

**OPPORTUNITÉ, FAISABILITÉ D'UNE  
ÉQUIPE MOBILE D'ÉVALUATION ET DE  
COORDINATION DE MÉDECINE  
PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION SUR  
LE SECTEUR SANITAIRE 3 ET  
PREMIÈRES ORIENTATIONS**

---

**Mars 2011**

**Mme Karelle LE GLEUT  
Dr Christine PIETTE**

**Le Comité de Pilotage du Centre de Rééducation et Réadaptation  
Fonctionnelle de Kerpape**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>CONTEXTE SANITAIRE ET MEDICOSOCIAL.....</b>	<b>4</b>
I. L'OFFRE DE SOINS ET MEDICOSOCIALE.....	4
II. LA POPULATION HANDICAPÉE – LES DÉFICIENCES MOTRICES.....	4
III. DES EXPÉRIENCES D'ÉQUIPE MOBILE DE MPR EN FRANCE.....	5
<b>OPPORTUNITÉ – FAISABILITÉ D'UNE ÉQUIPE MOBILE D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION DE MPR.....</b>	<b>7</b>
I. MÉTHODOLOGIE.....	7
II. LES FORCES ET FAIBLESSES DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE PERSONNES HANDICAPÉES PHYSIQUES OU EN SITUATION DE HANDICAP PHYSIQUE SUR LE SECTEUR 3.....	8
III. OPPORTUNITÉ – FAISABILITÉ D'UNE ÉQUIPE MOBILE PLURIDISCIPLINAIRE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION SUR LE SECTEUR III.....	19
IV. LES PARTENARIATS .....	30
<b>PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'EQUIPE MOBILE D'EVALUATION ET DE COORDINATION DE MPR.....</b>	<b>31</b>
I. PERTINENCE DU PROJET ET COHERENCE AVEC LES PRIORITES DE SANTE.....	31
II. OBJECTIFS GÉNÉRAL ET SPÉCIFIQUES DE L'ÉQUIPE MOBILE .....	31
III. LA FICHE D'IDENTITÉ DE L'ÉQUIPE MOBILE.....	32
IV. LES MISSIONS PRINCIPALES DE L'ÉQUIPE MOBILE.....	32
V. ACTIVITE PREVISIONNELLE DE L'EQUIPE MOBILE .....	37
VI. LE SUIVI ET L'EVALUATION .....	39
VII. LES PARTENARIATS À METTRE EN PLACE .....	40
VIII. LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET .....	41
<b>ANNEXE : LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES.....</b>	<b>43</b>

# INTRODUCTION

---

L'établissement mutualiste de rééducation et réadaptation fonctionnelle de Kerpape souhaite contribuer à la promotion d'une équipe mobile d'évaluation et de coordination de Médecine Physique et de Réadaptation sur le territoire de santé n°3, afin de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées.

Le contexte de cette démarche partagée par les professionnels et responsables de l'établissement est le suivant : prévalence accrue des affections neurologiques, accès insuffisant des personnes handicapées aux soins de MPR, cumulés aux constats de rupture dans la continuité des soins entre les établissements de santé, médico-sociaux et le domicile, de possibles régressions ou de difficultés d'entretien des acquis faute de liens satisfaisants avec les professionnels libéraux, de problèmes de formation et d'harmonisation des pratiques, de manque de coordination des actions et de partage d'informations entre les professionnels impliqués d'une part et les patients et leur entourage d'autre part.

Ces constats ont ainsi conduit le centre de rééducation à inscrire dans son contrat d'objectifs et de moyens 2008-2012 cet axe de travail, avec pour finalité, « la réponse aux besoins de la personne handicapée motrice tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, de l'accès aux soins de base et aux soins spécifiques en assurant leur coordination et leur continuité par une implication interdisciplinaire des acteurs de ville et de l'hôpital, du secteur sanitaire et médico-social avec un objectif d'insertion et d'amélioration de leur qualité de vie ».

Afin d'accompagner leur projet, les responsables de l'établissement ont sollicité ICONES, bureau d'études en santé publique pour dans un premier temps, évaluer l'opportunité et la faisabilité du projet avec les acteurs et partenaires du champ du handicap, puis à partir de ces résultats, proposer des premières orientations stratégiques de l'activité et des prises en charge de l'équipe mobile d'évaluation et de coordination de MPR.

Le présent document est ainsi articulé en deux parties successives reprenant ces deux étapes.

Toute la démarche a été coordonnée par un comité de pilotage interne (réuni à 3 reprises) constitué de médecins, Docteur Le Guiet, Docteur Tsimba et Docteur Charbonnier, de Madame Stephan, responsable du service de réadaptation et d'insertion sociale et professionnelle (SRISP) et du directeur Monsieur Bardou. Des contacts téléphoniques et mails réguliers ont permis d'affiner les différents supports, documents et rapports.

# CONTEXTE SANITAIRE ET MEDICOSOCIAL

Le projet a été travaillé à l'échelle du territoire de santé n°3 qui couvre les secteurs environnant Lorient et Quimperlé. Il concerne près de 276 000 habitants (INSEE 2006). L'état de santé de la population du territoire est proche de la moyenne régionale (ORSB – Synthèse du tableau de bord du territoire de santé n°3 – décembre 2005), à l'exception des décès par maladies de l'appareil digestif où est observée une surmortalité.

Par ailleurs, la population du secteur se caractérise par un indice de vieillissement plus élevé que la moyenne régionale. Ce vieillissement des populations est également à l'origine de nouveaux besoins et d'incapacités nouvelles.

## I. L'OFFRE DE SOINS ET MEDICOSOCIALE

Les taux d'équipement hospitaliers du secteur sont corrects et comparables au reste de la région. Les établissements sanitaires sont concentrés autour de Lorient, Hennebont – Ploemeur et Quimperlé. Les cantons de Port Louis et le Faouët disposent d'un hôpital de proximité. De fait, le Nord Ouest du secteur se trouve plus à distance de l'offre hospitalière.

D'après le SROS (mise à jour – octobre 2009), 87% de la population du territoire de santé nécessitant une hospitalisation en court séjour la réalise dans un des établissements de santé du secteur. Le taux d'attraction au profit de la population hors secteur est de 12% des séjours de MCO réalisés.

Plus particulièrement pour le SSR, les taux d'équipement sont plus élevés que ceux du reste de la région avec également un fort taux de recrutement extérieur (37%). Ceci est expliqué notamment par la vocation extra sectorielle du Centre mutualiste de Kerpape.

Sur le territoire, plusieurs établissements spécialisés interviennent dans les prises en charge de personnes handicapées. La Filière médicosociale Handicap de la Mutualité 29-56 dispose de services diversifiés d'accueil et de soins à savoir FAM, MAS, ESAT, Foyers de vie, IEM, SESSAD, ALCAT. Un SAMSAH de 50 places se développe depuis début 2011 sur Lorient. L'AIPSH (Association d'intégration pour les personnes en situation de handicap) organise un service d'accompagnement à domicile (SAD) pour 60 personnes, un SAVS de 38 places, un FAM et une MAS.

## II. LA POPULATION HANDICAPÉE – LES DÉFICIENCES MOTRICES

Le dénombrement de la population handicapée en France et en Bretagne est basé sur des estimations, à partir d'extrapolation des taux de prévalence et/ou de résultats d'enquête. La MDA 56 (Maison Départementale de l'Autonomie) interrogée à ce sujet confirme l'absence de données chiffrées exploitable à son niveau. Ainsi, les données ci-après donnent des ordres de grandeur et sont à analyser avec précaution. Les extrapolations ont été réalisées à un niveau départemental, le territoire de santé 3 se situant à cheval sur les 2 départements.

Dans le rapport sur l'état de santé de la population en Bretagne, publié en septembre 2010, et d'après le CREAL de Bretagne, **la population des enfants handicapés de 0 à 19 ans** est estimée à partir d'extrapolations des différentes études entre 6 000 à plus de 14 000 pour la Bretagne, dont 1 300 à près de 3 000 enfants dans le Morbihan et 1700 à 4000 dans le Finistère. Les déficiences motrices sont parmi celles présentant les taux de prévalence les plus forts (selon la prévalence RHEOP<sup>1</sup> : 3,2 pour

<sup>1</sup> Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal Isère, Savoie, Haute-Savoie.

1000), soit une estimation de près de 530 enfants déficients moteurs dans le Morbihan et 680 dans le Finistère.

Pour **la population adulte handicapée à domicile de 20 à 59 ans**, les estimations sont entre 58 000 et 71 000 en 2007 en Bretagne, dont 13 000 à 15 000 en Morbihan et 16 000 à 20 000 en Finistère.

D'après l'enquête CTNERHI<sup>2</sup> de 1992, le taux de prévalence des déficiences motrices est estimé à 13,1 pour 1 000, soit des estimations de 21 300 personnes en Bretagne et 4 736 en Morbihan en 2007 et 6000 en Finistère. Les déficiences physiques, multiples ou associées à une déficience ou maladie mentale ont un taux de prévalence de 15,6 pour 1 000 soit des estimations de 26 000 personnes concernées en Bretagne dont 5640 en Morbihan et 7200 en Finistère.

Au total, les déficiences motrices, physiques associées ou non à une déficience psychique représentent près de 24 000 personnes âgées de 20 à 59 ans sur les 2 départements du Morbihan et Finistère.

Une autre approche repose sur les dénombrements de bénéficiaires d'aides, approche elle aussi incomplète dans la mesure où certaines aides sont soumises à condition de ressources (source : Plateforme de l'observation sanitaire et sociale en Bretagne).

Pour le Morbihan, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Education Enfant Handicapé (AEEH) est de 1 679 bénéficiaires et pour l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) de 9 735 bénéficiaires au 31/12/2008 dont près de 3 200 bénéficiaires dans le Pays de Lorient en 2008. Pour le Finistère sont comptabilisés 2200 bénéficiaires de l'AEEH et 13 166 pour l'AAH.

Les taux d'allocataires (AAH) pour 1000 personnes de 20 ans et plus sont supérieurs en Bretagne par rapport à la France en 2008.

Pour les personnes âgées, le nombre de bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée pour l'autonomie) est de 64 000 en Bretagne au 30/06/2010, dont près de 14 500 en Morbihan et 19 500 en Finistère (source CREAL de Bretagne – PLATOSS).

Au final, le territoire de santé n°3 rassemble près d'un cinquième de la population des 2 départements du Morbihan et Finistère. Rapportées à l'échelle du territoire 3, les différentes estimations exposées pour les différentes sous populations d'enfants handicapés de 0 à 19 ans ou d'adultes handicapés à domicile âgés de 20 à 59 ans présentant des déficiences motrices, physiques associées ou non à d'autres déficiences conduisent à un nombre de près de 5 000 personnes, auxquelles il faut ajouter les adultes de 20 à 59 ans pris en charge en institution et les personnes âgées de plus de 60 ans.

### III. DES EXPÉRIENCES D'ÉQUIPE MOBILE DE MPR EN FRANCE

Trois expériences sont comparables (sur tout ou partie de leur contenu) au projet porté par les professionnels du CRRF, elles sont brièvement décrites ci-après :

➤ **Le réseau Handicap Lourd Aquitaine (HLA 33)**

Ce réseau a été créé pour améliorer la coordination et la qualité des soins de ville dispensés aux adultes handicapés moteurs lourds, vivant à domicile en Gironde. L'équipe mobile a suivi depuis la création du réseau en 2004, 364 usagers. La file active est en 2009 de 160 personnes.

---

<sup>2</sup> CTNERHI : Centre Technique National d'Etude et de Recherches sur les Handicaps et les inadaptations

› **L'Unité Mobile d'Evaluation et de Suivi des Handicaps (UMESH 76) en Seine-Maritime**

Cette unité a été créée en 2001 et fonctionne dans un rayon de 50 kilomètres autour de Rouen auprès des personnes présentant un handicap moteur associé ou non à des troubles neuropsychologiques et/ou handicap sensoriel, sans limite d'âge. L'équipe intervient à domicile, en institution ou en service hospitalier ne disposant pas de MPR pour réaliser l'évaluation des besoins (médecin MPR – ergothérapeutes) et favoriser l'accès et la mise en place des soins et aides en concertation avec les professionnels de santé et partenaires présents sur le terrain. En 2009, 256 « dossiers » ont été ouverts pour un total de 512 personnes suivies en 2009.

› **L'équipe mobile interdisciplinaire de rééducation et de réadaptation de Mulhouse**

Créée au sein du centre hospitalier de Mulhouse, l'équipe est composée d'un médecin, d'un IDE, d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute et d'une assistante sociale. L'objectif est de proposer une orientation et des soins adaptés aux situations de handicap, à partir d'évaluations pluridisciplinaires dans les services pour proposer le mode d'intervention le mieux adapté en terme de prise en charge et de relais post-hospitaliers possibles (S. Lefebvre et coll – Journal de réadaptation médicale : Pratique et formation en MPR - volume 27 - septembre 2007 - p 89-91).

