

Equipes mobiles de réadaptation : contribution du CNP de MPR

Sommaire

I. Objet et missions	2
1. Contexte	2
2. Justification	3
3. Définition	3
4. Missions de l'EMR	4
5. Modalités d'intervention	4
5a. L'EMR intervient à différentes étapes des parcours et en différents lieux	4
5b. L'EMR répond à des modalités d'intervention spécifiques	5
6. Position institutionnelle et par rapport aux autres dispositifs existants	5
II. Organisation des interventions	7
1. Populations cible de l'EMR	7
2. La zone d'intervention de l'équipe mobile de réadaptation	8
3. Origine des demandes d'intervention	8
4. Modalités d'intervention de l'équipe mobile de réadaptation	9
4a. Analyse de la demande d'intervention	9
4b. Les interventions de l'EMR	9
4c. Dossier	11
4d. Evaluation	11
III. Conditions d'implantation et de fonctionnement	13
1. Les mentions	13
2. Les conditions d'implantation	13
2a. Effectifs	13
2b. Les locaux	13
2c. Les équipements	14
2d. Les frais de structure	14
3. Le financement	14

I. Objet et missions

1. Contexte

De nombreuses régions mettent en place des équipes mobiles de réadaptation (EMR) pour répondre aux nouveaux besoins et attentes des patients, au développement des prises en charge ambulatoires et au maintien à domicile. Pour la réadaptation, elles permettent une évaluation et mise en œuvre des moyens adaptés au contexte écologique. Les expériences au sein de toutes les régions constatent :

- **des parcours de plus en plus complexes**, des patients de plus en plus polyopathologiques, souffrant de maladies chroniques, de limitations fonctionnelles multiples, vieillissants, souvent dans un contexte de précarité et d'isolement,
- **le manque de complémentarité et de synergie** entre établissements de santé, soins de ville et structures médico-sociales.
- **des retours de plus en plus précoces à domicile après un épisode aigu, sans passage par un service de rééducation/réadaptation**, (souvent par manque de lit disponible), **malgré une indication identifiée**, et souvent sans procédure d'accompagnement de coordination des soins.

Ces équipes mobiles se sont organisées sous des formes hétérogènes, parfois thématiques (ex : AVC dans le contexte du plan AVC) ou plus génériques (ex : situations de handicap), parfois en lien avec des réseaux de soins.

L'accompagnement de ces situations complexes ou en rupture par des équipes mobiles nécessite des compétences spécialisées et médicalisées, un fonctionnement pluridisciplinaire, et un adossement technique et fonctionnel à des équipes/structures de SSR spécialisées. Les EMR mobilisent dans leurs interventions des compétences médicales, paramédicales, sociales, psychologiques et techniques nécessaires pour accompagner ces populations particulières.

Les EMR ont vocation à offrir une prise en charge de qualité dans le champ du handicap à des fins diagnostiques et thérapeutiques en lien avec les ressources environnementales du patient pour réduire au minimum les limitations fonctionnelles en termes de déficiences, d'activité et de participation.

Elles mettent à disposition des compétences de réadaptation spécialisée, notamment de médecine physique et de réadaptation (MPR) auprès des professionnels de santé et des patients « dans les murs » (structures de soins MCO, SSR, psychiatrie ne disposant pas de compétences spécialisées de réadaptation) ou « hors les murs » (domicile ou structure d'hébergement médico-social).

La plupart des EMR bénéficient aujourd'hui d'un financement au titre des MIGAC dans le cadre du financement des SSR. La DGOS a mis en place des groupes de travail sur les prises en charge de recours et d'expertise particulière. Il s'agit de rédiger un cahier de charges, de définir une stratégie nationale/régionale de déploiement de ces activités et de proposer des modalités de financement spécifiques si nécessaire.

Dans ce contexte le CNP de MPR apporte sa contribution sur le thème des équipes mobiles de réadaptation pour des patientèles relevant de son expertise.

