

# Rapport d'activité annuel des équipes mobiles de soins palliatifs

---

## Table des matières

INFORMATIONS RELATIVES A L'ÉTABLISSEMENT ET À LA PERSONNE RENSEIGNANT LE RAPPORT D'ACTIVITÉ.....	3
A- DESCRIPTION DE L'ÉQUIPE .....	3
1.    Statut de l'équipe - Caractérisation.....	3
2.    Composition de l'équipe .....	4
2.1.    Répartition par profession des équivalents temps pleins (ETP) théoriques et réels.....	4
2.2.    Disponibilité d'un assistant de service social.....	5
2.3.    Commentaires sur les qualifications, niveaux de formation et expérience des membres de l'équipe mobile.....	5
3.    Périmètre d'intervention.....	5
3.1.    Type d'activité réalisée .....	5
3.2.    Lieux d'intervention .....	5
3.2.1.    Types de sites hospitaliers.....	5
3.2.2.    Domiciles et communes .....	6
3.2.3.    Types d'établissements médico-sociaux .....	6
4.    Articulation et coordination avec les partenaires .....	6
4.1.    Partenaires .....	6
4.2.    Inscription territoriale .....	6
4.3.    Usages numériques.....	7
4.3.1.    Utilisez-vous l'outil numérique de coordination proposé par l'ARS (Santélien) : .....	7
4.3.2.    Utilisez-vous Viatrajectoire ? .....	7
5.    Types d'exercices spécifiques.....	7
B - RELEVÉ QUANTITATIF D'ACTIVITÉ.....	8
B_1 ACTIVITÉS LIÉES AUX PATIENTS DE LA FILE ACTIVE.....	8
1.    Activité clinique .....	8
1.1.    File active .....	8
1.2.    Patients adultes .....	9
1.3.    Patients pédiatriques.....	9
1.4.    Typologie des professionnels sollicitant l'équipe (adresseurs) en % .....	10
1.5.    Nombre de Demandes non suivies d'un déplacement .....	10
1.6.    Nombre de relais effectués vers d'autres professionnels (nombre de patients).....	10

2. Caractérisation des patients et décès .....	10
2.1. Pathologie des patients .....	10
2.2. Tranche d'âge .....	11
2.3. Estimation de la précarité sociale au sein de la file active .....	11
2.4. Décès et suivis post-deuil .....	11
2.4. Lieux de décès.....	12
2.5. Délai de prise en charge .....	12
2.6. Délai moyen, en jour, entre le début de la sollicitation et la date de survenue du décès.	12
3. Interventions et suivi des déplacements auprès des patients.....	13
3.1. Déplacements de l'équipe .....	13
3.1.1. Ventilation des déplacements par type de professions.....	13
3.1.2. Cible des déplacements .....	13
3.2. Intervention en ambulatoire .....	13
3.2.1. Nombre d'interventions en fonction du type d'ambulatoire .....	13
3.2.2. Cible des interventions en ambulatoire .....	14
3.3. Réunions liées au patient .....	14
3.4. Prescriptions .....	15
3.4.1. Prescriptions « directes » .....	15
3.4.2. Prescriptions « en compagnonnage » .....	15
3.5. Suivi téléphonique .....	15
<b>B_2 ACTIVITÉS NON LIÉES AUX PATIENTS .....</b>	<b>15</b>
1. Participation aux autres réunions cliniques .....	15
2. Activité de formation.....	15
2.1. Formations non universitaires délivrées par l'équipe .....	15
2.2. Formation universitaire délivrée par l'équipe.....	16
2.3. Formation par tutorat.....	17
3. Activité de recherche .....	17
<b>C – BUDGET .....</b>	<b>17</b>
<b>D – BILAN ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>19</b>

## INFORMATIONS RELATIVES A L'ÉTABLISSEMENT ET À LA PERSONNE RENSEIGNANT LE RAPPORT D'ACTIVITÉ

**Nom de l'entité porteuse de l'équipe mobile de soins palliatifs et n° de FINESS juridique et géographique**

NOM :

N° FINESS JURIDIQUE :

N° FINESS Géographique

**Votre établissement appartient-il à un GHT :**

Oui  Non  Non concerné

### Informations sur la personne renseignant le rapport d'activité

Nom de la personne qui remplit le rapport :

Nom des sites d'intervention et FINESS géographique

Site 1 :

FINESS Géographique

Site 2 :

FINESS Géographique

Site 3 :

FINESS Géographique

Autre (citez les noms) :

## A- DESCRIPTION DE L'ÉQUIPE

### 1. Statut de l'équipe - Caractérisation

Merci d'indiquer si vous êtes une équipe (menu déroulant):

Intrahospitalière

Territoriale

Mixte

## 2. Composition de l'équipe

### 2.1. Répartition par profession des équivalents temps pleins (ETP) théoriques et réels

Merci d'indiquer dans le tableau suivant la composition de votre équipe mobile ETP dédiés à l'activité intra hospitalière (si EMSP Intra hospitalière).