# OPPORTUNITÉ – FAISABILITÉ D'UNE ÉQUIPE MOBILE D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION DE MPR

---

## I. MÉTHODOLOGIE

L'opportunité et la faisabilité du projet d'équipe mobile de MPR ont été explorées auprès de professionnels et services ou associations impliqués dans la prise en charge de personnes handicapées.

Ont ainsi été sollicités :

- Des professionnels de santé libéraux et hospitaliers
- Des professionnels du secteur social hospitalier et de ville
- Des responsables d'établissements sanitaires ou de structures spécialisées dans le handicap
- Des associations représentants d'usagers handicapés
- Des responsables d'institutions en charge de la mise en œuvre ou de l'organisation des soins dans le secteur handicap : ARS, conseils généraux, MDA 56.
- Une personne ressource ayant une expérience d'équipe mobile de MPR : réseau handicap lourd 33

La liste des professionnels, élaborée avec le comité de pilotage, figure en annexe.

Les entretiens ont donc concerné les établissements sanitaires du secteur 3 à savoir le centre hospitalier Bretagne Sud (directeur, neurologue, médecin MPR, service social), le centre hospitalier de Quimperlé (directeur, médecin court séjour), l'HAD (médecin coordonnateur), les cliniques du Ter et clinique mutualiste de la Porte de l'Orient (orthopédistes), les maisons de convalescence Keraliguen (directeur) et spécialisée Le Divit (directeur et médecin de SSR).

L'avis des professionnels de « ville » a été obtenu auprès d'un médecin généraliste, d'un kinésithérapeute, d'une orthophoniste et d'un SSIAD.

Les 3 structures spécialisées dans le handicap du secteur : filière médico-sociale de la mutualité 29 - 56, SAMSAH 56 et AIPSH ont également été interrogées.

Au total, 34 entretiens ont été réalisés.

Ces entretiens ont été annoncés par un courrier du directeur du centre de Kerpape, décrivant les objectifs de la démarche. L'accueil réservé par les personnes sollicitées téléphoniquement suite à ce courrier a été très bon. 2 personnes ont décliné l'entretien dont un chirurgien orthopédiste s'estimant peu concerné par les prises en charge de personnes handicapées.

Les entretiens de type semi-directif ont duré de 45 minutes à 2 heures, et se sont tenus en vis-à-vis ou téléphoniquement. La grille d'entretien a été proposée par ICONES puis travaillée avec le comité de pilotage qui l'a validé in fine. Les thèmes d'entretien ont été au préalable adressés aux interviewés :

- Les entretiens ont en premier lieu abordé les forces et faiblesses de la prise en charge actuelle des personnes handicapées physiques ou en situation de handicap physique (avec ou sans troubles associés) sur le secteur 3. Ont été spécifiquement approfondis l'organisation et la coordination, les difficultés rencontrées, les profils pathologiques ou situations posant des problèmes particuliers.
- Ensuite, les pistes de propositions d'amélioration des prises en charge des personnes handicapées physiques travaillées avec le groupe de pilotage du centre de Kerpape ont pu être présentées et discutées avec les interviewés, à savoir l'équipe mobile pluridisciplinaire et sa composition, le rôle d'orientation des personnes handicapées physiques dès la prise en charge en court séjour pour préparer l'aval (domicile, SSR, institution, insertion professionnelle, ...), le rôle d'orientation, de coordination des soins de ville et hôpital, de prise en charge globale dans le cadre du maintien à domicile, un rôle de suivi d'hospitalisation, l'intérêt / la faisabilité de faciliter l'accès aux soins de base et spécialisés, la fonction de gestionnaire de cas dans des situations complexes.
- L'existence de zones géographiques prioritaires, de situations de patients (pathologiques ou autres) à cibler ont été systématiquement recherchées, de même que des suggestions d'améliorations complémentaires.
- Enfin, le positionnement des personnes sollicitées sur les partenariats à mettre en œuvre pour la mise en œuvre d'un tel projet a été questionné.

L'analyse de ces entretiens s'est faite de manière transversale. La synthèse figure ci-après.

## **II. LES FORCES ET FAIBLESSES DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE PERSONNES HANDICAPEES PHYSIQUES OU EN SITUATION DE HANDICAP PHYSIQUE SUR LE SECTEUR 3**

**Il existe, sur le territoire, un véritable réseau de partenaires collaborant globalement bien les uns avec les autres autour de la prise en charge des personnes handicapées (surtout sur Lorient et ses environs) en grande partie du à la présence et à la reconnaissance/notoriété du centre spécialisé de Kerpape et à la taille du territoire (« taille humaine »). Le territoire est globalement bien doté en services de soins et de suivi, même si la répartition géographique au sein du territoire est inhomogène.**

**Cependant, des dysfonctionnements concernant les prises en charge hospitalières, à domicile, la coordination, l'accès aux soins, la formation ou le retour à l'emploi sont mentionnées et exposées ci-après.**

## II.1. ORGANISATION ET COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Les forces mises en avant sont les suivantes :

- L'offre de soins à **Kerpape** est diversifiée et bien organisée. A priori, la grande majorité des patients présentant des lourds handicaps moteurs sur le territoire passe par le centre de Kerpape et est ainsi très bien prise en charge. La quasi-totalité des patients pris en charge dans les services de chirurgie orthopédique des cliniques du ter et mutualiste est envoyée par Kerpape. Les interventions sont la plupart du temps programmées donc anticipées et les sorties sont organisées par ou en lien très fort avec Kerpape soit vers le domicile soit (la plupart du temps) vers Kerpape.
- L'ensemble des personnes interviewées exerçant dans des établissements de soins, note que la **filière hospitalière spécifique AVC** en partenariat avec Kerpape donne satisfaction : meilleures identification et articulation des partenaires, meilleur repérage des prises en charge possibles, gain de qualité dans les prises en charge, nette amélioration des passages de médecins de MPR dans les structures de soins de plus petites tailles. Cependant pour les patients « un peu moins lourds », la filière n'est pas forcément bien repérée.
- Les **sorties d'hospitalisation** sont préparées, sur le plan social, par les assistantes sociales des services hospitaliers (mais elles ne voient pas tous les cas, cf partie suivante). Les démarches initiées semblent se poursuivre une fois le patient sorti de l'hôpital via les relais : assistantes sociales de secteur, CPAM,...
- Spécifiquement pour la **pédiatrie**, la réponse qualitative existe (éventail complet des dispositifs pour enfants handicapés moteurs) et est bien coordonnée.

Les principales difficultés pointées sont les suivantes :

- Les **hospitalisations** par les médecins généralistes libéraux ne **sont pas suffisamment programmées**. Ainsi, une partie des passages aux urgences semble évitable. De plus, le recours à l'hospitalisation est jugé trop « systématique » en cas d'évolution de la situation de la personne. Une évaluation devrait pouvoir être réalisée dans un premier temps.
- A l'inverse, certaines **hospitalisations** ou accès aux médecins de médecine physique et de réadaptation sont jugées **trop tardifs**, pouvant entraîner des retards diagnostiques, voire des sur morbidités.
- Certaines **orientations** au sein de la filière peuvent être jugées **non optimales** ou **non suffisamment précoces** au regard du profil du patient (valable pour les traumatisés crâniens, trop souvent transférés à St Avé).
- Il arrive que des **séjours hospitaliers soient prolongés** dans l'attente de disponibilité de places dans un lieu de vie adapté en fonction du handicap lorsque le maintien à domicile est impossible ou très compliqué à mettre en œuvre.
- Il est parfois reproché au **corps médical d'être trop « restrictif » dans ses prises en charge**, trop centré sur les soins et donc son manque de prise en charge global du patient. Les assistantes sociales en milieu hospitalier ne sont pas toujours sollicitées (problème de

repérage) sur les dossiers de handicapés moteurs, surtout dans les services n'organisant pas de staff pluridisciplinaire.

- Les **suivis d'hospitalisation** pour les patients retournés à leur domicile ou en structure non médicalisée **sont perfectibles**, les délais pour obtenir une consultation (à Kerpape) sont jugés parfois trop longs.
- Des difficultés sont notées sur les **consultations spécialisées** surtout en terme de délais. Exemple : bilan neuropsychologique (actuellement non réalisés au CHBS), accès à un MPR, réévaluation à l'effort, urodynamique,....
- Les **interlocuteurs** (différents intervenants de la prise en charge) les plus adaptés à telle ou telle prise en charge **ne sont pas toujours connus ni bien identifiés**. De même les missions des structures de soins de suite telle que Keraliguen ne sont pas toujours bien identifiées (amalgame avec EHPAD, du fait d'une forte proportion de personnes âgées prises en charge).
- Spécifiquement pour la **pédiatrie**, même si la réponse qualitative est satisfaisante, néanmoins, les **équipements sont sous dimensionnés**.

## II.2. L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

Globalement, le **territoire est jugé bien desservi** en établissement de soins même si ces derniers se concentrent en grande partie sur la partie côtière du territoire.

Cependant, il est déploré :

- Un **manque de ressources de médecine physique et de réadaptation** dans les plus petites structures sanitaires : centre hospitalier de Quimperlé, SSR le Divit, clinique du Ter, Centre de Port-Louis,...
- Un **manque d'hôpital de jour de MPR** (au CHBS de Lorient), pour notamment effectuer des rééducations très ciblées sur SEP, réinsertion professionnelle,...
- Des **problèmes de disponibilité de lits en aval** (SSR, EHPAD) se répercutent sur les services de court séjour. D'autre part, la fermeture de certains services dans les centres durant des périodes de vacances scolaires peut entraîner des prolongations de séjours dans les structures d'amont de court séjour.

## II.3. ORGANISATION ET COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE AU DOMICILE

Selon les interlocuteurs intervenant dans le champ du maintien à domicile, il existe, sur le territoire, une **dynamique sociale et médico-sociale intéressante**.

Plusieurs services facilitent le maintien au domicile :

- **L'AIPSH** est un partenaire privilégié, spécialisé sur le secteur. Elle gère un service à domicile (SAD, 60 personnes accompagnées) et un SAVS (38 places) ainsi qu'un FAM et une MAS. Les personnes handicapées prises en charge sont pour la majeure partie très lourdement handicapées et très souvent atteintes de troubles cognitifs. Elles nécessitent des soins et aides très soutenus. Les moyens humains (surtout paramédicaux et médicaux) des établissements sont considérés très sous-estimés par rapport au public accueilli (plusieurs fois cité). Hormis lorsque les personnes handicapées sortent du centre de Kerpape, les dossiers de maintiens au domicile sont jugés non suffisamment préparés. Ainsi le SAD met en place les dossiers de demande d'aide et organise la prise en charge sanitaire au domicile (passage des infirmières libérales). Une réflexion est en cours pour transformer le SAD en SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile) afin d'officialiser et légitimer les missions actuellement remplies par le SAD dépassant son rôle de base.
- La **Passerelle** est considérée comme une plateforme, « un guichet unique » au fonctionnement jugé efficace. Elle intervient sur un territoire cohérent et repose sur un réseau de partenaire qu'elle a su générer au démarrage.
- Un **SAMSAH** polyvalent de 50 places, intervenant à l'échelle du Pays de Lorient, vient tout juste de se mettre en place (janvier 2011) Il interviendra à l'échelle du Pays de Lorient qui regroupe la communauté d'agglomération du Pays de Lorient et les communautés de communes de Blavais-BelleVue-Océan et de la région de Plouay, soit environ 220 000 habitants. L'équipe sera composée d'un temps de médecin MPR, d'un temps de psychiatre, de deux infirmières, d'un ergothérapeute, d'une assistante sociale, d'un éducateur, d'une conseillère en économie sociale et familiale et peut-être d'un orthophoniste, en sus du coordonnateur/directeur.

Une étude de besoins réalisée en amont par l'association SAMSAH 56 avec le concours des associations représentatives des personnes handicapées locales a permis de recenser 51 personnes susceptibles d'être accueillies par le SAMSAH, dont 30 handicapés moteurs.

- Selon l'interlocuteur de la clinique du Ter, les retours et maintiens à domicile, suite à un court séjour en chirurgie, organisés et suivis par l'**HAD** donnent satisfaction et évitent le recours aux centres de rééducation lorsque non nécessaire : les critères d'admission sont souples, les aides à domicile sont mobilisées.
- Le centre d'information et de conseils en aides techniques (CICAT) **ALCAT 56** qui évalue les possibilités fonctionnelles de la personne, conseille et propose des aménagements du domicile.

Néanmoins, les retours au domicile nécessitent une forte implication des familles ou de l'entourage.