2. Justification

Dans un contexte de « chronicité » des affections et de vieillissement de la population, le SSR, aval privilégié du MCO, doit développer ses modalités de prise en charge, d'accompagnement des personnes à risque de handicap surajouté du fait de ces affections avec le soutien de tous les acteurs territoriaux (médecins de ville, soignants libéraux, centres de soins, HAD, structures médico-sociales, MDPH, réseaux éventuels et / ou plateformes d'orientation). Il peut ainsi, prenant appui son expertise médicale paramédicale et sociale de réadaptation être l'acteur référent du parcours de soins de réadaptation des patients et de leurs aidants. Les EMR, ouvertes sur les soins de ville et l'ensemble des acteurs, reliées à un centre ou service de MPR, peuvent contribuer à réduire la perte d'autonomie, quels que soient l'âge et l'évolutivité de l'affection causale, à optimiser les parcours, éviter les ruptures, limiter ou éviter des hospitalisations, garantissant ainsi les possibilités de retour et de maintien à domicile.

L'évaluation puis l'adaptation du domicile au sens non seulement architectural mais au sens de l'environnement général et habituel de la personne en situation de handicap, comprenant les soins à domicile et les services à la personne, constituent une nécessité et un problème majeure pour le système sanitaire et social. Notons que l'évolutivité des affections chroniques handicapantes (SLA, SEP, myopathies cancers...) se joue aujourd'hui le plus souvent au domicile.

Cette évaluation par une équipe spécialisée, expérimentée et reconnue sur un territoire représente un enjeu important pour les structures sanitaires dans l'optimisation des prises en charge et des séjours, mais aussi pour les structures médico-sociales auprès desquelles l'EMR apporte une compétence médico-technique, ainsi qu'auprès de la MDPH face à des situations cliniques et sociales très complexes. Les EMR sont ainsi déjà souvent partie intégrante des dispositifs d'appui à la gestion des cas complexes au sein d'un territoire.

Les équipes mobiles de réadaptation apparaissent comme l'un des « maillons » constitutifs des dispositifs territoriaux et régionaux de réadaptation, synergique des prises en charges hospitalières et de ville, adapté pour accompagner les transitions et traiter ses problématiques d'adaptation, joignant compétences, pluridisciplinarité, mobilité, souplesse de fonctionnement et large connaissance des acteurs.

3. Définition

L'équipe mobile de réadaptation est une unité pluridisciplinaire qui a pour objet, sur un territoire défini, de faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie d'une personne en situation de handicap temporaire ou prolongée.

Elle intervient principalement dans des situations où les difficultés rencontrées exposent à différents risques : compromettre le retour ou le maintien à domicile, prolonger le séjour hospitalier, déclencher une hospitalisation par inadaptation fonctionnelle ou une institutionnalisation inadéquate.

Les EMR peuvent aussi apporter leur concours dans des situations évolutives nécessitant un transfert de la personne en institution ou autres structures.

L'EMR est une structure au fonctionnement transversal, rattachée au champ sanitaire et médicalisée. Elle s'inscrit dans une logique d'interface et de subsidiarité par rapport aux acteurs existants aux niveaux territoriaux et régionaux, mais aussi de contribution à des compétences et spécificités non existantes ou non prises en charge en ville.

4. Missions de l'EMR

Les prises en charge de l'EMR sont ponctuelles, réservées à des situations complexes. Elles permettent des diagnostics médicaux et des évaluations médico-techniques pluridisciplinaires en contexte écologique afin de réduire les situations de handicap dans le lieu de vie, de sécuriser les parcours de soin et de vie. Ses missions répondent à un objectif identifié par le demandeur. Elles sont ciblées par un bilan médical et /ou une évaluation médico-technique pouvant nécessiter une à plusieurs interventions organisées sur une durée et une fréquence adaptées aux besoins du patient. Ces interventions n'ont pas vocation, sauf cas spécifiques et autorisés, à avoir un caractère régulier et durable.

Le retour dans le lieu de vie et l'accompagnement dans des phases de transition constituent le socle principal des missions de l'EMR, en tant qu'interface entre les services hospitaliers et les acteurs de ville libéraux ou institutionnels. Par son expertise médicale et de réadaptation, elle accueille, oriente et apporte un premier accompagnement le cas échéant, en réponse à des problématiques de maintien dans le lieu de vie. Elle contribue ainsi à un rôle d'intervenant et potentiellement d'animateur vis-à-vis de parcours complexes en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire impliqués dans les filières de soins et l'accompagnement du handicap.

