

Rapport d'activité annuel des équipes mobiles de soins palliatifs

Indicateurs communs Île-de-France

Document co-construit entre les responsables des équipes mobiles et l'ARS Île-de-France

INFORMATIONS RELATIVES A L'ETABLISSEMENT ET AU MEDECIN RENSEIGNANT LE RAPPORT D'ACTIVITE

Nom de l'établissement porteur de la reconnaissance contractuelle de l'équipe mobile de soins palliatifs et n° de finess juridique

NOM :

N° FINESSE :

Votre établissement appartient-il à un GHT : Oui Non

Informations sur le médecin renseignant le rapport d'activité

Nom du médecin de l'EMSP qui remplit le rapport :

Nom des sites sur lesquels le médecin intervient

Site 1 :

Site 2 :

Site 3 :

Autre (citez les noms) :

.....

.....

VERSION PDF

A – DESCRIPTION DE L'ÉQUIPE

1 – Composition de l'équipe

Merci d'indiquer dans le tableau suivant la composition de votre équipe mobile :

Qualification des personnels	Nombre d'ETP théorique à l'EMSP au 31/12	Nombre d'ETP moyen effectif sur l'année dédiés à l'EMSP	Nombre de personnes physiques
Médecin (hors assistant/CCA)			
Assistant / CCA ¹			
Interne			
Cadre de santé			
Infirmier			
Psychologue			
Assistante sociale			
Secrétaire			
Autres (spécifier):			
-			
-			

Informations sur les qualifications, niveaux de formation et expérience des membres de l'équipe mobile :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¹ Rappel : Assistant = 1 ETP et CCA = 0.5 ETP

2 – Périmètre d'intervention

➤ Missions de l'équipe :

Merci d'indiquer dans le tableau suivant si votre équipe mobile remplit les missions suivantes :

	Oui	Non
Soins Palliatifs		
Douleur (hors situation palliative)		
Consultation et/ou centre douleur chronique		
Soins de support (prise en charge globale hors situation palliative)		
Soins palliatifs précoces		

Merci d'indiquer dans le tableau suivant si votre équipe mobile exerce les activités suivantes :

	Oui	Non
Activité adulte		
Activité pédiatrique		
Activité gériatrique (services identifiés)		

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Lieux d'intervention :**

Merci d'indiquer dans les tableaux suivants les lieux où l'équipe mobile intervient

	Nombre de sites hospitaliers sur lesquels l'EMSP intervient
Public	
Privé à but non lucratif	
Privé à but lucratif	
Total	

	Nombre de communes sur lesquelles l'EMSP intervient
Domicile privé²	

	Nombre établissements médico-sociaux sur lesquels l'EMSP intervient
EHPAD	
Foyer d'Accueil Médicalisé	
Maison d'Accueil Spécialisé	
Lit Halte Soins Santé	
Lit d'Accueil Médicalisé	
Autres : USLD, résidences autonomie, accueil de jour	
Total	

Merci de cocher les services existants au sein de l'établissement auquel l'équipe mobile intervient :

Anesthésie/Réanimation

Cardiologie

Chirurgie thoracique / cardio-vasculaire

Chirurgie digestive

Chirurgie orthopédique/traumatologique

Chirurgie vasculaire

Hématologie

Hépatogastro-entérologie

Médecine Gériatrique

Médecine Interne

Néphrologie

Néonatalogie

Neurologie

Neurochirurgie

Oncologie

Pédiatrie

Service d'accueil des urgences

Autres (précisez) :

² : Les domiciles privés exclus les établissements sociaux et médico-sociaux inscrits dans le code de l'action sociale et des familles

3- Types d'exercices spécifiques :

L'équipe mobile intervient-elle en HDJ Soins Palliatifs ? Oui Non Non Concerné³ (NC)

L'équipe mobile assure-t-elle une consultation de soins palliatifs : Oui Non

L'équipe mobile intervient-elle sur des lits identifiés de soins palliatifs ? Oui Non Non Concerné⁴ (NC)