Les difficultés ou dysfonctionnements rencontrés à domicile sont :

- Des **hospitalisations ou institutionnalisations pourraient être évitées** si les aides nécessaires au maintien à domicile étaient en place, si l'accès aux soins d'accompagnement était plus aisé et si l'appareillage des patients et l'**adaptation des logements** étaient plus adaptés (ce dernier problème a souvent été cité) ; actuellement les services de SSR ne disposent pas tous d'ergothérapeute se rendant au domicile des patients à la sortie de l'hospitalisation. Le service ALCAT 56 semble ne pas être suffisamment réactif ni pouvoir répondre à l'ensemble des demandes d'aménagement de logement.
- Les **médecins généralistes** sont jugés non suffisamment investis dans les démarches de parcours de soins surtout pour les handicaps qui s'inscrivent dans la durée, ils sont jugés globalement peu disponibles et relativement isolés
- Les **kinésithérapeutes libéraux** se rendent très rarement au domicile des patients pour l'aménagement du domicile, par contre les soins au domicile ne posent pas de problème a priori. Les contacts entre kinésithérapeutes libéraux et ergothérapeutes sont inexistants.
- Il n'est pas toujours aisé de trouver des **orthophonistes libéraux** ayant les compétences de prise en charge d'handicapés moteurs nécessitant des rééducations lourdes et sur le long terme.
- Les **SSIAD** présents sur le territoire ne disposent pas de places spécifiques pour personnes handicapées. Dans les faits, ils prennent en charge un nombre très faible de handicapés moteurs (2/35 pour le SSIAD de Ploemeur). Des prises en charge par le SSIAD le week-end ont été testées avec le centre de Kerpape pour le retour au domicile des patients sortant. Elles ont du être abandonnées car n'étaient pas compatibles avec les horaires du SSIAD (population jeune) et ne rentraient pas dans le forfait du SSIAD.
- Il n'est pas toujours aisé de trouver des **infirmières libérales** pour assurer les soins au domicile des personnes handicapées moteur, surtout pour les soins de nursing lourds (3 passages par jour), essentiellement par manque de temps (cité plusieurs fois), d'intérêt, de rentabilité ou d'incompatibilité d'horaires. De même, le centre de soins infirmiers n'intervient pas du fait d'une incompatibilité d'horaires (population jeune).
- Les professionnels intervenant au domicile estiment que les **équipes hospitalières n'ont pas toujours conscience des réalités du domicile et des difficultés de maintien** des personnes handicapées chez elles. Même si elles se déplacent de plus en plus au domicile en amont du retour, cela n'est pas fait de manière systématique.
- Les **co-morbidités** ne sont pas toujours bien diagnostiquées ni prises en compte (cité plusieurs fois). Exemple : soins dentaires, suivis gynécologie, troubles urinaires. Un manque de sensibilisation et de formation à la prévention (anticipation des complications peau, digestif, respiratoire, dépistage...) est regretté.
- Le **traitement des dossiers sociaux et accords d'aides** (PCH) au sein des MDPH et MDA est souvent trop lent (cité plusieurs fois) et les décisions interviennent souvent longtemps après la sortie du patient de l'hôpital. De plus, les assistantes sociales de secteur semblent se déplacer difficilement au domicile.
- La mise en place de surveillance de **nuît** au domicile pour les patients le nécessitant est complexe (cité plusieurs fois)

- Il est déploré un manque **d'hébergement locatif adapté** (projet en cours sur le territoire) et un manque de solution de **répit pour les familles et les aidants**.

## **II.4. LA COORDINATION ENTRE PROFESSIONNELS ET STRUCTURES (SANITAIRES, MEDICO SOCIAUX, SOCIAUX, AVEC LES ASSOCIATIONS REPRESENTANT LES PERSONNES HANDICAPEES)**

Globalement, même s'il existe de bonnes relations partenariales entre les différents acteurs du champ de part la proximité géographique et la taille du territoire, elles sont le plus souvent basées sur des relations confraternelles, informelles et la **coordination entre acteurs des différents champs : sanitaire, médico-social, social reste perfectible**.

Le centre de **Kerpape est jugé comme un « élément moteur »** de cette coordination. En effet, la coordination entre le centre spécialisé de Kerpape et les structures hospitalières et le domicile est jugée très bonne. Kerpape assure la coordination 1 an après l'hospitalisation (mais les temps de coordination ne sont pas financés pour les libéraux impliqués). Les retours au domicile sont bien préparés. Plusieurs médecins de Kerpape interviennent à temps partiel dans d'autres structures du territoire, ce qui facilite les relations. Les interlocuteurs du centre sont facilement joignables (à distance des périodes d'hospitalisation) et le centre est régulièrement sollicité, mobilisé pour pallier à d'éventuels dysfonctionnements de la prise en charge en ville ou en soutien des services de SSR extra établissement pour : accès à des praticiens spécialisés, aux soins dentaires, aux diététiciennes, sollicitation des assistantes sociales, appareillage,... Il s'agit d'un réseau informel. Le fait que ces missions ne soient ni officielles ni toujours valorisées (financièrement) pour Kerpape rend le système actuel fragile.

Il existe une filière neuro-rééducative généraliste entre l'hôpital et Kerpape (qui prend notamment en charge les patients atteints de sclérose en plaque et de maladies neuro-dégénératives, mais elle ne peut faire face à toutes les demandes) et des manques sont signalés pour les malades de Parkinson, SLA, Charcot et les SEP.

Les associations entretiennent de bonnes relations, elles communiquent bien les unes avec les autres et participent à des commissions communes, cependant il n'existe pas de coordination formalisée des associations sur le territoire.

Cependant, il est tout de même déploré la trop grande **segmentarisation sur tel ou tel handicap notamment de la part des associations** de personnes handicapées, spécialisation jugée comme pouvant être adéquate pour les prises en charge sanitaires mais inadéquate pour l'accompagnement et le soutien à domicile.

La coordination entre le secteur sanitaire hospitalier, ambulatoire et social est également perfectible pour **lutter contre les ruptures de prises en charge** et ainsi améliorer la continuité des soins. Le centre de Kerpape constate des admissions tardives de patients (avec des durées d'inactivité supérieures à 1 an). D'autre part, les familles ont besoin d'être mieux accompagnées d'un point de vue psychologique, social, administratif, juridique,... De même, la participation sociale de l'utilisateur est jugée insuffisante.

D'autre part, la **communication d'informations** (sorties d'hospitalisation par exemple) **reste perfectible** :

- fonctionne pas mal entre l'hôpital et les médecins généralistes, même si elle reste perfectible :

des informations manquantes et peu de communication orale

- ne fonctionne pas très bien entre l'hôpital de Lorient et les autres services de soins de suite (longs délais pour la réception des courriers de sortie)
- ne fonctionne pas du tout entre l'hôpital et les paramédicaux de ville : pas de double du courrier, pas de compte-rendu d'hospitalisation, pas d'information sur les antécédents,...
- ne fonctionne pas bien entre les professionnels de ville : peu de communication entre les infirmières à domicile, les orthophonistes, les kinésithérapeutes, les aides ménagères, etc ...

Les médecins hospitaliers ont peu (voire pas) de contact avec la MDA de Vannes, les transmissions se font via les assistantes sociales des services.

## II.5. L'ACCESSIBILITÉ À CERTAINS PROFESSIONNELS (SANITAIRES, MÉDICO SOCIAUX, SOCIAUX)

Un grand nombre d'interlocuteurs remarquent que **certains cabinets de soins libéraux ne sont pas accessibles physiquement par les personnes à mobilité réduite : dentistes (surtout), gynécologues**, cabinet de radiologie,... voire quelques médecins généralistes. Ces derniers ne sont en général pas les médecins référents des personnes handicapées motrices. De même, l'accès à certaines démarches de prévention (exemple : dépistage organisé du cancer du sein) n'est pas possible pour les personnes à mobilité réduite.

L'accès à des ergothérapeutes est parfois difficile surtout en secteur rural (cité à plusieurs reprises).

D'autre part, il est déploré par plusieurs interlocuteurs un manque d'orthophonistes et de psychologues libéraux (délais d'attente très longs et ils ne se déplacent pas au domicile).

Globalement, les « **métiers concernant les soins d'accompagnement** » font défaut en nombre, en reconnaissance et aussi en remboursement par l'Assurance Maladie, pour certains : psychologue, orthophoniste, ergothérapeute,...

Plusieurs interlocuteurs déplorent un **manque de places en FAM, MAS** et accueil de jour.

## II.6. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

**Globalement les équipes hospitalières sont jugées compétentes** pour la prise en charge sanitaire des personnes handicapées, même si la place du handicap dans les différentes formations initiales reste négligée selon plusieurs interlocuteurs. Ce constat positif est légèrement modéré par les intervenants du domicile (surtout pour les services de chirurgie). Par contre les services hospitaliers et surtout les courts séjours n'ont pas une bonne connaissance des méthodes d'intervention et missions du secteur médico-social.

Les réseaux de santé Breizh IMC et SEP organisent des formations à l'attention des professionnels sur ces 2 pathologies spécifiques. Elles permettent de mettre en commun des pratiques et des outils.

La formation continue des **professionnels de santé libéraux** est basée sur une démarche volontariste. Ils sont a priori **peu nombreux à être formés** aux spécificités du handicap physique, qui pour certains

professionnels concernent peu de patients dans leur patientèle.

Néanmoins, il a été précisé à plusieurs reprises que le centre de Kerpape stimule et sensibilise les professionnels de santé libéraux.

Il est constaté un manque de connaissance des handicaps invisibles neurologiques et une sous-estimation de l'impact des troubles neurologiques de la part des **professionnels du secteur médico-social**.

Un **défaut de formation pour les auxiliaires de vie** est constaté (hors personnels relevant de l'AIPSH, jugés très bien formés et compétents).

Plusieurs interlocuteurs font remarquer que les **assistantes sociales de secteur manquent de formation sur les dispositifs existants spécifiques aux handicapés**.

## II.7. LES CIRCUITS D'INFORMATION DES PERSONNES HANDICAPÉES SUR LES DISPOSITIFS EXISTANTS

La majorité des interlocuteurs estime que :

- Les personnes handicapées se trouvant dans des circuits de soins bien identifiés (suivies par des centres comme celui de Kerpape) sont en général très bien informées sur les aides, droits et dispositifs existants.
- Par contre **les personnes non suivies régulièrement, plus âgées et plus éloignées** (géographiquement) des ressources d'information (milieu rural) sont souvent **moins bien informées**. C'est d'autant plus vrai lorsque le handicap apparaît après 60 ans (personnes dépendant de l'APA et non de la PCH).

Certains autres estiment que les personnes handicapées, leur famille et entourage sont dans leur globalité mal informés du fait de la complexité des dispositifs et leur évolution permanente.

Une minorité pense que les personnes handicapées sont bien informées grâce au tissu médico-social.

Les **associations et assistantes sociales des structures sanitaires jouent un rôle primordial** dans l'information des personnes handicapées.

Globalement, les **professionnels du secteur sanitaire ont peu de connaissance des aides, droits et dispositifs** des personnes handicapées, il leur est donc difficile de relayer l'information aux patients.

De plus, selon le Conseil Général du Morbihan, la MDA manque de professionnels pour relayer l'information auprès des personnes concernées. Il projette au cours de l'année 2011 de mettre en place une plateforme d'information et de communication à l'attention des personnes âgées dans un premier temps puis (horizon 2012 -2013) d'intégrer les personnes handicapées à ce dispositif. Dans le Finistère, ont été mises en place des permanences décentralisées de la MDPH pour améliorer la diffusion de l'information.

Le CLIC de Lorient a élaboré un « guide de coordination / annuaire » à l'intention des personnes âgées et des personnes handicapées recensant tous les intervenants du domicile.

Pour les pathologies évolutives et tout handicap vieillissant, le problème posé est celui du manque de réactivité de réévaluation des dossiers sociaux et d'adaptation des dispositifs (actualisation de la PCH) (cité 2 fois).

## II.8. LA PRISE EN COMPTE DES RÉPERCUSSIONS SUR L'EMPLOI

La majorité des personnes interviewées estiment que lorsque les personnes handicapées sont suivies par le centre de **Kerpape**, **les répercussions du handicap sur l'emploi sont très bien prises en compte**, via notamment la démarche précoce d'insertion, elles font partie du « projet global ».

D'autre part, l'équipe **d'Atlas Cap Emploi** dans le Morbihan intervient sur ce volet de manière satisfaisante pour les interlocuteurs l'ayant citée, mis à part des délais d'intervention jugés parfois trop longs.

La **MDPH du Finistère** dispose d'un chargé d'insertion professionnelle et d'un outil pour l'employabilité permettant de faire un bilan.