Le patient ou ses aidants conservent une liberté tant pour l'intervention de l'EMR que pour le choix dans la mise en œuvre des conseils prodigués.

5. Modalités d'intervention

5a. L'EMR intervient à différentes étapes des parcours et en différents lieux

- **Durant une phase d'hospitalisation** en période post-aigue immédiate, en particulier MCO, SSR non spécialisé, psychiatrie, pour faciliter une organisation adaptée et sécurisée des sorties. Elle permet de mettre à disposition les compétences médicales et paramédicales de Médecine Physique et de Réadaptation dans l'objectif d'améliorer la réadaptation précoce, l'orientation, la rapidité et la pérennité du retour à domicile des patients ou du choix d'un lieu de vie.

- **A domicile ou sur le lieu de vie**, en prévention ou face d'une évolution ou déstabilisation d'une situation clinique, sociale, familiale, environnementale, susceptible de compromettre le maintien à domicile et d'entraîner une hospitalisation ou une ré-hospitalisation voire une institutionnalisation évitables.
- **En appui à l'ensemble des structures médico-sociales** pour enfants, adultes, personnes âgées, intervenant dans le champ du handicap chronique, qu'il s'agisse de l'orientation, de l'accompagnement ou de l'hébergement médico-social. L'équipe mobile apporte à ces structures un complément de compétences médicales et paramédicales, permettant de réajuster le programme de réadaptation, de prévenir les troubles fonctionnels évitables (neuro-orthopédie, troubles de déglutition, douleurs, positionnement...) d'éviter des hospitalisations, de transmettre les bonnes pratiques auprès des équipes d'accompagnement voire réaliser du dépistage et de l'orientation.

5b. L'EMR répond à des modalités d'intervention spécifiques

Son intervention est ponctuelle, essentiellement évaluative et source de propositions. Son action s'inscrit dans un projet de vie et de prise en charge personnalisé, centré sur la recherche d'autonomie et la qualité de vie attendue par la personne ou son entourage. Les interventions de l'EMR n'ont pas vocation à se pérenniser mais l'EMR doit s'assurer de la mise en place des prescriptions et préconisations. Les expériences connues permettent d'estimer le nombre moyen d'interventions (lieu de vie ou autre mise en situation écologique) jusqu'à 10 passages.

6. Position institutionnelle et par rapport aux autres dispositifs existants

Compte tenu des profils de besoins évoqués, l'EMR doit impérativement être adossée à un (ou des) service(s) de SSR spécialisés dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et / ou du système nerveux (même si la population visée par ces EM SSR est plus limitée).

Quel que soit le mode d'organisation des EMR, mono ou multi sites, il est indispensable d'identifier un guichet unique d'accès dans une double logique de proximité et de spécialisation.

1. Le rattachement au SSR permet :

- D'améliorer l'accès à certaines compétences ou équipements
- De faciliter les conditions d'organisation et de fonctionnement
- De rapprocher ses professionnels d'autres équipes
- De favoriser une mutualisation de moyens
- De promouvoir une dynamique territoriale amont-aval dans un contexte de GHT, de filières ou réseaux (AVC, personnes âgées, paralysies cérébrales, polyhandicap, SLA, SEP, myopathies, cancers...)

2. Relations avec les autres équipes mobiles et dispositifs d'accompagnement et de coordination sanitaires et sociaux.

L'EMR doit organiser des relations étroites avec les MDPH.

En cas de présence sur le territoire d'autres types d'équipes mobiles (ex : EM AVC) des synergies doivent être favorisées (coordination, fusion...) avec l'EMR.

La mutualisation de moyens techniques, administratifs ou humains doit être favorisée, mais sans diminuer les compétences médicales et paramédicales spécifiques nécessaires à la gestion des cas complexes.

