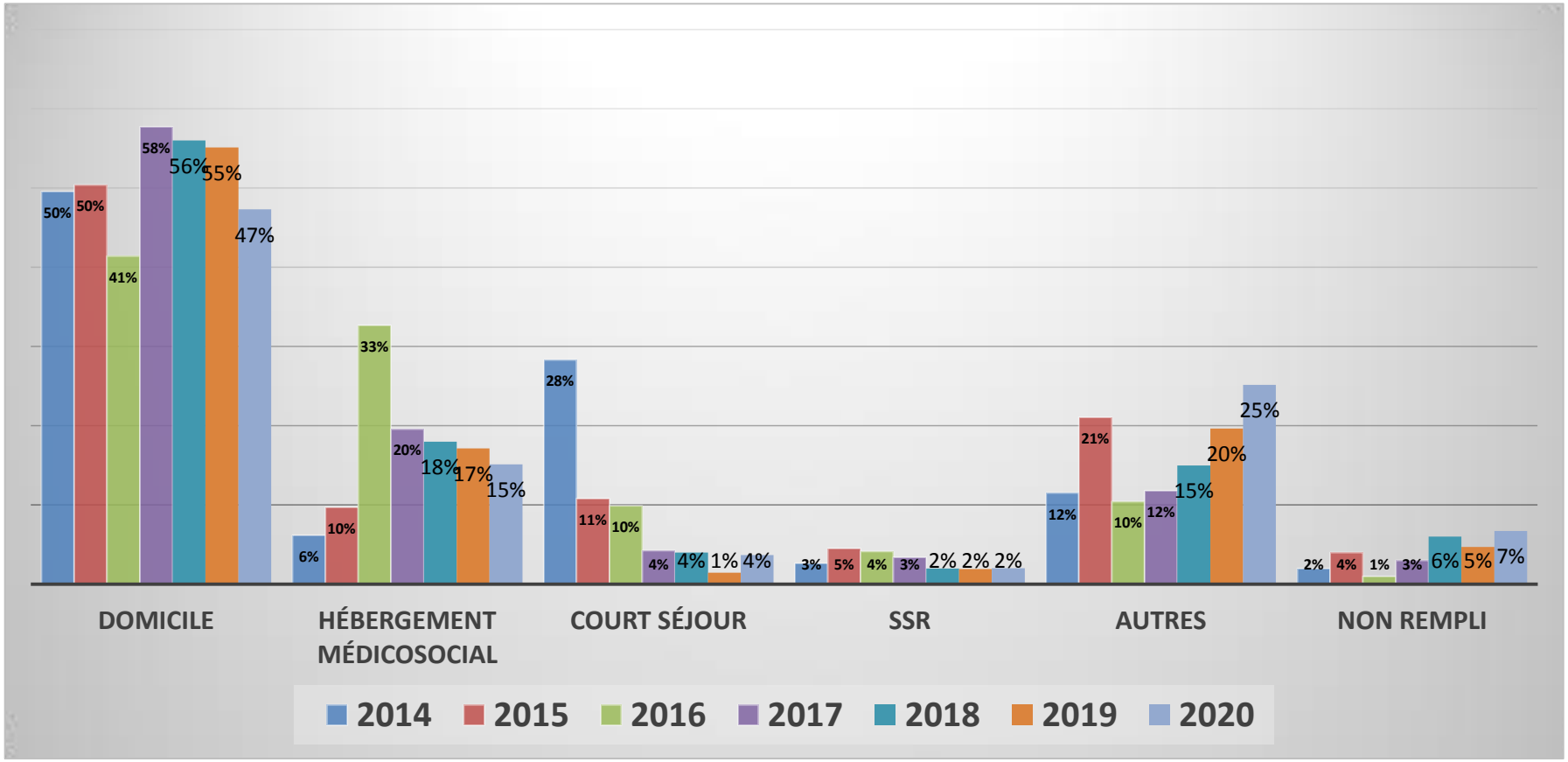
2019: 92 % pathologie neurologique ; 8 % pathologie orthopédique et 0 % pathologie autre