Pour les autres personnes handicapées en âge de travailler, beaucoup de difficultés ou dysfonctionnements sont relevés :

- **Les modalités de réinsertion, de changement d'emploi, d'adaptation du poste de travail, ... sont insuffisamment prises en compte.** Il y a un manque d'information et d'expertise précoce.
- **Les moyens dont dispose l'hôpital** de Lorient pour engager des démarches sur l'insertion professionnelle des handicapés moteurs **ne sont pas comparables à ceux de Kerpape**. Les assistantes sociales de l'hôpital ne remplissent pas cette mission. D'autre part, la réinsertion dans l'emploi est difficilement envisageable lors de l'hospitalisation dans les services de court séjour de médecine ou de chirurgie (du fait d'une durée de séjour de plus en plus contrainte).
- **La médecine du travail, tout comme le pôle emploi**, peut sembler (selon quelques interlocuteurs) **en limite de compétence** pour aborder les répercussions physiques de certains handicaps sur l'emploi. A l'inverse, un interlocuteur estime que la médecine du travail est très aidante dans certains cas.
- **Trop de patients sont systématiquement mis en arrêt invalidité**, sans que soit envisagé ni aménagé un retour à l'emploi.
- Spécifiquement, pour les patients atteints de troubles du langage ou d'aphasie liés au handicap moteur, la réinsertion professionnelle est très problématique.

## II.9. LES DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES EN TERMES D'OFFRE OU D'ADÉQUATION DE L'OFFRE AVEC LA DEMANDE AU SEIN DU SECTEUR 3

La majorité des personnes interviewées estime qu'il existe **des disparités majeures**.

**Le milieu rural** (excentré de la zone côtière et des grandes villes du territoire), moins bien pourvu en offre de soins spécialisés ou non (densité de professionnels de santé plus faible, accessibilité aux

professionnels formés plus complexes, ...) et dont l'aménagement du territoire est moins adapté aux handicapés moteurs (accessibilité aux services plus difficile, intégration sociale plus complexe,...) offre « une prise en charge inéquivalente au milieu urbain (Lorient) ». La zone du Faouët et globalement le nord du territoire n°3 ont été cités à plusieurs reprises.

Mais plusieurs interlocuteurs précisent que, **proportionnellement, les personnes handicapées sont plus présentes sur la ville de Lorient** et la zone côtière.

Pour quelques autres, le maillage global sanitaire et médico-social paraît satisfaisant sur l'ensemble du secteur 3 qui est un secteur de petite taille, ainsi il y a un bon « rayonnement » de Lorient sur tout le secteur.

D'autre part, le fait que le secteur 3 soit à cheval sur deux départements non coordonnés pose des soucis surtout pour le financement des dispositifs médico-sociaux.

## II.10. PROFILS PATHOLOGIQUES OU SOCIO-ÉCONOMIQUES POSANT DES PROBLÈMES PARTICULIERS EN TERME D'ORGANISATION OU DE COORDINATION DES PRISES EN CHARGE

A plusieurs reprises, les interlocuteurs ont distingué deux « catégories » de personnes handicapées :

- celles bien identifiées, entrées dans « le bon circuit », bien informées, bien suivies. Elles sont souvent passées par un centre de rééducation, spécifiquement Kerpape.
- **celles moins bien reconnues, moins bien informées, non régulièrement suivies, avec des trajectoires de soins plus décousues, c'est-à-dire celles qui « échappent » aux filières. Elles ont pu avoir un problème de santé aigu qui a été traité, sans que soit assuré le suivi de la prise en charge la plupart du temps par manque de coordination avec la ville.**

Les profils pathologiques ou socio-économiques semblant poser le plus de problèmes de prise en charge sont :

### ■ Les comorbidités associées :

- Les handicapés moteurs avec **comorbidités associées** surtout **avec des troubles psychiques ou psychiatriques associés** (exemple : troubles cognitifs, dépression, addiction,...) (cité 9 fois) et notamment ceux à domicile et ceux ne pouvant plus rester au domicile. Ils relèveraient d'une prise en charge conjointe (moteur et psychiatrique) mais ces secteurs sont trop cloisonnés.

### ■ Les situations socio-économiques

- les **patients en situation financière précaire** (cité 4 fois)
- les **patients isolés socialement (non inséré) et d'un point de vue familial** (cité 2 fois)

- **Les adultes ayant une reconnaissance de travailleur handicapé**, ils sont pour la plupart moins lourdement handicapés : difficulté pour retrouver un emploi

### ■ Les handicaps évolutifs

- les **pathologies évolutives** (cité 6 fois) (neurologiques dégénératives) (lentement) vers la dépendance surtout pour les patients « perdus de vue » et surtout lors du passage de l'autonomie à la dépendance
- **Les handicaps acquis et les handicaps innés qui progressent** : pour la prise en charge psychologique surtout.

### ■ Les différents âges de la vie

- Les **personnes âgées de plus de 75 ans, polypathologiques et les personnes handicapées vieillissantes** (cité 3 fois) : problèmes d'orientation.
- Le problème de la **transition entre l'âge enfant et l'âge adulte (les 18-25 ans)** : difficultés dans l'orientation et l'accueil.
- Les enfants de **moins de 4 ans**.

### ■ Les situations pathologiques particulières

- **Les suites d'AVC avec séquelles importantes** (cité 3 fois)
- Les patients atteints de la maladie de **Parkinson (3)**, les **SEP (3)**, les **SLA (2) et autres maladies neurodégénératives** : manque de ressources (à domicile et hospitalière)
- les **patients atteints médullaires** (cité 2 fois)
- **les fins de vie en MAS ou FAM** : il n'y a pas de relais pour les soins palliatifs, l'HAD n'intervient pas dans ces structures.
- **La grande obésité** handicapante, invalidante, éventuellement avec d'autres pathologies associées : elle se répercute sur l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne au domicile, elle ne rentre pas dans les circuits de prise en charge « classiques ». Le nombre de patients concernés est en augmentation.
- **Les lombalgiques**

# III. OPPORTUNITÉ – FAISABILITÉ D'UNE ÉQUIPE MOBILE PLURIDISCIPLINAIRE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION SUR LE SECTEUR III

## III.1. UNE ÉQUIPE MOBILE PLURIDISCIPLINAIRE

**Le projet de constitution d'une Equipe Mobile Pluridisciplinaire, réunissant les compétences de médecin de MPR, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale et chargé d'insertion professionnelle recueille globalement l'avis favorable des différents interlocuteurs sollicités.**

**Les acteurs du monde hospitalier** (CHBS, CH Quimperlé, cliniques mutualité et du Ter, HAD et établissements de Keraliguen et le Dovit) jugent intéressant le projet, pouvant apporter une vraie plus-value, dans une logique d'amélioration des prises en charge.

Le rôle d'évaluation et d'orientation optimisée des personnes handicapées vers les différentes possibilités existantes qu'il s'agisse de soins (consultations spécialisées, hôpital de jour, hospitalisation complète/à domicile, SSIAD, ...), de prise en charge médico-sociale (SAMSAH, ...), d'insertion professionnelle est souligné par la plupart des interlocuteurs.

**Les professionnels de santé libéraux** (médecin, kinésithérapeute) estiment intéressant le projet, pouvant permettre d'éviter les à-coups dans les suivis et favoriser la continuité des prises en charge.

Le recours à l'équipe mobile peut être envisagé comme un « outil d'anticipation » permettant de repérer les éventuels besoins d'adaptation des prises en charge. Il constitue alors de ce fait une réelle alternative à une hospitalisation ou à une, voire plusieurs consultations spécialisées.

Les évaluations faites à domicile par une équipe pluridisciplinaire spécialisée permettent aussi de mieux prendre en compte la réalité des situations.

Le rôle de coordination des intervenants dans les prises en charge au domicile des personnes handicapées est souligné **par le SSIAD** à l'instar de ce que l'HAD a mis en place.

**Pour les interlocuteurs spécialisés dans le handicap** (SAMSAH, filière médico-sociale - handicap de la mutualité, AIPSH) si le principe est jugé intéressant notamment pour l'expertise sanitaire proposée, le danger de doublon avec les missions du SAMSAH récemment installé sur Lorient est signalé, notamment dans le cadre des prises en charge au domicile.

**Les assistantes sociales** (CCAS de Lorient, CHBS) envisagent l'équipe mobile comme un vecteur d'information, un centre ressource d'expertise, de conseil, voire d'orientation pour les professionnels de terrain en charge de personnes handicapées au domicile, l'objectif étant de pouvoir les insérer dans les « bons circuits de soins », de pouvoir relayer les professionnels de terrain dont l'intervention peut être bornée dans le temps, de combler des manques d'information sur les possibilités de travail, de logement, ... et les droits des personnes handicapées.

**Les représentants des usagers consultés** (AFTC, FNATH) jugent très positivement le projet : « C'est un mieux », c'est une « belle initiative », correspondant à de réels besoins encore non satisfaits, voire s'aggravant du fait du manque de personnel dans les structures et s'inscrivant dans la continuité de la loi de 2005.

**Pour les interlocuteurs « ressources » sollicités** (Conseils généraux, ARS, Maison Départementale de l'autonomie 56, Réseau Handicap Lourd Aquitaine), le projet est jugé pertinent. Le champ d'intervention étant pour la plupart qualifié « d'énorme », il importe de bien cibler les missions dans le cadre de ce projet, au vu des besoins et du nombre potentiel de personnes handicapées concernées. Ainsi, sont opposés l'hôpital et le domicile comme espace d'intervention à investir en premier.

### **Deux objectifs sont identifiés et priorisés différemment.**

- › Pour certains en premier lieu, il s'agit de « permettre aux personnes handicapées de rester le plus longtemps et dans les meilleures conditions à domicile », en réponse à leur demande, à celle des familles et au regard des manques identifiés partout. Dans ce sens, l'équipe mobile interviendrait plutôt à l'extérieur de l'hôpital.
- › Pour d'autres, la priorité serait de mieux favoriser l'orientation et la coordination au sein du secteur hospitalier dès les prises en charge initiales afin d'améliorer les préparations de retour à domicile.

Cette priorisation sur le maintien à domicile, ou sur des meilleures coordinations d'orientation intra-hospitalière, en amont du domicile est également questionnée par d'autres interlocuteurs de terrain : les professionnels en charge spécifiquement de personnes handicapées (SAMSAH, filière médico-sociale Handicap de la Mutualité, AIPSH) positionneraient plutôt l'intervention de l'équipe mobile sur l'hôpital, du fait de missions assurées par le futur SAMSAH sur le domicile.

Il s'agirait que l'Equipe Mobile intervienne en amont, voire aval du SAMSAH. Une complémentarité avec le SAMSAH peut toutefois exister à domicile sur des patients hors zone d'intervention, des situations moins lourdes ou éventuellement des temps d'intervention plus ponctuels.

Les professionnels du CHBS (médecin de MPR, Service social) estiment l'intervention de l'équipe mobile moins intéressante sur le CHBS mais plus sur les établissements périphériques et le domicile.

**La composition de l'équipe a également été interrogée.** Si pour la plupart des interlocuteurs, l'équipe est jugée cohérente et complète, adaptée à la prise en charge globale (sanitaire, médico-sociale, sociale) des commentaires sont faits sur :

- › Des compétences indispensables : médecin de MPR, ergothérapeute, psychologue, clinicienne et /ou neuropsychologue car sont pointés des manques, des difficultés d'accès, des délais d'attente et une non prise en charge financière pour les personnes à domicile (ergothérapeute, psychologue).
- › Des compétences très intéressantes mais qui peuvent être mises en œuvre secondairement et ne concernent pas tout le monde : assistante sociale, chargé d'insertion professionnelle. L'assistante sociale de l'équipe mobile intervient en relais des services existants (hôpitaux ou secteur). L'articulation avec les services existants : SRISP, ATLAS cap emploi, ... est également mentionnée pour le chargé d'insertion professionnelle.
- › Des manques :
  - un administratif,
  - une secrétaire,
  - une infirmière coordonnatrice,
  - du temps d'orthophoniste, à la demande

## III.2. RÔLE D'ORIENTATION DES PERSONNES HANDICAPÉES OU EN SITUATION DE HANDICAP DÈS LA PRISE EN CHARGE EN COURT SÉJOUR

**Le rôle d'orientation des personnes handicapées ou en situation de handicap dès la prise en charge en court séjour, pour préparer le retour à domicile, en institution, orienter vers le service de soins de suite le plus adapté, envisager l'insertion professionnelle...sur le modèle de l'organisation mise en place dans le cadre de la filière neuro-vasculaire est jugé essentiel par la quasi-totalité des interlocuteurs.**

**Les seules réserves mentionnées portent sur des besoins moindres dans les services du CHBS, du fait de compétences existantes et/ou d'organisations similaires mises en œuvre.**

**Pour les professionnels hospitaliers, l'intervention de l'équipe mobile dès le court séjour est appréhendée différemment selon les structures.**

En effet, **pour le CHBS**, les professionnels du CHBS interviewés, de même que d'autres, signalent que cette procédure existe déjà et que de ce fait le bénéfice de l'équipe mobile n'est pas évident. Pour le service social du CHBS, l'équipe mobile serait à envisager comme ressource potentielle et surtout en relais pour le lien avec la ville lors de la sortie.