L'EMR n'a pas vocation à se substituer à certains dispositifs souvent sociaux ou médicaux sociaux avec des compétences spécialisées plus adaptées à certains profils de patients (ex : MAIA, pour les personnes avec une maladie d'Alzheimer) mais plutôt leur apporter une complémentarité.

II. Organisation des interventions

1. Populations cible de l'EMR

Personnes en situation de handicap, dont l'état physique et/ou cognitivo-comportemental entraîne des limitations fonctionnelles et des restrictions de participation et requiert l'intervention de l'EMR pour un retour ou un maintien dans le lieu de vie en adéquation avec les besoins et attentes du patient et de son entourage.

L'EMR se mobilise pour toute situation de handicap : enfants, adolescents, adultes ou personnes âgées.

Typologie médicale des patients pris en charge par les EMR.

Les retours d'expérience régionaux montrent la forte proportion des atteintes neurologiques et locomotrices associées à des limitations fonctionnelles sévères.

Ci-dessous extrait du rapport d'activité des Equipes Mobiles de Réadaptation Réinsertion d'Ile de France 2018 (ARS Ile de France, septembre 2019).

- Accidents vasculaires cérébraux,
- Paralysies cérébrales et polyhandicap lourd,
- Scléroses en plaques,
- Maladie de Parkinson et apparentée,
- Affections musculaires,
- Traumatisés crâniens,
- Tumeurs cérébrales,
- Lésions médullaires,
- Neuropathies / PRN,
- Sclérose Latérale Amyotrophique,
- Autres pathologies neurologiques,
- Chirurgie / lésions / amputation membres inférieurs,
- Chirurgie / fractures du rachis,
- Chirurgie / lésions / amputation membres supérieurs,
- Fractures / lésions du bassin,
- Pathologie ni neurologique, ni orthopédique.

Quatre points caractérisent ces personnes bénéficiaires :

1. La forte prévalence des limitations fonctionnelles d'origine neurologique et/ou locomotrice requérant des soins de rééducation réadaptation coordonnés.
2. Un certain niveau de dépendance physique et/ou cognitivo-comportementale.
3. Besoin d'accompagnement social par défaut des réseaux sociaux de soutien et d'aide à l'élaboration ou ajustement d'un projet de vie.

4. Situation de rupture ou d'instabilité du système de soin et d'accompagnement social de la personne et souvent un contexte de précarité.

Aidants non professionnels confrontés à des problématiques de retour ou maintien dans le lieu de vie d'une personne en situation de handicap.

Professionnels confrontés à des problématiques de retour ou maintien dans le lieu de vie d'une personne en situation de handicap, ou à des difficultés de prise en charge quotidienne.

2. La zone d'intervention de l'équipe mobile de réadaptation

Territoire

- Le champ géographique d'intervention de l'EMR s'inscrit dans une logique de proximité territoriale entre le (ou les) établissements de rattachement et la zone de résidence des bénéficiaires.
- L'EMR doit être positionnée au sein de son territoire géographique de compétence. La zone géographique peut être élargie par exception en raison des compétences très spécialisées d'une équipe.
- La définition géographique devrait pouvoir tenir compte : de la population, de la densité, de la pauvreté / précarité, des ressources existantes ou non et mobilisables, et enfin de conditions d'accessibilité en distance et en temps.

Lieux d'intervention

- Le domicile et/ou les lieux d'hébergement et de vie de la personne
- Service hospitalier/médico-social ou d'hébergement social de la personne (dans une perspective de retour sur un lieu de vie adapté et pérenne).
- Autres situations écologiques.

3. Origine des demandes d'intervention

La demande doit provenir de professionnels de santé, médico-sociaux ou sociaux intervenant auprès de la personne. Cela concerne par exemple :

- Les services hospitaliers de court séjour, de SSR, de psychiatrie ou de SLD.
- Les structures d'hébergement et d'accompagnement social ou médico-social, dont EHPAD, MAS et FAM.
- Les structures alternatives ou ambulatoires sanitaires, sociales ou médico-sociales.
- Le médecin traitant, les auxiliaires médicaux, les travailleurs sociaux et autres professionnels de santé de ville.
- Les réseaux de santé du territoire.