2020 : 94 % pathologie neurologique ; 6 % pathologie orthopédique et 0 % pathologie autre

Score de dépendance PMSI

- 32% dépendance physique > 12
- 39% dépendance cognitive entre 5 et 8

Majorité des interventions au domicile



Sollicitations des EM RR

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Structures hospitalières	79%	65%	45%	50%	51 %	47%	48%
Structures médico-sociales ou sociales	6%	19%	41%	34%	34%	38%	37%
Professionnels de santé libéraux	14%	13%	11%	11%	11 %	11%	10%
Associations patients	1%	2%	1%	3%	3 %	2%	3%
Données manquantes	0%	1%	1%	2%	2 %	2%	1%

EQUIPE MOBILE RR

Points forts

EM RR couvrent la quasi-totalité de l'IDF à l'exception du sud de l'Essonne.

EM RR ont participé à l'identification des structures existantes sur leur territoire et leurs spécificités.

Leur activité en augmentation jusqu'à 2018, stable maintenant

Elles interviennent véritablement dans le champ du handicap

- **principalement neurologique,**
- **pour des patients plutôt âgés et dépendants**

Le champ du domicile est en 2019 majoritairement investi

- **55% des interventions réalisées au domicile**
- **17% en hébergement médico-social**

Points à améliorer/difficultés

Développer des liens avec les MDPH

EM RR très sollicitées avec des délais d'attente allongés

Apporter une réponse aux préconisations

- **Démographie des paramédicaux**
- **structures d'accueil pour handicap neurologique ….**

Equipe Spécialisée Neurologique A Domicile

ESN – A

Expérimentation SSIAD en cours

ESN-A: Equipe spécialisée neurologique a domicile

Mesure 21 du PMND (Plan maladies Neuro Dégénératives) :

- **Sur la base de l'expérimentation des équipes spécialisées Alzheimer (ESA)**
- **PMND -> concevoir et expérimenter un protocole d'intervention au domicile pour les personnes atteintes d'une maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques.**

Trois régions pilotes : AURA, Hauts de France et Ile de France

En Ile-de-France, abordé sous le cadre du « handicap neurologique », incluant notamment les personnes victimes d'AVC, avec cependant une priorité pour le public SEP/Parkinson

Appel à candidature en 2017

Critères de sélection

- **un SSIAD ou SPASAD**
- **Au moins 80 places autorisées et installées pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées,**
- **Un minimum de 10 places pour personnes en situation de handicap de moins de 60 ans.**

ESN-A: Equipe spécialisée neurologique a domicile

Équipe pluridisciplinaire, IDEC, Ergothérapeute, psychomotricien, psychologue clinicien Diététicien, …

sur prescription médicale

Missions: prévenir et traiter la perte d'autonomie en rapport avec des troubles neurologiques et cognitifs, et des facteurs situationnels particuliers. Potentiel de progrès fonctionnel.

Objectifs

- **Permettre l'évaluation multidisciplinaire de la personne +/- de l'aidant.**
- **Réaliser la prise en charge en :**
  - **Optimisant les capacités fonctionnelles du patient dans toutes les activités de la vie quotidienne.**
  - **Diagnostiquant les troubles psychologiques, et orienter si besoin.**
  - **Apportant des conseils nutritionnels adaptés.**
  - **Formant les proches, tant les aidants familiaux que les intervenants et aidants professionnels du domicile, lors des interventions.**
- **Etre en capacité de réorienter vers le dispositif le plus adapté**

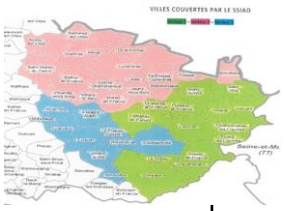
Forfait de 18 séances maximum par an, hors évaluation initiale et réévaluation à trois mois