La nécessité d'articulation avec l'**HAD** est soulignée, d'autant plus que celle-ci intervient dès le court séjour pour préparer les interventions au domicile.

Pour le **Centre Hospitalier de Quimperlé**, le besoin existe sur le modèle de ce qui s'est développé dans la filière neuro-vasculaire. A l'heure actuelle des demandes d'avis pour des patients hors filière neuro-vasculaire sont faites au service de MPR du CHBS qui ne peut pas répondre. L'objectif serait de faciliter l'accès à des services spécialisés adaptés (hôpital de jour, Kerpape) ou à des avis spécialisés ou bilans neuro-psychologiques, avoir des circuits simplifiés, mieux repérer les bons interlocuteurs. Les trajectoires des personnes handicapées en seraient améliorées. Des retards diagnostiques peuvent être évités, grâce à l'intervention précoce de spécialistes.

Les situations pathologiques évoquées sont les atteintes médullaires, SEP, SLA, Parkinson.

Les **interlocuteurs des cliniques du Ter et mutualiste** (services orthopédie) sont mitigés quant à l'intérêt de cette fonction ; les services de Kerpape constituent l'aval majoritaire pour les patients handicapés pris en charge, mais le besoin d'expertise existe dès le court séjour et une intervention précoce de l'équipe mobile peut être un gain à tous les niveaux (qualité, durée de séjour, meilleure adéquation des orientations vers les différents services...).

**Du point de vue des services d'aval des courts séjours** (Etablissements de Keraliguen, Le Divit, Etablissements médico-sociaux-handicap de la mutualité, SAMSAH, SSIAD...), c'est une mission importante : cela permettrait d'éviter des erreurs d'orientation (« ça arrive souvent vu comment sont remplis les dossiers, le projet de soins n'est pas indiqué, l'information figurant est : convalescence ». « Tout le monde veut aller à Kerpape, mais ce n'est pas toujours nécessaire ». « Cela peut mieux légitimer les rôles de chacun dans la filière et dégager des places pour Kerpape notamment »). Cela permet une meilleure préparation des trajets, avec un repérage sur le territoire de la meilleure réponse adaptée en fonction du handicap, de la pathologie et du profil du patient et une meilleure articulation des prises en charge entre elles.

Les situations pathologiques ciblées peuvent concerner plus particulièrement les personnes fragiles socialement, les cas complexes, la grande dépendance, les personnes en précarisation, les personnes ne passant pas par Kerpape.

L'équipe mobile constitue une plateforme d'orientation, avec des professionnels connaissant bien l'offre de soins et pouvant orienter les personnes au bon endroit.

**Les professionnels libéraux** appuient sur l'importance de la préparation du retour à domicile et des améliorations encore à faire surtout pour les patients non déjà identifiés dans le « circuit de Kerpape ». L'exemple de l'HAD qui démêle les problèmes médico-sociaux avant le retour à domicile en articulation avec les services d'hospitalisation complète doit être suivi. Les profils de patients indiqués sont les patients « à la frange » avec des atteintes pouvant se dégrader ou les handicaps « invisibles ».

**Pour le CCAS**, l'équipe mobile peut assurer ce rôle d'orientation par rapport au projet de vie, s'il existe une incertitude sur les capacités de récupération, ou d'évolution potentielle de la personne. Les problèmes psychologiques engendrés par la perte d'autonomie doivent être envisagés.

**Les représentants des usagers** (AFTC, FNATH) estiment ce rôle d'orientation incontournable ; il faut « anticiper » dès le court séjour, mais en ciblant au mieux et le processus doit être expérimenté puis s'adapter au mieux. Une meilleure information des familles, de l'entourage, des aidants est essentielle sur les conséquences et changement de mode de vie. Du soutien, de l'encadrement sont à apporter.

**Pour les personnes ressources**, c'est une mission essentielle, voire primordiale pour l'orientation vers les services d'aval ou le domicile. Les besoins existent et sont ressentis notamment dans les établissements médico-sociaux. La problématique d'insertion professionnelle peut être abordée un peu plus tard.

Dans les établissements ou services où ces compétences n'existent pas, le recours à l'équipe mobile doit être possible pour harmoniser les prises en charge sur le territoire.

Cependant, pour les pathologies évolutives, l'intervention en court séjour peut être un peu trop précoce, contrairement aux situations stabilisées.

### **III.3. RÔLE D'ORIENTATION, DE COORDINATION DES SOINS DE VILLE ET HÔPITAL, DE PRISE EN CHARGE GLOBALE (SANITAIRE, MÉDICO-SOCIALE ET SOCIALE Y COMPRIS L'INSERTION PROFESSIONNELLE) DANS LE CADRE DU MAINTIEN À DOMICILE**

L'équipe mobile souhaite se positionner en soutien, ressource, relais pour les professionnels libéraux ; elle peut être un facilitateur dans l'accès aux consultations spécialisées, ou à différents modes de prise en charge (MAS – SAMSAH – HAD – HDJ...), ou dispositifs (droits des personnes handicapées...).

Les personnes sollicitées sont plus mitigées sur ce point. La plus valeur du service est moins évidente du fait de la récente création du SAMSAH et des services de l'AIPSH, notamment, ainsi que d'une crainte d'empilement, d'intervenants multiples (dont les réseaux thématiques ou

**géronologiques...).**

**Pour les acteurs du monde hospitalier**, l'intérêt est attendu dans les situations suivantes :

- Des patients avec handicap chronique, ou des séquelles,
- Des personnes handicapées âgées (pour remédier à des consultations fréquentes, des hospitalisations inutiles, de l'éloignement),
- Les personnes handicapées avec troubles cognitifs, ou manquant de discernement, d'initiative,
- Les situations de chute, les personnes désorientées,
- les problèmes sociaux complexes.

Dans ces cas, les bénéfices escomptés sont d'éviter les risques de sur ou sous intervention (le nombre ou la fréquence des consultations ou des séances, l'empilement d'interventions de professionnels différents, non coordonnés ou articulés, sans réunion de synthèse et réévaluation...), l'absence de liens entre les objectifs de rééducation des différents professionnels.

**Les professionnels libéraux** entrevoient positivement ce rôle. Le suivi psychologique, à mettre en place, l'ergothérapeute (avec lequel on n'est pas toujours à l'aise), l'insertion professionnelle et le retour à l'emploi sont des points forts pour lesquels l'équipe mobile serait sollicitée. L'équipe mobile doit faire un état des lieux, mettre en route ce qui est possible physiquement et financièrement dans le but de favoriser l'autonomisation et coordonner les différents intervenants du domicile.

Le danger évoqué **par le SAMSAH, l'AIPSH** réside dans la superposition de ces missions avec leur rôle, les compétences étant en partie similaires. **La Maison Départementale de l'autonomie** insiste sur la redondance possible.

Le SAMSAH toutefois s'adresse à des personnes handicapées lourdes, pour des prises en charge au long cours, sur orientation de la MDPH ou MDA. La distinction avec l'équipe mobile de MPR devra se faire sur les profils de personnes (lourdeur du handicap, temps de prise en charge plus ponctuel, en relais...). L'équipe mobile peut être utile dans les phases de transition, lors de passage de l'hôpital au domicile.

Les vocations étant proches, il s'agit de bien penser et d'articuler les services, la complémentarité doit être nette.

**Pour les assistantes sociales**, tant du CCAS que du CHBS, le rôle de l'équipe mobile doit se concevoir précisément en terme de relais des professionnels de ville et hospitaliers, donc avec des missions délimitées dans le temps, précisées, pour éviter la redondance, avec des partenariats identifiés (équipes mobiles gériatriques, différentes structures, réseaux gérontologiques...).

**Pour les représentants des usagers**, la mission est estimée importante, avec notamment l'aspect social, le retour à l'emploi. Le problème des aides suffisantes pour que les personnes puissent rester à domicile, et du coût des prestations doit être évoqué.

**Pour les personnes ressources**, l'intérêt du rôle est contrebalancé par :

- L'existence du SAMSAH, qui assure en partie cette mission,
- L'articulation indispensable avec les réseaux qui interviennent sur des thématiques et secteurs différents :
  - Réseau gérontologique,
  - Réseau Neuro Bretagne SEP,
  - Réseau IMC Breizh,
  - Réseau régional de soins dentaires spécifiques,

- Réseau soins palliatifs.

De ce fait, il est important de :

- Cibler les cas complexes, ou des besoins particuliers...
- Cibler des lieux (mais attention à l'éloignement : le prendre en compte dans l'organisation),
- Bien affirmer le rôle de pivot du médecin généraliste,
- Ne pas se substituer aux professionnels de santé libéraux.

Compte tenu de l'offre existante, les missions de l'équipe mobile doivent :

- Assurer une coordination des soins dans la durée,
- S'orienter vers la partie retour à l'emploi,
- Proposer une cellule d'expertise, fonction transversale.

### III.4. UN RÔLE DE SUIVI D'HOSPITALISATION

**L'équipe mobile pourrait être sollicitée pour les problèmes de suivi et de prise en charge à distance de l'accident initial pour les situations d'handicap acquis - cas des séquelles ou situations qui se dégradent à plus de 1 an.**

**Le rôle de suivi est différemment perçu par les personnes sollicitées. Son utilité est surtout relevée par les professionnels des services de soins de suite, les représentants des usagers, les assistantes sociales. Les interlocuteurs des courts séjours, de l'HAD, du SAMSAH, de l'AIPSH en entendent moins l'intérêt, estimant être en responsabilité de l'organisation des suivis. Les professionnels libéraux élargissent le rôle de l'équipe mobile à une mission de relais entre les intervenants hospitaliers et libéraux dans les prises en charge à long terme où alternent des périodes d'hospitalisation et des périodes à domicile.**

**Pour les professionnels hospitaliers**, des services de court séjour et de l'HAD, ce rôle n'est pas évident. Les suivis sont organisés et planifiés par les professionnels avec leurs patients.

Par contre, **les services de soins de suite et la filière médico-sociale-handicap de la mutualité** signalent l'intérêt de cette mission, notamment :

- Dans les situations de handicap moteur avec composante neuropsychique, une proposition de bilan à domicile par l'équipe mobile sur signalement du médecin généraliste pourrait être organisée,
- Dans les situations de handicap évolutif, s'aggravant lentement, pour des personnes non suivies par des « professionnels du handicap » (exemple donné des malades atteints de Parkinson, et de toute personne « hors circuit »).

Des pertes de chance sont alors évoquées pour les patients qui ne bénéficient pas des « bonnes » prises en charge, ne connaissent pas les aides possibles, ni leurs « droits », n'ont pas l'information sur les offres de prise en charge dont ils pourraient relever, sur les évolutions éventuelles au sens de progrès, nouvelles techniques intervenues depuis leur « traumatisme » initial.

Les professionnels rappellent la prudence nécessaire vis-à-vis d'une part des intervenants libéraux qu'il ne s'agit pas de remplacer, d'autre part des personnes dont il faut respecter le libre choix de l'intervenant et de la prise en charge. L'équipe mobile doit être coordonnateur, relais.

**Pour les professionnels libéraux**, cette mission est envisagée, comme la possibilité que l'équipe mobile assure un relais avec l'hôpital et ses consultants spécialisés et pallie au manque d'information :

« il faut demander au patient ».

Les périodes d'hospitalisation sont fréquentes dans les trajectoires des personnes handicapées. Une équipe mobile peut permettre que ces alternances hôpital-domicile puissent s'organiser au mieux pour le patient, les professionnels ne pouvant pas toujours être suffisamment réactifs. Le relais de l'équipe mobile peut ainsi être primordial et aider à ce que les périodes d'hospitalisation soient les mieux ciblées possible et les plus courtes (anticipation, prévention, programmation) pour que les périodes à domicile au contraire soient plus longues.

**Pour les professionnels de la prise en charge médico-sociale du handicap** (AIPSH-SAMSAH notamment), ces missions font partie intégrante de leur travail ; mais l'équipe mobile serait sollicitée pour toutes les situations où un avis spécialisé est nécessaire.

**Les assistantes sociales** évoquent l'opportunité de bilan sur les plans d'aide mis en place, et sur les évolutions éventuelles. L'équipe mobile aurait à charge ainsi de s'assurer que les préconisations initiales restent adaptées et soient le cas échéant revues avec les interlocuteurs référents des patients.

