



Annexe 1 - Cahier des charges : équipe mobile de soins de suite et de réadaptation

La mission des EM SSR s'inscrit dans une stratégie nationale et régionale de décroisement et de renforcement du maintien à domicile.

1. OBJET ET MISSIONS DE L'EQUIPE MOBILE SSR

1.1. Définition de l'équipe mobile SSR

L'équipe mobile (EM) est une unité pluri professionnelle 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 peuvent compromettre le retour ou le maintien à domicile, et provoquer un risque de prolongation de séjour hospitalier ou de retour en institution. Elle peut également apporter son concours dans les situations nécessitant un transfert de la personne en institution.

L'action de l'EM doit comprendre principalement des interventions :

- sur les lieux de vie de la personne ;
- dans des établissements d'hébergement médico-sociaux ou sociaux, dans le but de diminuer les incidences d'hospitalisation, transmettre les bonnes pratiques auprès des équipes d'accompagnement voire faire du dépistage et de l'orientation.

Son intervention est ponctuelle et s'inscrit dans un projet de vie et de prise en charge personnalisé centré sur la qualité de vie attendue par la personne ou son entourage.

La mission de l'EM s'inscrit dans une logique d'interface, de transversalité et de subsidiarité par rapport aux acteurs existants aux niveaux territorial et régional.

1.2. Mission de l'EM

Les prises en charge de l'EM sont ponctuelles, avec une à plusieurs interventions organisées sur une durée et une fréquence adaptées aux besoins du patient. Elles sont ciblées sur une demande et une problématique particulières, et n'ont pas vocation 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'EM, en tant qu'interface entre les services hospitaliers et les acteurs de ville libéraux ou institutionnels.

Ainsi, les missions de l'EM sont, en première intention :

- D'analyser 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, et améliorer ses conditions de vie dans son environnement socio-familial (rédaction d'un plan personnalisé d'accompagnement). Dans cette fonction, l'EM pourra être interpellée pour des visites environnementales permettant d'anticiper, voire éviter des risques liés au domicile et favoriser ainsi le maintien au domicile.
- De conseiller et d'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,
- des informations dans les différents domaines de la vie courante (aides techniques, logement, transports, aide humaine...),
- D'aider le cas échéant, en lien avec les services sociaux de secteur, à la constitution des dossiers administratifs nécessaires pour obtenir les prestations nécessaires liées à la situation de handicap de la personne.

S'ajoute à cela une dimension de coordination des actions et du parcours de soins de la personne :

- De 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.
- De s'assurer de la bonne mise en route et de la coordination des interventions des différents acteurs du lieu de vie de la personne (médecin généraliste, professionnels paramédicaux, structures d'accompagnement et de vie sociale,...)

1.3. POSITIONNEMENT DE L'EQUIPE MOBILE SSR

1.3.1. EM SSR, une structure sanitaire ne dispensant aucun soin

L'EM est une structure transversale, rattachée au champ sanitaire.

L'EM est donc adossée à un (ou des) service(s) de SSR spécialisés dans la prise en charge des affections locomoteur et / ou du système nerveux (même si la population visée par ces EM SSR est plus limitée¹).

L'EM doit toutefois rester bien distincte des services de SSR pour préserver le caractère propre de sa mission.

Le rattachement au SSR peut notamment :

- permettre une mutualisation de moyens ;
- faciliter les conditions d'organisation et de fonctionnement, la rédaction du projet d'accompagnement de la personne prise en charge (plan personnalisé d'accompagnement) ;
- améliorer l'accès à certaines compétences ou équipements ;
- rapprocher ses professionnels d'autres équipes.

Par rapport aux structures de SSR :

- l'EM est mobile par essence et intervient dans le lieu de vie ;
- l'EM n'intervient que dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle nécessitant l'expertise d'une équipe de réadaptation ;
- l'EM n'a pas vocation à dispenser des soins en dehors de ceux inaccessibles ou non pris en charge (psychologue, ergothérapeute) dans le champ libéral ;
- l'intervention de l'EM contribue à fluidifier les parcours de soins et faciliter les sorties de services hospitaliers et/ou éviter des ré-hospitalisations ;
- l'EM peut contribuer à une continuité dans le transfert et la préservation des acquis de la prise en charge hospitalière lors du retour dans le lieu de vie et créer du lien entre l'hôpital et la ville ;
- l'EM peut aussi intervenir dans des problématiques de maintien dans le lieu de vie pour des patients hors filières hospitalières et notamment pour des visites environnementales.