Points de vigilance

- **pas de soins infirmiers techniques/** Collaboration avec les partenaires paramédicaux libéraux : kinésithérapeutes, orthophonistes, IDE libéral

Deux projets retenus

L'ASSAD XV, **Paris** places de SSIAD PA/PH et d'une ESAASSAD XV **Equipe :** 1 ETP psychomotricien 1 ETP ergothérapeute 0. 75 IDEC 0.20 psychologue **Paris: Arrondissements VII / XIV / XV / XVI**	L'ADMR Pays de France **Val d'Oise** places de SSIAD PA/PH, de places de SSIAD renforcé et d'une ESA **Equipe :** 0.75 IDEC 0.50 psychomotricien 0.50 ergothérapeute 0.50 psychologue 0.50 AMP/EAPA Vacations de diététicienne **communes de l'Est du Val d'Oise :**



Bilan 2021: type de pathologie, type d'intervention, durée de la prise en charge
Développement de l offre sur les Hauts de France,

Dispositifs à domicile: soins (HAD-R, ESN-A) ou évaluation (EM-RR)

Difficultés

- **Faible connaissance par les professionnels des ressources mobilisables sur leur territoire**
- **Peu de coordination entre les différents acteurs**
- **Partage d'informations insuffisantes entre les professionnels de santé**
- **Démographie des professionnels**
- **Formation des professionnels**

Axes d'amélioration

- **Se coordonner au sein d'un territoire ou d'un sous territoire**
- **Améliorer la visibilité de l'offre pour les professionnels de santé et les patients**
- **Favoriser les coopérations entre les professionnels hospitaliers, libéraux, sociaux , medico-sociaux**
- **Favoriser le partage d'expériences**
- **Développer des outils communs**

Clarifier le paysage des dispositifs d'accompagnement à domicile des patients avec handicap

Par exemple

- **Offre médico sociale : SAMSAH** **Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) qui ont eux pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité**
- **UEROS: unités d'évaluation de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) accueillent et accompagnent les personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou d'une lésion cérébrale acquise. Les équipes des UEROS informent et conseillent la personne et son entourage**
- **Offre libérale**
- **Réseaux thématiques neurologiques**

DAC: Dispositifs d'aide à la coordination

Loi OTSS* du 24 juillet 2019: Intégration dans un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) unique sur le territoire de différentes structures de coordination existantes (réseaux de santé, MAIA, PTA, CTA Paerpa, et des CLIC sur délibération du Conseil départemental)

Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) est un point d'entrée unique et gratuit pour les professionnels et structures qui font face à des personnes en situations de santé et de vie complexes pour favoriser le maintien à domicile.

Équipe pluri-professionnelle (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux…)

Missions:

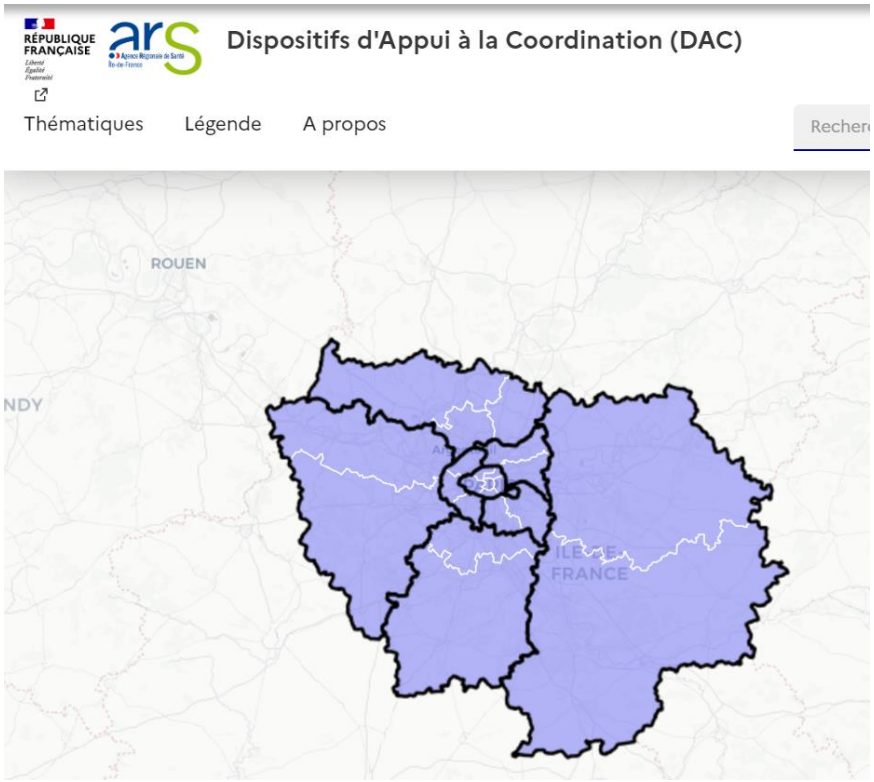
- **informer et orienter les professionnels, les patients et leur entourage dans les situations complexes**
- **Apporter des réponses concrètes**