**Les représentants des usagers** soulignent surtout dans cette mission la possibilité d'intervention pluriprofessionnelle à domicile des patients, ce qui évitera aux personnes des déplacements vers les structures de soins.

**Certains interlocuteurs ressources** rappellent les constats actuels : manque de suivi, problème de continuité des soins, trop de gens livrés à eux-mêmes en sortie d'hospitalisation qui engendrent des pertes de chance, des coûts supplémentaires liés à des situations dégradées. Ainsi, le concept est jugé bon, à cibler sur quelques situations plus à risque.

Le réseau HLA 33 insiste sur la nécessité d'organiser et proposer de l'évaluation et du soutien psychologique pour la personne handicapée et son entourage. La mise en œuvre de groupe de paroles doit être réfléchi.

**Pour la MDA**, ce rôle doit vraiment être précisé, avec une communication claire à ce propos auprès des professionnels et notamment des médecins généralistes.

### III.5. INTÉRÊT-FAISABILITÉ DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DE BASE ET SPÉCIALISÉS

L'objectif est d'améliorer l'accès à certains soins ou prestations spécifiques :

- **Soit par une meilleure prise en compte des comorbidités ou de démarches de prévention qui peuvent être négligées : dentistes, gynécologie, dépistage des cancers,...**
- **soit par une meilleure accessibilité financière (pour des prestations non prises en charge socialement : cas de l'ergothérapeute, de la psychologue),**
- **soit par une meilleure connaissance de leur existence et de leur intérêt : cas de l'orthophonie où des prises en charge pourraient être plus fréquemment initiées, meilleure appréciation des spécificités des démarches précoces d'insertion,**
- **soit par une amélioration des contenus ou des rythmes. Certaines prises en charge peuvent être inappropriées, trop étalées dans le temps,**
- **soit par une meilleure communication information sur les droits, l'accès aux droits des**

**personnes handicapées,**

- **soit par le repérage des professionnels accessibles : un répertoire des ressources et des professionnels ayant des locaux et matériels adaptés aux prises en charge de patients handicapés pourrait être créé.**

**La quasi-totalité des professionnels et les représentants d'usagers sollicités estiment que l'équipe mobile doit remplir ce rôle.**

**Pour les professionnels hospitaliers,** ce service doit aboutir à une meilleure gestion du handicap, donc moins d'hospitalisations ou de consultations inadéquates d'un spécialiste pour une problématique liée au handicap et non à la pathologie.

L'équipe mobile doit peut être même contribuer à prioriser certains accès « en urgence », et permettre de raccourcir les délais lorsque nécessaire. Cela nécessite au préalable un gros travail de sensibilisation et information des professionnels. Les problèmes d'accessibilité physique des lieux de consultation sont évoqués pour les dentistes, gynécologues, psychiatres, ophtalmologues.

Quelques interlocuteurs soulignent les problèmes déontologiques liés au fait de constituer et mettre à disposition des listes de professionnels de santé « accessibles ». Cette mise à disposition pourrait être étudiée pour les situations les plus complexes.

**Les interlocuteurs du SAMSAH, de l'AIPSH,** assurant déjà cette fonction avec un réseau déjà constitué de professionnels pour leurs patients, y auront peu recours.

Favoriser la mobilité des personnes peut également passer par des aides-financières. Les VSL ne sont pas pris en charge pour des consultations auprès de libéraux par exemple.

**Pour les assistantes sociales,** cette mission doit concerner :

- les personnes avec des problèmes financiers (coût des appareillages...),
- les problèmes d'accès physique liés à de faibles mobilités,
- les problèmes d'accessibilité des cabinets.

**Les représentants des usagers** insistent sur le fait que dans les structures d'hébergement comme au domicile ce sont souvent les familles qui s'occupent d'organiser des soins. L'équipe mobile peut ainsi être une aide non négligeable pour éviter de rajouter des risques, favoriser la prévention, l'anticipation, l'adaptation....

**Les personnes « ressources »** signalent :

- L'importance des partenariats à nouer avec les réseaux, notamment Breizh IMC qui gère un annuaire des professionnels ayant des locaux, des soins accessibles aux personnes handicapées, les réseaux gériatologiques,
- L'importance de prendre en compte également les problèmes médicaux de la personne handicapée non liés à son handicap, et aussi ceux de l'entourage, souvent négligés. La souffrance psychologique, les problèmes de santé peuvent être occultés, des problèmes financiers, de disponibilité peuvent se surajouter et mettre en cause la santé de l'aidant et le maintien à domicile de la personne handicapée.

### III.6. FONCTION DE GESTIONNAIRE DE CAS DANS QUELQUES SITUATIONS COMPLEXES ET À LA DEMANDE DES SERVICES HOSPITALIERS

**Cette fonction est perçue différemment selon les services et sites hospitaliers :**

**Au CHBS**, les équipes sont organisées en ce sens et mobilisent déjà des compétences pluridisciplinaires (avec le service de médecine de MPR). Un système de ce type existe avec l'HAD.

Ainsi, seules quelques rares situations avec des comorbidités associées voire des troubles psychiques pourraient être examinées avec l'équipe mobile.

**Pour les cliniques** les chirurgiens notent peu de besoin de ce type d'intervention.

**Sur l'hôpital de Quimperlé**, le besoin est plus identifié en service de soins de suite, pour organiser l'aval.

**Les 2 établissements de convalescence** Le Divit et Keraliguen appuient ce constat et confirment avoir besoin d'une expertise dans le domaine, de pouvoir organiser un staff pluridisciplinaire, pluri-équipe.

L'**HAD** met en garde sur la nécessité de se limiter à quelques situations très complexes dont notamment le handicap pédiatrique (avant 4 ans).

**Les professionnels libéraux** ont peu d'expérience de ce type mais estiment que l'équipe mobile aura de fait une meilleure connaissance des possibilités en ville et à l'hôpital et pourra jouer le rôle de « case manager » pour les cas les plus complexes.

**Le SSIAD** précise que les compétences de l'équipe mobile ne sont pas toujours présentes dans les services hospitaliers de court séjour et en attend une meilleure préparation du retour à domicile.

**Les assistantes sociales** relativisent cette fonction sauf en conseil technique, expertise pour des situations complexes.

**Les représentants des usagers** y voient une meilleure articulation possible entre le sanitaire et le médico-social.

**Les personnes « ressources »** insistent là encore sur la nécessité de cibler au mieux les situations relevant de l'équipe mobile.

**La MDA** cite particulièrement les situations sociales d'isolement ou de problème d'insertion sociale, familiale, de travail, plutôt dans le cas de handicap aigu acquis et de nécessité d'accompagnement très particulier de la personne ou de l'entourage.

« En général on manque de temps pour l'acceptation du handicap, notamment auprès de l'entourage. L'intervention d'un psychologue, d'un chargé d'insertion professionnelle, aux côtés d'expertise de médecin MPR... est importante ».

### III.7. DES ZONES PRIORITAIRES AU SEIN DU SECTEUR, DES SITUATIONS PATHOLOGIQUES PRIORITAIRES

**L'ensemble des interlocuteurs ne repère pas de manière évidente de zones géographiques prioritaires.** Les raisonnements s'opposent :

- Le maximum d'offre est concentré sur Lorient, donc les zones plus rurales et moins dotées peuvent être plus prioritaires, notamment le nord du secteur 3,
- Les citadins peuvent être plus isolés, moins d'entraide des voisins, avec des situations d'isolement sociale. Les personnes handicapées sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses à Lorient.

Les situations pathologiques ou socio-économiques les plus dans le besoin sont celles citées dans le paragraphe II.10. (cf pages 17-18) et notamment les patients moins bien connus, moins bien suivis, qui « échappent aux filières » ou qui « ne sont pas dans les bons circuits ».

Remarque : Pour les personnes âgées, le réseau gérontologique peut assurer la première ligne (expertises semblables sauf médecin MPR et pas besoin d'insertion professionnelle).

### III.8. D'AUTRES SUGGESTIONS

Les suggestions des interlocuteurs portent d'une part sur d'autres missions qui pourraient être assurées par l'équipe mobile et de modalités de fonctionnement ou organisation d'autre part.

**Des missions à prendre en charge :**

- Formation des professionnels de santé libéraux et hospitaliers et les professionnels du médico-social (y compris en maisons de retraite) sur les nouvelles techniques, meilleure connaissance des pathologies, les possibilités d'insertion professionnelle et aménagement des postes de travail (rôle de l'ergothérapeute), aides et droits des personnes handicapées, les actes de la vie quotidienne ...
- Développer l'éducation thérapeutique sur la prise en charge des problématiques locomoteurs, lombalgiques, réadaptation cardiaque.
- Rôle d'expert, centre de ressource, cellule d'orientation pouvant être sollicités téléphoniquement.
- Faire le lien entre les différentes associations de patients.
- Mise en place de groupes de parole.

### **Des modalités de fonctionnement :**

- Mettre en place des partenariats avec NeuroBretagne, Breizh IMC, Kalonic réseau de soins dentaire spécifique et des réseaux gérontologiques ou thématiques.
- Mise en place d'outils d'évaluation globale, de bilan, de temps de coordination des interventions des libéraux formalisés et indemnisés : réunion de synthèse pluridisciplinaire.
- La constitution et la diffusion d'un annuaire des ressources mobilisables sur le champ : Qui fait quoi ? Qui solliciter ? Comment ? Avec des outils de communication simples.
- Communication sur le projet d'équipe mobile avant et lors de sa mise en place auprès des professionnels de santé.
- Prendre en compte l'étendue géographique du secteur et les possibilités de mobilité de l'équipe : proposer des relais, ou limiter l'aire géographique.

## IV. LES PARTENARIATS

Les personnes interviewées ont évoqué plusieurs partenariats souhaités ou nécessaires :

### Les partenaires ressources :

- Centre de Kerpape.
- Services du CHBS (médecin MPR, ergothérapeute, assistante sociale...).
- Tous les services de rééducation.

### Des mutualisations potentielles :

- SAMSAH,
- AIPSH,
- HAD,
- SSIAD (travail de coordination),
- Services sociaux,
- Interlocuteurs de l'insertion professionnelle,
- Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports (éducateur sportif).

### Des partenaires en amont – en aval

#### Professionnels de santé :

- Les services de court séjour (public-privé) : neurologie – orthopédie – médecine interne, voire pédiatrie, gériatrie,...
- Les réseaux gérontologiques, ou thématiques NeuroBretagne, Breizh IMC, réseau soins dentaires spécifiques...
- Les professionnels libéraux : médecins, IDE, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues.

#### Institutions :

- Conseils généraux
- ARS
- Mutualité
- MDPH
- MDA

### Les représentants des usagers

# PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'EQUIPE MOBILE D'EVALUATION ET DE COORDINATION DE MPR

---

Les orientations stratégiques et les modalités d'action concrètes de l'équipe mobile ont été travaillées avec le comité de pilotage à partir du diagnostic et des propositions d'améliorations de prise en charge formulées par les professionnels de Kerpape et les personnes interviewées.

## I. PERTINENCE DU PROJET ET COHERENCE AVEC LES PRIORITES DE SANTE

### ■ Synthèse du point de vue des acteurs locaux interrogés

Même si le territoire de santé n°3 est jugé plutôt bien doté dans son ensemble, relativement bien organisé, des dysfonctionnements existent néanmoins qu'une équipe mobile pourrait vraisemblablement en partie pallier : repérage, évaluation, orientation, optimisation et continuité des prises en charge, formation, disparités géographiques, profils pathologiques spécifiques...

### ■ Cohérence avec les priorités de santé

Le handicap constitue une priorité nationale définie par le chef de l'Etat. La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées concrétise la volonté d'amélioration de la compensation du handicap et la facilitation d'accès aux services.

En Bretagne, l'ARS a fait part de sa volonté de soutenir des initiatives sur la thématique du handicap (thématique jusqu'ici peu abordée dans le cadre des réseaux de santé).

## II. OBJECTIFS GÉNÉRAL ET SPÉCIFIQUES DE L'ÉQUIPE MOBILE

### ■ Objectif général :

Améliorer la prise en charge des personnes de plus de 16 ans en situation de handicap moteur (avec ou sans troubles associés) relevant de pathologies de MPR sur le territoire de santé n° 3.

### ■ Objectifs spécifiques :

- organiser une approche globale (médicale, psycho-sociale, médico-technique et professionnelle) en coordination avec les partenaires.
- proposer des conseils spécialisés, des évaluations pluridisciplinaires et des orientations optimisées répondant aux besoins de la personne handicapée.

### III. LA FICHE D'IDENTITÉ DE L'ÉQUIPE MOBILE

■ **Promoteur principal :**

Le Centre Mutualiste de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle de Kerpape. Le Centre Hospitalier Bretagne Sud sera associé fortement (co-promoteur).