¹ Patients en situation de handicap dont l'état physique entraîne des difficultés fonctionnelles dans la vie quotidienne et pour lesquels, à la suite d'un séjour en SSR, il apparaît indispensable de réaliser un plan personnalisé d'accompagnement.

1.3.2. Une coordination avec d'autres équipes mobiles proposant une offre similaire pour un public plus ciblé

Les EM SSR constituent des outils venant en complément d'autres dispositifs déjà déployés pour des affections ou un public plus ciblé.

- **Les équipes mobiles de gériatrie**

Ces équipes, composées notamment de gériatre, et d'infirmier formés à l'évaluation gériatrique standardisée, ont comme rôle de dispenser un avis gériatrique à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée.

L'équipe mobile gériatrique intervient à la demande des services d'urgences et de l'ensemble des services de l'hôpital. L'équipe mobile peut également intervenir dans des structures externes (EHPAD ou domicile). A ce titre, l'équipe intervient afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise.

En cas de présence sur le territoire d'une EM gériatrie, des collaborations et/ou mutualisation de moyens techniques, administratifs ou humains doivent être recherchées et mises en œuvre, dans le respect des missions respectives de chaque équipe.

- **Les équipes mobiles AVC**

A l'instar des EM SSR, l'équipe mobile AVC est une unité pluridisciplinaire qui a pour objet de favoriser le retour ou le maintien au domicile des personnes en situation de handicap neurologique. Elle intervient comme interface entre les services hospitaliers et les acteurs de ville ou institutions avec un rôle de coordinateur entre les établissements sanitaires, médico-sociaux et le domicile. Son intervention est ponctuelle, au domicile du particulier, ciblée sur une problématique particulière s'inscrivant dans le projet de vie du patient.

En cas de présence sur le territoire d'une EM AVC, des synergies doivent être favorisées (coordination, fusion...) avec l'EM SSR. La globalisation des financements des EM doit être vue comme une opportunité, notamment en termes de moyens, de taille critique et de capacité à innover, pour le territoire et les EM elles-mêmes.

- **Les équipes spécialisées de prévention réadaptation à domicile (ESPRAD)**

Ces équipes constituées d'ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues et diététiciens permettent l'évaluation et l'accompagnement de patients atteints de SEP, maladies de Parkinson de tout âge et patients chuteurs de 60 ans et plus. Elles sont financées à des SSIAD pour un territoire. Ces équipes ont vocation à couvrir l'ensemble de la région.

A la différence des EM SSR, ce dispositif s'adresse à des patients atteints d'un certain type d'affection.

En cas de présence sur le territoire d'une ESPRAD, des collaborations et/ou mutualisation de moyens techniques, administratifs ou humains doivent être recherchées et mises en œuvre, dans le respect des missions respectives de chaque équipe. L'ESPRAD pourra même être interpellé par l'EM SSR pour un complément de prise en charge à domicile.

1.3.3. Un dispositif devant s'articuler avec les structures médico-sociales, de soins et d'accompagnement à domicile

L'EM s'adresse à des personnes qui ne bénéficient pas (ou pas encore) d'une prise en charge en structure médico-sociale², de soins et d'aide à domicile. En tant que structure de transition et de coordination, l'EM doit donc s'appuyer sur des partenariats organisés. Elle peut ainsi intervenir dans la phase de transition entre d'une part, la sortie de service hospitalier, d'autre part, l'accord et le démarrage d'une prise en charge sur le lieu de vie.