  en évaluant la situation et les besoins de la personne

  en proposant un parcours de santé personnalisé, coordonné et accompagné, en accord avec le médecin traitant et en lien avec les professionnels

*Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

DAC: Dispositifs d'aide à la coordination



- **Mission d'animation territoriale visant l'amélioration des parcours de santé complexes**
- **Portail MAILLAGE** du département : accès à des informations sur l'actualité santé et des ressources locales

Intervention quelque soit l'âge ou la pathologie (polypathologies, cumul de difficultés sociales et/ou de santé mentale avec des difficultés somatiques, isolement, …)

Annuaire des dispositifs

polecapneuro.sante-idf.fr/home/ressources-utiles/les-acteurs-du-parcours-handicap.html

PÔLE CAP NEURO IDF

En cette période de cyber malveillance, nous vous recommandons fortement de changer votre mot de passe afin de sécuriser vos accès.

Un centre ressource pour les professionnels franciliens accompagnant les adultes en situation de handicap neurologique

Pôle Cap Neuro | Pathologies neurologiques | Actualités | Agenda | Ressources utiles | Annuaire de l'offre "handicap neurologique"

RECHERCHER UNE STRUCTURE/UN PROFESSIONNEL DANS L'ANNUAIRE DE L'OFFRE DU "HANDICAP NEUROLOGIQUE"

QUI, QUOI ? | Région Île de France ×

Accueil / Ressources utiles / Les acteurs du parcours "handicap neurologique" en IDF

Les acteurs du parcours "handicap neurologique" en IDF

Vous souhaitez mieux connaître l'offre d'accompagnement des pesonnes adultes en situation de handicap neurologique, alors vous êtes sur la bonne page !

Le Pôle Cap Neuro met à votre disposition des fiches synthétiques qui décrivent les différents types de structures/services sanitaires, médico-sociaux et sociaux de l'Ile de France pouvant intervenir dans le parcours d'adultes avec un handicap neurologique. Pour aller plus loin, chaque fiche dispose d'un lien vous permettant de rechercher l'offre sur l'Ile de France.

L'objectif est de leur donner plus de lisibilité et par conséquent d'enrichir ou mettre à jour vos connaissances sur les ressources mobilisables sur le territoire.

Ces fiches, construites sur le même modèle, ont été élaborées par le Pôle Cap Neuro ou des structures elles-mêmes, et ont été validées soit par l'ARS soit par des représentants de ces structures. Cette documenthèque sera enrichie au cours du temps en fonction de l'évolution de l'offre (nouveaux dispositifs, nouveaux décrets...) et également de vos commentaires et propositions qui sont les bienvenus.

Dans une démarche de mutualisation des travaux des MAIA de l'Ile de France qui portent sur la description de certains services/structures, nous vous invitons à consulter leur référentiel de l'offre pour les personnes âgées dans lequel vous trouverez