Les particuliers ne peuvent pas présenter directement de demande d'intervention. Toutefois, l'EMR apportera une réponse en termes d'orientation vers la structure la plus appropriée à toute sollicitation émanant d'un particulier.

4. Modalités d'intervention de l'équipe mobile de réadaptation

L'EMPR doit répondre à certaines modalités dans son organisation et son fonctionnement qui contribuent à sa spécificité et son efficacité par rapport à d'autres dispositifs.

L'une des clefs de la réussite d'une EMR est sa réactivité par rapport aux sollicitations qui lui sont adressées. Elle doit répondre aux demandes en apportant une suite à toute sollicitation dans les délais les plus courts, se faire connaître sur son territoire et assurer une veille documentaire, technique et administrative sur les problématiques et acteurs liés au retour ou au maintien dans le lieu de vie.

4a. Analyse de la demande d'intervention

L'analyse de la demande doit s'appuyer sur des critères formalisés par l'EMR qui doivent prendre en compte les points suivants :

- L'utilisation d'un formulaire unique de demande d'intervention
- L'enjeu avéré du retour ou du maintien dans le lieu de vie, ce qui inclue les enjeux de projet et de qualité de vie de la personne.
- La compatibilité/incompatibilité de la demande avec les moyens de l'EMR (compétences présentes, disponibilité, zone géographique d'intervention...).
- L'existence/absence d'intervenant spécialisé plus approprié.

Une réponse doit être apportée à chaque demande :

- Les demandes non prises en compte doivent donner lieu à un conseil en termes de réorientation.
- Un contact ou une réponse doit faire suite aux demandes dans les délais les plus brefs possibles (3 jours ouvrés maximum). Ces délais peuvent être plus courts pour les demandes marquées par un caractère urgent.

4b. Les interventions de l'EMR

- **Evaluer**, en collaboration avec le patient et son entourage, les besoins d'adaptation de la personne dans son environnement pour l'orienter et/ou l'accompagner en vue d'un retour ou d'un maintien dans le lieu de vie.

- Apporter une **compétence de réadaptation à la mise en œuvre du projet de soins** et de vie de la personne.
- **Conseiller** et accompagner la personne, les aidants et les professionnels, dans l'identification et le choix des prestations les plus adaptées pour favoriser le retour ou le maintien dans le lieu de vie par :
 - la recherche de **solutions de compensation et d'adaptation**, des visites sur le lieu de vie et des mises en situation écologiques,
 - des informations dans les différents domaines de la vie courante (aides techniques, logement, transports, aide humaine...),
 - **orienter vers les différents acteurs adaptés.**
- **Aider dans les démarches administratives** nécessaires pour obtenir les prestations liées à la situation de handicap de la personne.
- **Vérifier que les conditions nécessaires** au retour ou maintien dans le lieu de vie sont réunies (informations, adaptations, prestations et soins) et apporter le cas échéant une aide à leur mise en œuvre.
- **Evaluer** le vécu et la fragilité des aidants (score de fardeau de Zarit / mini Zarit au début et à la fin du suivi).
- **S'assurer de la transmission de son expertise** aux différents acteurs du lieu de vie de la personne (médecin référent, professionnels paramédicaux, structures d'accompagnement et de vie sociale...) et aider le cas échéant à la coordination de leurs actions. Cela peut également concerner le renfort des connaissances des acteurs, ainsi qu'un appui à la réalisation du projet de vie.
- **Apporter son concours en cas de transfert en établissement**, quand la situation de la personne l'exige et qu'elle ne peut pas être maintenue, ponctuellement ou durablement, dans son lieu de vie, afin de préserver les acquis de l'accompagnement assuré jusqu'alors et préparer, le cas échéant, le retour ultérieur sur le lieu de vie.
- **Conseiller, informer et former les acteurs intervenant auprès de la personne.**

Le travail de l'EMR pour une prise en charge comprend :

- **des interventions** sur le(s) lieu(x) de vie pour évaluer/conseiller/mettre en situation (ainsi qu'au lit du patient en service hospitalier, le cas échéant),
- **des temps de concertation** (staffs pluridisciplinaires, contacts avec intervenants extérieurs, ...),
- **des temps d'instruction du dossier** (travail de liaison, documentation, renseignement des bases de données...),
- **la rédaction et l'envoi du compte-rendu d'intervention aux différents acteurs du parcours et à la personne.**