■ **Aire géographique :**

L'équipe mobile intervient à l'échelle du territoire de santé n°3 qui compte environ 276 000 habitants (en 2006, selon l'INSEE).

■ **Populations concernées :**

Les personnes de plus de 16 ans en situation de handicap moteur (avec ou sans troubles associés) relevant de pathologies de MPR et résidant dans le secteur sanitaire n°3.

■ **Composition de l'équipe mobile :**

Equipe pressentie : médecin de MPR, ergothérapeute, psychologue (formé à la neuropsychologie), assistante sociale et chargé d'insertion professionnelle (du temps de secrétariat sera également prévu).

### IV. LES MISSIONS PRINCIPALES DE L'ÉQUIPE MOBILE

Au regard des faiblesses ou dysfonctionnements actuels de prises en charge des personnes handicapées motrices ou en situation de handicap sur le territoire n°3 mis en exergue par les différents partenaires du champ, l'équipe mobile peut apporter une plus-value dans les prises en charge à trois niveaux :

- dans les structures de soins
- au domicile
- en transversal

#### IV.1. DANS LES STRUCTURES DE SOINS

■ **Avis – évaluation pluridisciplinaire lors de la prise en charge en court séjour (MCO) et en SSR**

**Objectifs opérationnels :**

- Evaluer les besoins de la personne en corrélation avec le motif de la demande (besoins en rééducation et réadaptation, dans le cadre d'un retour à domicile, spécifiquement sur l'insertion professionnelle,...)
- préparer le retour à domicile ou l'institution,

- améliorer l'orientation (et la réactivité) vers le service d'aval le plus adapté à la situation pathologique du patient,
- prévenir l'éventuelle désinsertion socioprofessionnelle

### **Modalités de recours et d'intervention:**

Les services et structures concernés pouvant faire appel à l'équipe mobile sont les services de court séjour et de SSR, du Centre Hospitalier de Quimperlé et des hôpitaux de Port Louis et le Faouët, des 2 cliniques (mutualiste et du Ter) et des 2 structures de SSR (Le Divit et Keraliguen), et plus rarement des services du Centre Hospitalier de Bretagne Sud.

L'intervention de l'équipe se fait sur demande par les services ne disposant pas des ressources spécifiques à la prise en charge des personnes handicapées (médecin de MPR, chargé d'insertion professionnelle, assistante sociale « spécialisée »,...).

Il peut s'agir d'un avis téléphonique ou sur dossier d'un médecin spécialiste de MPR et/ou d'un professionnel médico-technique et/ou social et/ou d'insertion professionnelle, ou d'une évaluation pluridisciplinaire sur site avec propositions d'orientations si besoin.

Cela permet de répondre au manque d'avis spécialisé MPR dans les petites structures et de compétences pour le volet insertion professionnelle.

L'intervention de l'équipe mobile peut se faire à tout moment du séjour hospitalier, une intervention précoce est privilégiée.

L'équipe doit pouvoir garantir de la réactivité (48h – 72h).

Des passages programmés de l'équipe mobile pourraient être proposés sous réserve d'une fréquence de cas suffisante.

### **Patients potentiellement concernés :**

Tout patient en situation de handicap présentant une problématique complexe (polyhandicaps, isolement, situation de rupture, ...) notamment certains cas de patients atteints de SEP, SLA, Parkinson, atteintes médullaires, mais aussi les personnes fragiles socialement ou précarisées, la grande dépendance.

## **■ Gestionnaire de cas complexes**

### **Objectifs opérationnels :**

- Meilleure adéquation des prises en charge
- Améliorer l'orientation et la mise en place des aides les plus adaptées à la situation pathologique du patient,

### **Modalités de recours et d'intervention:**

Les structures concernées pouvant faire appel à l'équipe mobile sont les 2 SSR (Le Divit et Keraliguen) et les centres hospitaliers de Quimperlé, Port Louis et Le Faouët. L'équipe mobile intervient dans les services hospitaliers (dès le court séjour et en SSR) à leur demande, dans le cas de patients en situation complexe. Elle réalise des évaluations et est en charge des orientations vers les structures les mieux adaptées en coordination avec les services.

### **Patients potentiellement concernés :**

Dans les situations particulièrement délicates : handicaps rares, cumul de comorbidités associées (dont troubles psychiques notamment), situations sociales d'isolement ou problèmes d'insertion sociale, familiale ou professionnelle.

## **IV.2. AU DOMICILE (OU TOUT AUTRE LIEU DE VIE DU PATIENT)**

### **■ Des évaluations à domicile et articulation avec les acteurs de terrain**

#### **Objectifs opérationnels :**

- Améliorer la coordination et la qualité des prises en charge globales à domicile
- Améliorer l'accès aux soins primaires et/ou spécialisés
- Eviter les ruptures de prises en charge : optimiser et coordonner les alternances hôpital-domicile
- Permettre une meilleure accessibilité à des soins ou expertises directs inexistantes ou non remboursés (ergothérapeute, psychologue, chargé d'insertion professionnelle)
- Limiter les réhospitalisations et éviter les hospitalisations injustifiées
- Prévenir la désinsertion socioprofessionnelle

#### **Modalités de recours et d'intervention :**

L'équipe mobile est sollicitée par les professionnels intervenants au domicile ou substitut (EHPAD, FAM...) ou professionnels hospitaliers.

Le médecin traitant est l'interlocuteur référent du patient. Le patient ou son représentant légal autorise la démarche (garantie du libre choix).

Les interventions sont des actions d'évaluation et d'articulation avec les acteurs de terrain (services sanitaires ou médico-sociaux ou sociaux, ...) :

- Un premier temps d'analyse de la demande et d'évaluation de la situation de l'utilisateur : il peut comprendre l'état des lieux des besoins de la vie quotidienne, besoins de soins de base ou spécialisés (dont MPR) et nursing, des conseils sur les aides techniques ou financières et de l'aide à la constitution du dossier pour le plan personnalisé de compensation, l'étude des possibilités d'aménagement à domicile et le point sur l'insertion professionnelle, l'accès aux droits... C'est le médecin MPR de l'équipe mobile qui réalise ce premier temps d'évaluation ou qui désigne un (ou plusieurs) membres de l'équipe selon la demande de l'adresseur.
- Temps de synthèse - Proposition de conseils et d'orientation au patient en s'appuyant le plus possible sur les partenaires (coordination ville – hôpital) et notamment : les intervenants de ville (médecins généralistes, infirmières libérales, assistantes sociales, ...), médecins du travail, AIPSH, MDPH, SAMSAH, ALCAT56, réseau gérontologique Port Louis, ... La synthèse est adressée ou faite avec le médecin traitant et les interlocuteurs de santé concernés par le patient. Une indemnisation sera à prévoir pour les professionnels libéraux au titre de leur participation aux réunions de synthèse.
- Mise en œuvre du plan de soins et d'insertion sociale et professionnelle personnalisé
- Suivi et réévaluation

### **Patients potentiellement concernés :**

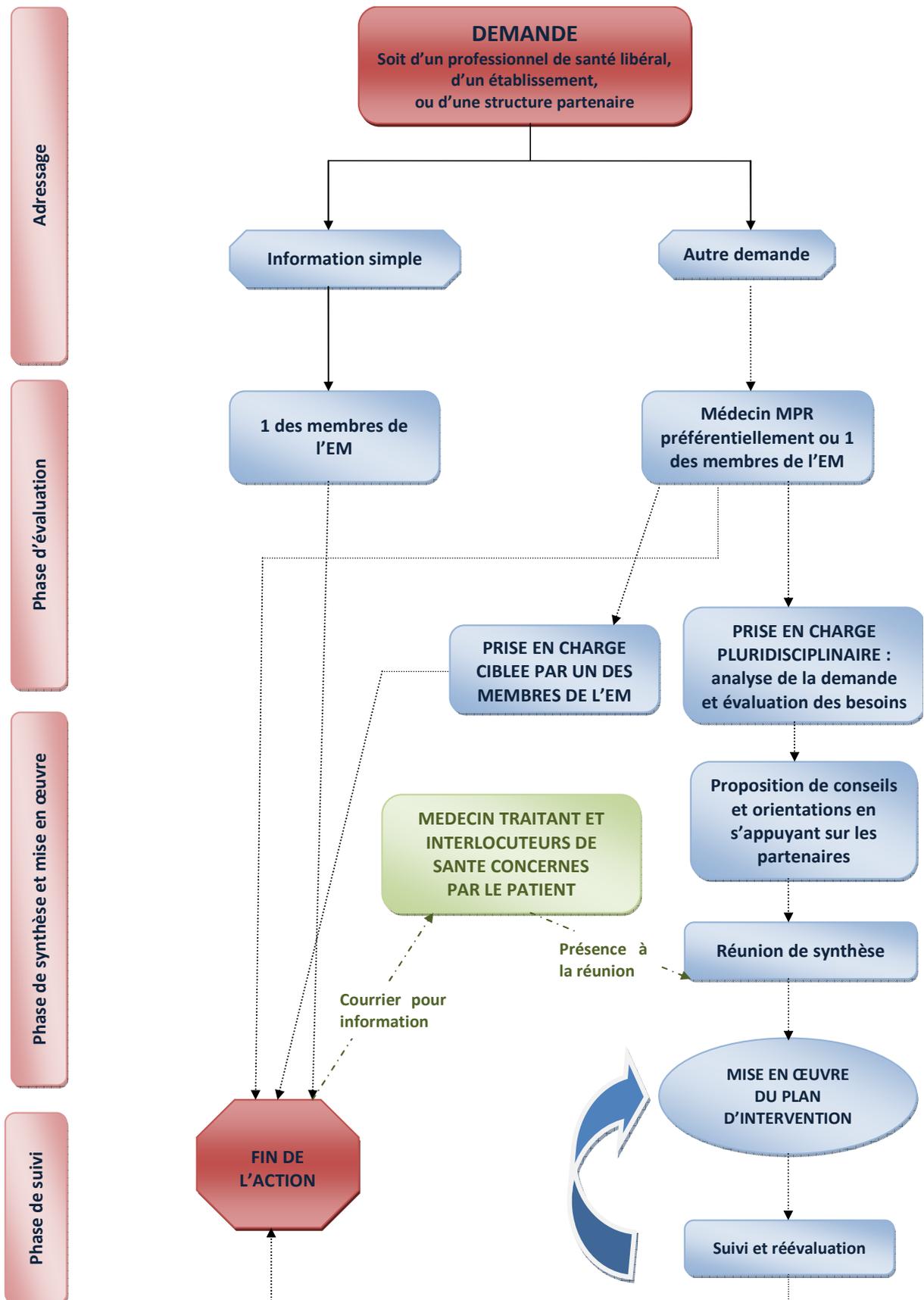
- Les personnes relevant de pathologies de MPR mais moins bien reconnues, moins bien informées, non régulièrement suivies, avec des trajectoires de soins plus décousues, c'est-à-dire celles qui ne sont pas dans les bons circuits ou qui « échappent » aux filières. Elles ont pu avoir un problème de santé aigu qui a été traité, sans que soit assuré le suivi de la prise en charge la plupart du temps par manque de coordination entre la ville et l'hôpital
- Les handicapés moteurs avec co-morbidités associées (troubles psychiques ou psychiatriques associés, conduites addictives,...)
- Les personnes en situation de handicap, à risque de désinsertion socioprofessionnelle (situation financière précaire ou isolés socialement (non inséré) et d'un point de vue familial)
- Les situations de handicap acquis, de séquelles ou situations dont l'évolution potentielle est une dégradation progressive vers la dépendance.

### **■ La proposition de soins ou expertises directs d'ergothérapeute ou psychologue (formé en neuropsychologie) peu ou pas accessibles ou non remboursés**

Dans quelques situations très ciblées, ces soins pourraient être proposés ponctuellement sur indication médicale « gratuitement » aux patients. Les missions de l'ergothérapeute de l'équipe mobile pourraient ainsi concerner, dans ce cadre, des programmes courts d'actes de réentraînement à domicile. Les consultations de psychologue peuvent concerner des situations d'urgence ponctuelles mais pas de prise en charge au long court (orientation vers psychologue libérale).

Des groupes de parole peuvent également être organisés.

## Synthèse de l'action de l'Equipe Mobile (EM) pour un patient à domicile



## IV.3. MISSIONS TRANSVERSALES

### ■ Formation

#### Objectifs opérationnels :

- Améliorer les pratiques professionnelles par de la formation ciblée
- Diffuser les recommandations de bonne pratique
- Constituer un réseau de professionnels formés sur le territoire

#### Modalités d'intervention :

Formation à organiser ou coordonner sur les nouvelles techniques, les possibilités d'insertion professionnelle et aménagement des postes de travail (rôle de l'ergothérapeute), aides et droits des personnes handicapées...