² Hormis le cas échéant en hébergement temporaire sortie d'hospitalisation

En particulier, il est attendu de l'EM d'engager un travail de coordination avec les acteurs situés en aval d'une hospitalisation : médecine de ville, réseaux de santé spécialisés, intervenant à domicile (SAMSAH, SAVS, SSIAD, réseaux de santé ...), bailleurs sociaux, structures spécifiques du champ du handicap et de la dépendance (UEROS, CRP, PACT, CICAT, CLIC,...) ... Si dans un territoire, le dispositif PRADO est déployé, l'équipe se coordonnera avec lui (en particulier PRADO orthopédie).

L'EM étant dédiée à un territoire, elle devra rechercher les partenariats des différents établissements porteurs d'autorisation en SSR et se faire connaître de ceux-ci. Un plan de communication devra être inclus au dossier. Des lettres d'intention à coopérer de ces services pourront être jointes au dossier et feront partie des critères de sélection. A noter que si l'EM est organisée dans le cadre d'un partenariat entre plusieurs opérateurs, ce partenariat doit être formalisé.

Pour les patients (non handicapés) porteurs de troubles cognitifs associés aux troubles moteurs, des dispositifs existent que l'EM SSR devra savoir mobiliser : équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD), les structures dédiées en EHPAD telles que PASA ou UHR. Ces organisations comprennent des temps de psychomotriciens et ergothérapeutes avec lesquels l'équipe pourra relayer.

Concernant les patients pris en charge dans le cadre d'un dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation³, les EM SSR pourront intervenir durant ces séjours temporaires et à la demande des EHPAD, afin d'apporter leur concours à la préparation du retour à domicile.

Concernant les situations complexes à domicile de 60 ans et plus, l'EM SSR pourra relayer avec la gestion de cas MAIA.

Concernant les aidants, les EM SSR pourront interpeller au besoin les plateformes de répit des aidants.

Si un dispositif territorial d'appui à la coordination existe sur le territoire, il peut être aussi à l'origine des orientations et pourra par ailleurs être mobilisé par l'EM SSR dans le cadre de la construction du plan personnalité d'accompagnement du patient.

Un travail important de maillage et de connaissance du territoire est donc nécessaire dès mise en place de l'équipe. Le porteur pourra aussi avoir réuni ou rencontré ses partenaires et en faire état dans le dossier. En tout état de cause, les EM SSR constituent une offre complémentaire à des dispositifs portés par le secteur médicosocial⁴. Il est utile de citer à ce titre le dispositif que constitue les équipes spécialisées de prévention en EHPAD. Ces équipes, prochainement déployées sur notre région, seront constituées d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'APA et de diététicien. Leurs missions seront d'aider les EHPAD à :

- élaborer la partie prévention de leur projet d'établissement et de soins ;

³ Dispositif visant à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie, sortant des urgences ou d'hospitalisation et ne relevant plus de soins médicaux, un hébergement temporaire d'une durée maximale de 30 jours, avant la réintégration de leur domicile dans un cadre sécurisé ou leur orientation vers une nouvelle structure d'accueil. Un financement supplémentaire permet de ramener le reste à charge journalier pour le résident à un niveau équivalent au montant du forfait journalier hospitalier, soit 20€ par jour en 2019. L'objectif est de faciliter les sorties d'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie, améliorer et sécuriser les retours à domicile, limiter, quand cela est possible, les durées moyennes de séjour à l'hôpital et les ré-hospitalisations évitables, améliorer les possibilités et le taux de recours à l'hébergement temporaire pour les personnes en diminuant leur reste à charge.

⁴ A noter l'existence d'autres dispositifs, structurés également en équipe mobile dans le champ médico-social :

- **Les équipes mobiles de psychogériatrie en EHPAD** : les missions de ces équipes, dont le déploiement reste à organiser, sont multiples : évaluation et accompagnement des équipes, résidents et familles lors de problématiques psycho-gériatriques (intrication de pathologies psychiatriques et de troubles cognitifs). La pathologie emblématique en est la dépression avec le potentiel passage à l'acte suicidaire.
- **Les équipes d'hygiène en EHPAD** : La prévention des infections (vaccination, grippe, bactéries multi-résistantes, gestion des TIAC...) est une priorité en institution et tout particulièrement chez les sujets âgés au regard de la mortalité importante qu'elles génèrent. C'est dans ce cadre que des équipes mobiles d'hygiène doivent être déployées en EHPAD. Elles seront dédiées à un territoire d'EHPAD. Elles seront portées par les équipes d'hygiène hospitalière (EHH) existantes pour favoriser les liens avec les hôpitaux dans la gestion des crises, et également pour favoriser les mutualisations avec les EHH, favoriser leur formation.