4c. Dossier

Tenue d'un dossier par prise en charge :

- Dossier unique, pluri professionnel et partagé au sein de l'EMR, assurant une traçabilité de la prise en charge respectant les règles de sécurité des données.
- Un compte rendu systématique pour chaque prise en charge réalisée de l'évaluation des besoins, des préconisations en aides techniques et/ou humaines et/ou de l'aménagement du domicile, pour l'utilisateur.
- Un compte rendu médical pour le médecin référent, avec information à l'utilisateur et un compte rendu adapté pour les auxiliaires médicaux et autres intervenants sur le lieu de vie, avec copie au médecin référent.
- Transferts de bilans éventuels et de compte-rendu dans le dossier partagé de l'assuré.

4d. Evaluation

Un modèle de rapport d'activité est proposé, comportant les éléments suivants:

Descriptif des patients pris en charge : âge, sexe, pathologies, statut fonctionnel (usage d'un outil générique de statut fonctionnel) besoins de réadaptation, facteurs socio-environnementaux (score de précarité ?), origine géographique, ...

Origine des signalements par type d'adresseur (établissement sanitaire – préciser le service, médico-social, ville – préciser : médecin traitant, paramédical...)

Evaluation du délai de mise en œuvre de la première prestation suite à la demande

Evaluation du suivi des préconisations

Descriptif des interventions : nombre d'interventions déclinées par type (conseil, évaluation, formation, ...) et par intervenant / catégorisation des préconisations

- **Orientation** vers une consultation spécialisée, Hôpital de Jour Diagnostic, hospitalisation en SSR (HC ou HTP), hospitalisation en service de spécialité, en hospitalisation A Domicile (HAD) ou HAD de réadaptation, accueil De Jour (ADJ), hébergement temporaire ou définitif
- **Prescriptions médicales** : professionnels de soin ou de rééducation, appareillage, aides-techniques, psychologue, activité physique adaptée ...
- **Interventions sociales** : évaluation sociale, mise en place d'aides / APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), protection juridique / signalement, mise en relation avec le secteur associatif.
- **Réseau de soutien et environnement** : analyse et adaptation de l'environnement, mise en place de matériel, soutien et accompagnement à son utilisation, soutien et accompagnement des familles /aidants

Evaluation de la performance efficacité par rapport au ratio du nombre de dossier à traiter par an par exemple ou par rapport au service rendu à la personne prise en charge. Nombre de dossiers. Durée de prise en charge par dossier.

Evaluation des pratiques : dossier patient, protocoles et procédures, coordination avec les partenaires, formations reçues, déplacements...

Satisfaction des usagers et des professionnels adresseurs.

Coordination avec l'amont en aval de l'hospitalisation

En tant que structure de transition et de coordination, l'EMR doit s'appuyer sur des partenariats organisés. En particulier :

Coordinations en amont avec les services d'hospitalisation du secteur d'intervention (MCO, SSR du territoire, soins de ville, structures médico-sociales, MDPH...

Coordinations en aval : liste non exhaustive des acteurs

- Médecine de ville
- Réseaux de santé spécialisés
- Structures du territoire intervenant à domicile (SAMSAH, SAVS, SSIAD ...)
- Prestataires (aide humaine, équipements, transports...)
- Bailleurs sociaux
- Structures spécifiques du champ du handicap et de la dépendance (UEROS, CRP, PACT, CICAT, CLIC...)
- Associations de personnes handicapées
- Services sociaux
- Opérateurs d'insertion sociale et professionnelle
- Collectivités territoriales
 - Coordinations avec les structures d'hospitalisation à domicile HAD et/ou HAD de réadaptation du territoire,
 - Coordinations avec les structures médico-sociales et sociales d'hébergement et d'accueil de jour du territoire.
 - Les EMR sont partie intégrante des dispositifs d'appui à la coordination (DAC).
 - Coordination avec la MDPH. Dans les modalités de coordination entre l'EMR et la MDPH, il est nécessaire de s'accorder sur le caractère prioritaire des demandes présentées par l'EMR auprès de la MDPH et d'outils partagés d'évaluation permettant un traitement accéléré.