Si oui, indiquer le nombre de LISP sur lesquels vous intervenez :

L'équipe mobile intervient-elle en télé expertise sur certains sites ? Oui Non

Si oui, combien d'interventions en télé expertise :

L'équipe mobile participe t-elle à une astreinte téléphonique : Oui Non

Si oui :

Est-elle rémunérée : Oui Non

L'astreinte est disponible pour :

Pour des patients de l'USP uniquement : Oui Non

Pour des patients de l'ensemble de l'établissement : Oui Non

Pour des patients à domicile connu d'un réseau de soins palliatifs : Oui Non

Pour des patients à domicile du territoire de santé : Oui Non

Cette astreinte est-elle pour les familles et les professionnels : Oui Non

Cette astreinte est-elle pour les professionnels uniquement : Oui Non

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

L'équipe mobile dispose t-elle d'une supervision proposée et financée par l'institution: Oui Non

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

³ Si le type de service cité n'existe pas dans votre périmètre, cocher Non Concerné

⁴ Si le type de service cité n'existe pas dans votre périmètre, cocher Non Concerné

B – RELEVÉ QUANTITATIF D'ACTIVITÉ

1- Activité clinique

➤ File active

Merci d'indiquer dans les tableaux suivants la répartition de la file active de l'équipe mobile selon le **lieu de première prise en charge** du patient :

PATIENTS ADULTES

		Groupe d'établissements						
		Lieu de prise en charge initiale du patient						
		Site établissement de santé de rattachement	Autres sites rattachés et autres sous convention	Autres établissement de santé	EHPAD	Domicile	Autres ⁸	Total
File active <i>Nombre de patients (un patient est défini par lui-même, ou ses proches, ou lui-même et ses proches*) différents pour lesquels il y a eu une intervention de l'EMSP dans l'année, au sein et/ou hors du site de l'établissement de rattachement (dont nouveaux patients⁵)</i>	Vus							
	Non vus ⁶							
File active totale								
Dont nouveaux patients								

PATIENTS PEDIATRIQUES⁷

		Groupe d'établissements					
		Lieu de prise en charge initiale du patient					
		Site établissement de santé de rattachement	Autres sites rattachés et autres sous convention	Autres établissement de santé	Domicile	Autres ⁸	Total
File active <i>Nombre de patients un patient est défini par lui-même, ou ses proches, ou lui-même et ses proches*) différents pour lesquels il y a eu une intervention de l'EMSP dans l'année, au sein et/ou hors du site de l'établissement de rattachement (dont nouveaux patients⁵)</i>	Vus						
	Non vus						
File active totale							
Dont nouveaux patients							

⁵ Est considéré comme « nouveau patient » un patient qui n'a jamais été inclus dans la base de données

⁶ Conseils, coordination, téléphone, informel

⁷ Est considéré comme « patient pédiatrique » un patient âgé de moins de 18 ans

⁸ Etablissements sociaux et médico-sociaux inscrits au Code de l'Action Sociale et des Familles

Commentaire

.....

.....

.....

.....

➤ Interventions

	Nombre d'interventions téléphoniques au cours de l'année de référence
Interventions téléphoniques, numériques (tous professionnels confondus)	

	Nombre de déplacements physiques au cours de l'année de référence
Déplacements physiques Un déplacement physique est défini comme une visite auprès du patient ou de ses proches, ou de l'équipe soignante au cours de l'année de référence.	
Nombre de déplacements physiques	
Dont % de déplacements en binôme ou plus (si information disponible)	

	Nombre d'interventions physiques par typologie d'intervenants au cours de l'année de référence
Médicale	
Infirmière	
Rééducateurs	
Psychologue	
Assistante sociale	
Autres	
Total	

Patients suivis en ambulatoire	Nombre total au cours de l'année de référence
Nombre de patients suivis en consultations ⁹ externes	
Nombre total de consultations externes	
Nombre de patients suivis en hôpital de jour de soins palliatifs	
Nombre de journées d'hôpitaux de jours de soins palliatifs	
Nombre de patients suivis en hôpital de jour hors soins palliatif	
Nombre de journées d'hôpitaux de jours hors soins palliatifs	