Contrairement aux EM SSR, ces équipes n'ont pas pour objectif d'accompagner directement le retour à domicile d'un patient mais de former les équipes des EHPAD à cette fin. L'intervention de l'EM SSR est donc justifiée lors des retours d'hospitalisation MCO comme SSR des patients.

- mettre en place avec les équipes des projets de prévention (ex : poursuite des projets régionaux démarrés avec l'ANPAA, IPL, etc... voire de nouveaux projets, sur la bientraitance, la contention,...).

2. LES INTERVENTIONS DE L'EQUIPE MOBILE SSR

2.1. POPULATION CIBLE DE L'EQUIPE MOBILE SSR

La population cible de l'EM SSR est la suivante :

- personnes en situation de handicap, dont l'état physique entraîne des difficultés fonctionnelles et requiert l'intervention de l'EM pour un retour ou un maintien dans le lieu de vie ;
- 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.

2.2. ORIGINE DE LA DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE SSR

La demande doit provenir de professionnels ou d'institutionnels de santé, médico-sociaux ou sociaux intervenant auprès de la personne.

Si un dispositif territorial d'appui à la coordination existe sur le territoire, il peut être aussi à l'origine des orientations. Ce point doit être pris en considération dans la définition des modalités d'activation de l'équipe (cf. infra)

L'accord de la personne est une condition préalable à la présentation d'une demande.

2.3. MODALITES D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE SSR

- 1 -	Analyse de la demande d'intervention o 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. o Compatibilité/incompatibilité de la demande avec les moyens de l'EM (compétences présentes, disponibilité, zone géographique d'intervention,...). o Existence/absence d'intervenant spécialisé plus approprié (EM de gériatrie, EM AVC, ESPRAD). => 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 ou émanant d'unités de court séjour hospitalier.
- 2 -	Intervention : => Visites Dès l'accord de principe d'une intervention EM SSR, contact est pris avec le patient, sa famille et éventuellement les intervenants du domicile ; un rendez-vous est fixé. La première rencontre, à domicile ou en établissement, est effectuée par un ou plusieurs membres de l'EM SSR ; elle donne systématiquement lieu à un échange pluridisciplinaire. Un

	plan personnalisé d'accompagnement est construit avec le patient dont la coordination est assurée par le coordonnateur de l'EM. Le médecin traitant est informé de l'intervention. La fin de prise en charge est discutée en staff hebdomadaire. => Clôture Lorsque le suivi prend fin, un courrier est adressé aux correspondants médicaux.
- 3 -	Dossier (dossier unique, pluri-professionnel et partagé au sein de l'EM, intégrant des comptes rendus systématiques pour chaque prise en charge réalisée)
- 4 -	Evaluation (évaluation du dossier est effectuée pour chaque prise en charge à partir de critères formalisés)

2.4. ZONE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE SSR

Le champ géographique d'intervention de l'EM s'inscrit dans une logique de proximité. Cette logique correspond aux contours des zones d'activités de soins et d'équipements matériels lourds fixées par arrêté de la directrice générale de l'ARS le 15 juin 2017 :



Cependant, dans un premier temps et dans le cadre du présent appel à candidature, il est proposé de grouper ces zones et d'augmenter ainsi la zone d'intervention d'une équipe. 12 zones sont ainsi délimitées (correspondant aux contours des filières de soins) en fixant comme objectif la labellisation d'une équipe par zone d'intervention. Une EM sera labellisée pour chacune de ces zones :

- zone 1 : Dunkerquois – Flandre maritime (zone 1A du PRS) - Audomarois (zone 10A du PRS) ;