#### Public cible

Les professionnels de santé et médicosociaux libéraux ou de ville et hospitaliers du territoire

### ■ Plate forme d'offre et de conseils

#### Objectif opérationnel :

- Assurer une fonction d'expertise et de ressource

#### Modalités d'intervention :

- Mise en place d'un accueil téléphonique formé,
- Assurer une veille réglementaire et scientifique sur les nouvelles pratiques
- Constitution d'un annuaire des professionnels formés
- Mise à disposition d'information et de bases documentaires.
- Diffusion d'informations auprès du grand public et des bénéficiaires de l'équipe mobile

#### Public cible

Tous les professionnels du territoire intervenant auprès de patients en situation de handicap et les usagers.

## V. ACTIVITE PREVISIONNELLE DE L'EQUIPE MOBILE

Le nombre de patients pris en charge par l'équipe mobile sera évolutif avec le temps en distinguant la phase expérimentale et les années de fonctionnement en routine. Il sera dépendant des besoins, de l'offre des partenaires existants (SAMSAH notamment) et surtout des moyens alloués au projet, notamment du dimensionnement de l'équipe. Le médecin de MPR étant le pivot du fonctionnement de l'équipe en terme de coordination, d'évaluation des besoins de la personne, de conseils, d'orientation, de suivi..., il semble qu'un mi-temps soit indispensable dans un premier temps, voire plus en fonction de la montée en charge.

L'étude d'opportunité de la mise en place d'une équipe mobile menée auprès des acteurs locaux révèle un besoin plus prégnant pour la prise en charge au domicile, en terme de nombre de personnes potentiellement concernées. Ainsi :

Pour ce qui concerne l'intervention de l'équipe mobile en structures de soins, l'estimation pourrait totaliser 10 – 20 patients pour la première année, au regard des informations recueillies en entretien.

Pour ce qui concerne les missions relevant du domicile, la montée en charge doit être progressive et peut s'organiser par secteur géographique, ou en fonction de partenariats préexistants avec des médecins généralistes. L'équipe mobile de Kerpape peut s'inspirer d'autres expériences similaires comme celles du réseau « Handicap Lourd Aquitaine (HLA 33) » ou de « l'unité mobile d'évaluation et de suivi des handicaps (UMESH 76) » dont les principales caractéristiques et données d'activité figurent résumées dans le tableau ci-après.

	Type de financement	Composition de l'équipe	Population cible	Nb de personnes prises en charge
<b>HLA33</b>	Réseau de santé bénéficiant d'un financement ARS (FIQCS)	<p><u>Au démarrage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ETP MPR</li> <li>- 1 ETP ergothérapeute</li> <li>- 0,50 ETP psychologue</li> <li>- 1 ETP assistante sociale</li> <li>- 1 ETP secrétaire</li> </ul> <p><b>TOTAL : 4,5 ETP</b></p> <p><u>Depuis 2006 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ETP MPR</li> <li>- 1,5 ETP ergothérapeute</li> <li>- 0,80 ETP psychologue</li> <li>- 1 ETP assistante sociale</li> <li>- 1 ETP secrétaire</li> <li>- 0,5 ETP coordonnatrice administrative</li> </ul> <p><b>TOTAL : 5,8 ETP</b></p>	<p>Le réseau cible les personnes adultes (18-75 ans) handicapées moteurs lourds, <u>vivant à domicile</u>, en Gironde, présentant des difficultés non résolues par les moyens libéraux.</p> <p><i>Le département de la Gironde compte 1 300 000 habitants. Dans les faits, 2/3 des patients habitent Bordeaux et la CUB(*) : 720 000 habitants</i></p>	<p>En 2005 (année 1) : <b>170</b> dossiers suivis et file active de <b>120</b> patients à la fin de la 1<sup>ère</sup> année</p> <p>File active en routine = <b>160</b> dossiers suivis par an</p>
<b>UMESH76</b>	Budget global du centre régional de MPR « Les Herbiers »	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un médecin de MPR</li> <li>- deux ergothérapeutes</li> <li>- une secrétaire médicale</li> </ul>	<p>L'équipe intervient auprès de toute personne présentant un handicap moteur associé ou non, sans limite d'âge et résidant dans un rayon de 50 Kms autour de Rouen. L'unité se déplace <u>sur le lieu de vie de la personne ou dans les services hospitaliers.</u></p> <p><i>L'agglomération rouennaise compte environ 400 000 habitants.</i></p>	<p>En 2002 (année 1) : <b>121</b> dossiers suivis</p> <p>En 2009 : <b>512</b> dossiers suivis (dont 265 nouveaux)</p>

(\*) : CUB : Communauté urbaine bordelaise

Pour la phase expérimentale (la première année), au regard des autres expériences, de la taille du territoire d'intervention de l'équipe (secteur sanitaire n°3) et pour une équipe composée de 2 à 2,5 ETP (dont 0,5 ETP de médecin MPR), l'activité prévisionnelle pourrait être évaluée à 60 personnes suivies à domicile et 10-20 personnes en structures de soins, soit 70 à 80 personnes la première année, soit environ 8 nouvelles personnes par mois en moyenne.

## **VI. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION**

Doivent être prévus en amont de la mise en place de l'équipe mobile, des indicateurs et outils pour suivre l'activité en continu, réaliser un rapport d'activité annuel et une évaluation plus approfondie à plus long terme, afin de vérifier que l'équipe mobile a bien atteint les objectifs qu'elle s'était fixés et mesurer l'impact de ce projet sur les prises en charge et les pratiques.

Quelques indicateurs peuvent être d'ores et déjà listés :

### **Suivi de l'activité :**

- descriptif des patients pris en charge : âge, sexe, pathologies, origine géographique, ...
- descriptif des interventions :
  - nombre d'interventions déclinées par type (conseil, évaluation, formation, ...) et par intervenants
  - origine des signalements (domicile / établissements et plus précisément par type d'adresseurs)
  - motifs des demandes et déclinaison des demandes par origine des signalements,
  - délais d'intervention, réactivité,...
  - nombre de réunions de synthèse organisées,...

### **Organisation et fonctionnement :**

- pilotage
- méthodes et outils
- protocoles
- système d'information
- composition de l'équipe
- coordination intra et avec les partenaires
- formations

### **Participation et intégration des acteurs**

- La satisfaction des usagers et des professionnels

### **Impact du projet**

- sur l'amélioration des prises en charge et sur les pratiques professionnelles

### **Analyse économique**

- coûts totaux du projet et par patient pris en charge, si possible comparés à des prises en charge « hors équipe mobile »

## VII. LES PARTENARIATS À METTRE EN PLACE

Les acteurs et partenaires de l'équipe mobile sont tous ceux impliqués dans la prise en charge et le suivi des personnes en situation de handicap dans le territoire de santé n°3.

Des partenariats avec les professionnels et structures de santé, médico-sociaux, et sociaux, les institutionnels et associatifs pourront être formalisés via des conventions. Certaines mutualisations de compétences, de fonctionnement, ... pourront être recherchées.

### ■ **Professionnels et structures de santé, médico-sociaux et sociaux :**

Structures et établissements de soins du territoire, professionnels libéraux (médecins, IDE, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues,...), SAMSAH, AIPSH, HAD, SSIAD (travail de coordination), services sociaux, interlocuteurs de l'insertion professionnelle, réseaux gérontologiques, ou thématiques NeuroBretagne, Breizh IMC, réseau soins dentaires spécifiques..., médecine du travail

### ■ **Institutions :**

Conseils généraux, ARS, Mutualité, MDPH, MDA.

### ■ **Les associations représentant des usagers :**

Associations œuvrant dans le champ.

## VIII. LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

### 1. Affinement du projet

- Réunion avec le CHBS (directeur, équipe de MPR)
- Réunion de restitution des résultats de l'étude et présentation du pré-projet auprès des partenaires et professionnels concernés et/ou interviewés.
- Présentation du projet en conférence de territoire

### 2. Rédaction finale du projet d'expérimentation

- Formalisation des modalités d'organisation et de fonctionnement de l'équipe mobile
- Rédaction des protocoles d'intervention de l'équipe
- Choix et validation des outils d'évaluation pluridisciplinaire
- Choix des indicateurs de suivi et d'évaluation du projet
- Elaboration du budget prévisionnel : moyens de fonctionnement nécessaires en terme de personnel, locaux, matériel
- Formalisation des partenariats (conventionnement, GCS de moyens, ...)
- Mise en place du système d'information, plan de communication

### 3. Conception du protocole d'évaluation

Le protocole d'évaluation devra aborder, au-delà des indicateurs de suivi, l'évaluation des moyens, des procédures et des résultats tant sur le plan de l'impact épidémiologique que médico-économique.

### 4. Modalités possibles de structuration de l'équipe mobile et recherche de sources de financement auprès des tutelles ou d'autres sources

- Réseaux de santé :

Avantages :

- Intègre toutes les missions (notamment formation)
- Reconnaissance des partenariats libéraux et extra hospitaliers
- Thématique soutenue par l'ARS

Inconvénients :

- Financements non pérennes, à court terme

- Mission d'intérêt général (budget hospitalier) :

Avantage :

- Plus grande facilité de mise en œuvre

Inconvénients :

- Vision plus « hospitalo-centrée »
- Finance du personnel uniquement

- Autres financeurs (Fondation Benneteau, Mutualité Française, ...) : budget non pérenne, plutôt à solliciter dans le cadre de la phase initiale et/ou d'expérimentations ultérieures de nouveaux types de prise en charge.

# ANNEXE : LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES

	Etablissement / Structure	ville	personnes sollicitées	Nom
Professionnels hospitaliers	CENTRE HOSPITALIER DE BRETAGNE SUD	Lorient	Directeur	Monsieur GAMOND-RIUS
			1 médecin MPR	Docteur HAMARD (représentant également le CH d'Hennebont)
			1 neurologue	Docteur SARTORI
	CENTRE HOSPITALIER DE QUIMPERLE		Directeur	Monsieur MOREL
			Médecine interne	Docteur BERGONZY
	HOSPITALISATION A DOMICILE DE L'AVEN A ETEL		médecin coordonnateur	Docteur SPALAIKOVITCH
	CLINIQUE MUTUALISTE DE LA PORTE DE L'ORIENT		1 chirurgien orthopédiste	Docteur CAVAGNA (délègue par Mr Condon)
	CLINIQUE DU TER	Ploemeur	1 chirurgien orthopédiste	Docteur METRAL
Maison de convalescence Keraliguen	Lanester	Directeur	Madame THURIERE (concertations en amont avec les Docteurs LAMBERT et GOGMOS)	
Maison de santé spécialisée Le Divit	Ploemeur	Directeur	Monsieur TROST	
		1 médecin de soins de suite	Docteur VIALLE	
Kerpape	C.M.R.R.F. KERPAPE	Kerpape	médecin MPR	Docteur LE GUIET
			neurologue et présidente de CME	Docteur TSIMBA
			Responsable du SRISP	Madame STEPHAN
Professionnels libéraux	Médecin généraliste libéral			Docteur SAMZUN
	Kinésithérapeute libéral	Lanester		Monsieur MARON
	Orthophoniste libéral (Association Aphasique)			Madame LAVENANT
	SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE		Directrice	Madame TOULLEC
Secteur social	CCAS La Passerelle - CLIC	Lorient	1 représentant	Madame ADAM
			ergothérapeute	Monsieur GUIHO
	CENTRE HOSPITALIER DE BRETAGNE SUD	Lorient	Service social	Madame HERVAULT
Représentants d'usagers	FNATH 56-29 (association des accidentés de la vie)		Président	Monsieur HABBAB
	AFTC (Association française des traumatisés crâniens)		Président	Monsieur FABREGUES
Structures spécialisées Handicap	Mutualité 29-56 Filière médico-sociale-handicap		Directeur	Monsieur BONAVENTUR
	SAMSAH 56		Président	Monsieur PLANSON
	AIPSH (association pour l'intégration des personnes en situation de handicap)	Pays de Lorient	directrice	Madame LE CAM
Personnes ressources	AGENCE REGIONALE DE SANTE	Rennes	1 chargé de mission réseau	Monsieur PLEYBER
	Conseil général 56		1 élu en charge du handicap	Madame ANNEE
	Conseil général 29		1 élu en charge du handicap	Monsieur MONTFORT
			Directrice PA - PH au Conseil Général	Madame THOUMINE
	MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE DU MORBIHAN	Vannes	Directeur	Monsieur LE TOUX
			Médecin coordonnateur	Docteur GADET
	HLA 33 (Bordeaux)		médecin MPR coordonnateur du réseau	Docteur COSTE
Direction régionale jeunesse et sport			Madame DELMER	