Cible des interventions La cible est définie comme le destinataire principal de l'intervention	Nombre d'interventions au cours de l'année de référence
Patients	
Proches	
Equipes soignantes	
Total	

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⁹ Comprend les consultations médicales, paramédicales et psychologues

	Nombre d'interventions au cours de l'année de référence
Répartition des lieux d'intervention	
<i>Site de l'établissement de santé de rattachement</i>	
<i>Autres sites de l'établissement de santé de rattachement</i>	
<i>Autre établissement de santé</i>	
<i>EHPAD</i>	
<i>Domicile</i>	
<i>Autres établissements sociaux et médico-sociaux (USLD, résidences autonomie, accueil de jour etc)</i>	
Total	

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Participation aux réunions de concertation et travail collaboratif

L'équipe mobile participe-t-elle à des réunions cliniques pluri professionnels ? Oui Non

Si oui, combien :

L'équipe mobile participe-t-elle à des réunions collégiales en vue de limitation de traitement (définies dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti) ? Oui Non

Si oui, combien :

L'équipe mobile participe-t-elle aux réunions de concertation pluridisciplinaire d'organe ? Oui Non

Si oui, combien :

L'équipe mobile participe-t-elle aux réunions de concertation pluridisciplinaire onco-palliative ? Oui Non

Si oui, combien :

L'équipe mobile effectue-t-elle des interventions conjointes avec médecin spécialiste d'organe/référent malade ?

Oui Non

Si oui, combien :

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Données générales**

	Nombre de patients	% de patients
Pathologies des patients <i>pathologie qui entraîne(ra) le décès et/ou pour laquelle la prise en charge est sollicitée</i>		
Cancer		
Maladies neurovasculaires, neurodégénératives et/ou démences		
Insuffisance d'organes		
Autres ¹⁰		
Total		

Tranche d'âge	Nombre de patients
< 20 ans	
20-40 ans	
41-60 ans	
61-80 ans	
> 80 ans	
Total	

Suivi des critères de précarité sociale¹¹ : Oui Non

Vous pouvez ici définir les critères :

.....

Pourcentage de patients précaires dans la file active *si donnée suivie par l'équipe* :

¹⁰ Choisir « autres » lorsqu'il est impossible de distinguer une seule pathologie principalement active et responsable de l'état de morbidité du patient

¹¹ La précarité sociale est définie dans la note de lecture

Pour les patients décédés, veuillez renseigner les items suivants :

Nombre de décès :

Indicateurs de prise en charge à renseigner si données disponibles pour les items suivants

Evènements lors du dernier mois de vie	% de patients	
	Cancérologique	Non cancérologique
Chimiothérapie dans le mois précédant le décès		
Admission en réanimation dans le mois précédent le décès		
Passage aux urgences dans le mois précédent le décès		
Patient décédé moins de 72h après le transfert en USP		

Lieu de décès	Répartition des lieux de décès (en %)	
	Cancérologique	Non cancérologique
Domicile ou assimilé		
EHPAD ou établissement médico-social		
Voie publique		
Etablissement de santé publique		
Etablissement de santé privé		
Etablissement pénitentiaire		
Autres ou indéterminé		

Délai moyen entre la 1^{ère} intervention et le décès¹² (en nombre de jours):

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¹² **RAPPEL** : caractériser le groupe de patient pour lequel les données sont disponibles

2- Activité de Formation

➤ Formations « théoriques » délivrées :

	Formations délivrées	
	Interne	Externe
Nombre formations différenciées <i>il s'agit de dénombrer des formations complètes</i>		
En formation initiale ¹³		
En formation continue ¹⁴		
Total		
Temps formateurs <i>calculé par nb heures x nb formateurs impliqués</i>		
Personnes formées <i>Nombre de stagiaires / étudiants formés</i>		