- zone 2 : Flandre intérieur (zone 2A du PRS) – Lille (zone 3A du PRS) – Roubaix Tourcoing (zone 4A du PRS) ;
- zone 3 : Douaisis (zone 5A du PRS) – Béthunois (zone 13A du PRS) – Lens – Hénin Beaumont (zone 14A du PRS)
- zone 4 : Valenciennois (zone 6A du PRS) – Cambrasis (zone 7A du PRS) – Sambre-Avesnois (zone 8A du PRS) ;
- zone 5 : Calaisis (zone 9A du PRS) – Boulonnais (zone 10A du PRS) ;
- zone 6 : Montreuillois (zone 12A du PRS) – Abbeville (zone 16A du PRS) ;
- zone 7 : Arrageois (zone 15A du PRS) ;
- zone 8 : Amiens (zone 17A du PRS) ;
- zone 9 : Beauvais (zone 18A) ;
- zone 10 : Compiègne – Noyon (zone 19A du PRS) - Creil – Senlis (zone 20A du PRS) ;
- zone 11 : Péronne – Saint-Quentin- Hirson (zone 21A du PRS) – Laon (zone 22A du PRS) ;
- zone 12 : Soissons – Châteaux Thierry (zone 23A du PRS).

Zones d'intervention des équipes mobiles SSR



Il est donc attendu que chaque équipe labellisée sur son territoire puisse être mobile au sein dudit territoire.

En fonction de la densité populationnel de chaque zone et de l'absence d'autres dispositifs complémentaires (cf. supra), l'ARS se réserve la possibilité de labelliser plusieurs équipes pour une même zone.

Les critères d'intervention doivent tenir compte des réponses accessibles, avec un positionnement d'effecteur aux dispositifs d'appui à la coordination existants.

2.5. UN DISPOSITIF POUVANT ETRE ACTIONNÉ PAR TOUT ETABLISSEMENT DE LA ZONE DE RATTACHEMENT

L'EM intervient au bénéfice d'un territoire. Le dispositif doit donc pouvoir être activé par un établissement ou un professionnel situé dans ce territoire qu'il soit membre de l'établissement support de l'EM ou extérieur à celui-ci.

L'établissement support de l'EM doit ainsi proposer un dispositif permettant une saisine de l'EM par un établissement ou un professionnel externe à ce dernier.

L'EM doit pouvoir définir des critères d'inclusion et d'exclusion permettant de prioriser les demandes d'intervention qui lui sont faites.

2.6. ORGANISATION INTERNE DE L'EQUIPE MOBILE SSR

Une équipe est composée de plus ou moins 4 ETP pour la prise en charge de 100 personnes par an, qu'il est recommandé d'organiser de la manière suivante :

- Entre 0,5 et 1 ETP rééducateur (kinésithérapeute ou ergothérapeute),
- Entre 0,5 et 1 ETP de coordonnateur rééducateur (médecin ou soignant),
- +/- 0,5 à un ETP assistante sociale
- +/- 0,5 à un ETP secrétaire

L'EM a la possibilité d'accéder à d'autres compétences ponctuellement utiles (exemple : psychologue formé à la neuropsychologie, ...).

Le recours à une compétence médicale afin de prioriser les demandes d'intervention, notamment celles émanant d'un professionnel externe à l'établissement support de l'équipe, est fortement recommandé.

Il n'est pas requis de la part de l'ensemble des membres une intervention conjointe pour chaque patient. Le coordonnateur intervient en expertise sur les dossiers et ne se déplace qu'en cas de problématique plus aigüe ou complexe.

Un coordonnateur doit être désigné au sein de l'équipe.

Les rééducateurs paramédicaux doivent disposer de compétences et/ou qualifications conformes aux missions de l'EM (bilans, évaluation, conseil en adaptation et matériels...).

Compte tenu des moyens requis présentés ci-dessus, le budget qui sera alloué pour le fonctionnement d'une EM est ainsi réparti :

- une part socle de 115 000 € annuels ;
- une part variable : l'enveloppe disponible après versement des parts socles sera ainsi répartie en fonction du poids populationnel de la zone d'intervention de l'équipe.

Un rapport d'activité annuel portant sur l'activité n-1 est attendu de la part de chaque équipe (annexe 2) avant le 30 mars de chaque année.