Convention de partenariat pour les EMR multi sites.

III. Conditions d'implantation et de fonctionnement

1. Les mentions

Les établissements de santé candidats devront être titulaires d'une autorisation de SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et des affections neurologiques.

2. Les conditions d'implantation

Les personnels : l'équipe est pluridisciplinaire, médicalisée et comprend en particulier des professionnels qualifiés pour cette mission, peu représentés en ville ou difficilement mobilisables pour ce type de missions.

2a. Effectifs

- Une EMR, rattachée à un SSR spécialisé, est composée d'environ 3 ETP pour 40 à 80 dossiers par an (note : chiffre donné en Ile-de-France), qu'il est recommandé d'organiser de la manière suivante :
 - Rééducateur paramédical : 1,0 ETP
 - Secrétaire : 0,5 à 1,0 ETP comprenant des temps de liaison
 - Travailleur social : 0,5 à 1,0 ETP
 - Médecin de Médecine Physique et de Réadaptation sénior : +/- 0,5 ETP assurant la coordination.
- L'EMR a la possibilité d'accéder à d'autres compétences ponctuellement utiles (exemple : psychologue formé à la neuropsychologie, ...).
- Si l'EMR se voit confier une (ou des) spécialisation(s) particulière(s), des compétences supplémentaires ou spécifiques peuvent être ajoutées et financées pour y répondre.
- Le rééducateur paramédical doit disposer de compétences et/ou qualifications conformes aux missions de l'EMR (bilans, évaluation, conseil en adaptation et matériels...).

2b. Les locaux

Bureaux pour le travail sur dossier et la gestion documentaire.

- Accès à une salle de réunion pour les réunions pluridisciplinaires, avec vidéo conférence pour permettre des télé réunions et la télé expertise, des RDV avec des organismes ou entreprises extérieurs, des rencontres avec les patients, les aidants, les autres acteurs de la prise en charge. Secrétariat et accueil avec au moins un bureau open-desk pour les intervenants.

- Il est souhaitable que l'EMR organise l'accès par son rattachement à une ou plusieurs services/ unités/ centres de MPR :
 - aux différents plateaux techniques d'évaluation fonctionnelle nécessaires,
 - à un parc de fauteuils roulants,
 - à un parc d'aides techniques,
 - à une salle de consultation
 - si nécessaire, à des locaux de simulation (salle de bain, cuisine, chambre).
- Les locaux de l'EMR doivent être accessibles sur le plan géographique (pas trop excentrés dans le territoire, stationnement possible, lieu facilement repérable...).

2c. Les équipements

- Equipement de bureautique, fixe et portable, téléphone mobile pour les intervenants au domicile.
- Dossier patient informatisé.
- Logiciels de conception de plan du domicile.
- Documentation.

2d. Les frais de structure

- Prévoir un temps d'encadrement paramédical des EMR.
- Véhicule(s) ou financement pour les déplacements et le transport des aides techniques sur le lieu de vie.

3. Le financement

Le financement est actuellement principalement assuré dans le cadre des MIGAC.

Incidence des conditions de fonctionnement sur le financement :

D'autres modèles de fonctionnement nécessiteraient d'autres véhicules de financement.

Un financement socle associé à une part à l'activité réalisée permettrait d'envisager d'autres modes d'intervention. Il paraît nécessaire de pouvoir suivre le déploiement et le développement des EMR dans la mesure où les chiffres de 40 à 80 interventions par EM semblent très insuffisants au regard des retours d'expériences. Il faudra tenir compte des durées d'intervention, de déplacement et d'ouverture des dossiers avec parfois des suivis nécessaires de plus d'un an.

Les relations avec les différents modes de prises en charge à domicile s'inscrivent dans une réflexion sur la gradation des prises en charge au sein d'un dispositif coordonné de réadaptation : intervenants libéraux, équipes mobiles, HAD, HAD-R, SAMSAH, ...).