Coordination d'une formation universitaire type DU, DIU, DESC par au moins un membre de l'équipe (organisation, logistique, pédagogie)

Oui Non

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¹³ Initiale : IFSI, faculté médecine, etc

¹⁴ DU, master, EPU, etc

➤ **Formations par tutorat :**

L'équipe mobile accueille-t-elle des stagiaires : Oui Non

Nombre de stagiaires accueillis :

Nombre de jours de stage effectués :

L'équipe mobile participe-t-elle à des jurys de mémoire ou des tutorats thèse : Oui Non

Nombre d'étudiants accompagnés :

Nombre d'heures consacrées :

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Formations reçues par des membres de l'équipe mobile**

Nombre de professionnels en cours d'acquisition de formations diplômantes (DU, DIU, capacités, etc..) :

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3- Activité de Recherche

L'équipe mobile a-t-elle participé à des publications scientifiques : Oui Non

Si oui, combien :

L'équipe mobile a-t-elle des travaux scientifiques en cours : Oui Non

Financés par appel à projet :

Financés sur fonds propres :

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4- Activités transversales

➤ Réunions institutionnelles (interprofessionnelles et de coordination)

Nombre d'heures cumulées : dont,

- Commissions institutionnelles (Comité d'Ethique, RMM, CLUD, CLAN, ...) :
- Certification / Direction / Stratégie :
- Implication régionale et/ou implication nationale (groupe de travail, coordination, etc) :

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C - BUDGET (à remplir avec les services administratifs)

Le montant de la dotation pour l'année doit avoir été communiqué à votre administration par l'ARS dans l'arrêté relatif au Fonds d'Intervention Régional (FIR) mission MI 2-3-2 (EMSP).

➤ structure de l'équipe mobile hors APHP

Quel est le montant attribué par l'établissement de santé à l'équipe mobile (avec charges) :

Quel est le montant attribué par l'établissement de santé à l'équipe mobile (hors charges) :

Quel est le pourcentage de votre budget prélevé pour les charges indirectes :

Précisez les charges indirectes :

➤ structure de l'équipe mobile et établissement de l'AP-HP

Quel est le montant attribué par la DOMU à l'établissement :

Quel est le montant attribué par l'établissement à l'Equipe mobile (avec charges) :

Quel est le montant attribué par l'établissement à l'Equipe mobile (hors charges) :

Quel est le pourcentage de votre budget prélevé pour les charges indirectes :

Précisez les charges indirectes :

➤ Si vous bénéficiez du passage d'une équipe mobile dans votre établissement rétribuez-vous la structure de rattachement de l'équipe mobile ?

Oui

Non

Si Oui, combien :

Joindre un tableau (comptabilité analytique) présentant le détail des recettes et les dépenses liées à l'activité de l'EMSP: frais de personnels, frais matériels (téléphonie, informatique, transport), frais de gestion, recettes de formation, etc.

D- BILAN ET PERSPECTIVES

1 – Difficultés rencontrées

Dans l'encadré suivant, merci de rédiger une description brève d'éventuelles difficultés rencontrées dans l'exercice de vos missions au cours de l'année de référence que vous souhaitez porter à la connaissance de l'ARS.

2- Besoins particuliers

Dans l'encadré suivant, merci de rédiger une description brève de besoins particuliers de votre équipe mobile que vous souhaitez porter à la connaissance de l'ARS (ceci ne constituant pas une demande officielle en soit)

3- Mise en valeur d'actions spécifiques ou innovantes:

Dans l'encadré suivant, merci de rédiger une description des actions réalisées dans le cadre d'évaluation de pratiques professionnelles, de l'innovation (ex. utilisation d'outils de télémédecine), de nouveaux partenariats/collaborations, de présentations lors de congrès/séminaires, organisation de conférences/colloques, etc.

Dans le tableau suivant merci d'indiquer quelle est selon vous la répartition de votre activité

	Clinique	Formation et Enseignement	Recherche	Institutionnel
Répartition de votre activité (%)				