Qualification des personnels	Nombre d'ETP théoriques à l'EMSP au 31/12	Nombre d'ETP moyens effectifs sur l'année, dédiés à l'EMSP	Nombre de personnes physiques
Médecin (hors assistant/CCA)			
Assistant / CCA <sup>1</sup>			
Interne			
Cadre de santé			
Infirmier			
Psychologue			
Assistant de service social			
Secrétaire			
Autres (spécifier) :			
-			
-			

Merci d'indiquer dans le tableau suivant la composition de votre équipe mobile ETP dédiés à l'activité territoriale (seulement si activité territoriale) :

Qualification des personnels	Nombre d'ETP théoriques à l'EMSP au 31/12	Nombre d'ETP moyens effectifs sur l'année, dédiés à l'EMSP	Nombre de personnes physiques
Médecin (hors assistant/CCA)			
Assistant / CCA <sup>2</sup>			
Interne			
Cadre de santé			
Infirmier			
Psychologue			
Assistant de service social			
Secrétaire			
Autres (spécifier) :			
-			

<sup>1</sup> Rappel : Assistant = 1 ETP et CCA = 0.5 ETP

<sup>2</sup> Rappel : Assistant = 1 ETP et CCA = 0.5 ETP

-			
---	--	--	--

## 2.2. Disponibilité d'un assistant de service social

Si vous n'avez pas de temps dédié dans votre équipe pour ce métier, avez-vous accès à ce type de professionnels dans votre structure par ailleurs?

Oui  Non

## 2.3. Commentaires sur les qualifications, niveaux de formation et expérience des membres de l'équipe mobile

**Commentaires :**

.....  
.....  
.....

## 3. Périmètre d'intervention

### 3.1. Type d'activité réalisée

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

	Oui	Non
Activité adulte		
Activité pédiatrique		

**Commentaires :**

.....  
.....  
.....

### 3.2. Lieux d'intervention

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

#### 3.2.1. Types de sites hospitaliers

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

### 3.2.2. Domiciles et communes

Couvrez-vous l'ensemble des communes du territoire d'intervention de l'équipe ?

Oui

Non

Non concernée

### 3.2.3. Types d'établissements médico-sociaux

	Nombre d'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	
<b>Total</b>	

Autres (précisez) :

.....  
.....  
.....

## 4. Articulation et coordination avec les partenaires

### 4.1. Partenaires

Merci de nous indiquer si vous êtes en lien avec :

Autres EMSP Oui  Non

ERRSPP (Paliped) Oui  Non

HAD Oui  Non

ERIsp / PALIDOM Oui  Non

DAC Oui  Non

Filière gériatrique Oui  Non

SAMU Oui  Non

USP Oui  Non

HDJ de soins palliatifs Oui  Non

Association de bénévoles Oui  Non

Si oui laquelle /lesquelles.....

### 4.2. Inscription territoriale

Êtes-vous inclus dans le projet de territoire / contrat de filière de votre territoire ?

Oui  Non

### 4.3. Usages numériques

#### 4.3.1. Utilisez-vous l'outil numérique de coordination proposé par l'ARS (Santélien) :

Oui  Non

#### 4.3.2. Utilisez-vous Viatrajectoire ?

Oui  Non

#### Commentaires :

.....  
.....  
.....

## 5. Types d'exercices spécifiques

L'équipe mobile intervient-elle en HDJ dédié de soins palliatifs ?

Oui  Non  Non concernée<sup>3</sup>

L'équipe mobile assure-t-elle une consultation de soins palliatifs ?

Oui  Non  Non concernée

L'équipe mobile intervient-elle sur des lits identifiés de soins palliatifs ?

Oui  Non  Non concernée<sup>4</sup>

Si oui, indiquez le nombre de LISp sur lesquels vous intervenez : .....

L'équipe mobile intervient-elle en télé expertise?

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 de l'équipe mobile de soins palliatifs : Oui  Non

<sup>3</sup> Si le type de service cité n'existe pas dans votre périmètre, cocher Non concernée.

<sup>4</sup> Si le type de service cité n'existe pas dans votre périmètre, cocher Non concernée.

Pour les patients à domicile connus du DAC 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 :**

.....  
.....  
.....

## B - RELEVÉ QUANTITATIF D'ACTIVITÉ

### B\_1 ACTIVITÉS LIÉES AUX PATIENTS DE LA FILE ACTIVE

#### 1. Activité clinique

##### 1.1. 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. **La file active comprend :**

- les demandes suivies d'un déplacement,
- d'une sollicitation qui ne donne pas lieu à un déplacement, quel qu'en soit la raison.

Les « Non vus » inclus donc : les demandes de prise en charge refusées, non honorées du fait du décès de la personne, ou en attente (exemple : demande anticipée).

## 1.2. Patients adultes

		Type de lieux de prises en charge						
		Site de l'établissement de santé de rattachement	Autres sites rattachés	Autres établissements de santé (convention)	EHPAD	Domicile	Autres <sup>5</sup>	Total
File active	Vus							
	Non Vus <sup>6</sup>							
File active totale								
Dont nouveaux patients <sup>7</sup>								

## 1.3. Patients pédiatriques<sup>8</sup>

		Type de lieux de prises en charge						
		Site de l'établissement de santé de rattachement	Autres sites rattachés	Autres établissements de santé (convention)	ESMS	Domicile	Autres <sup>9</sup>	Dont en lien Palliped
File active	Vus							
	Non vus <sup>10</sup>							
File active totale								
Dont nouveaux patients <sup>11</sup>								

<sup>5</sup> Établissements médico-sociaux hors EHPAD couverts par le Code de l'Action Sociale et de la Famille.

<sup>6</sup> Sont considérés comme « Non vus », tous les patients pour lesquels l'équipe a été sollicité, et quels n'a pas rencontré, qu'elle qu'en soit la raison (décès, sollicitation non pertinente, demande anticipée,...).

<sup>7</sup> Est considéré comme « nouveau patient » un patient qui n'a jamais été inclus dans la base de données.

<sup>8</sup> Est considéré comme « patient pédiatrique » un patient âgé de moins de 18 ans.

<sup>9</sup> Établissements médico-sociaux hors EHPAD couverts par le Code de l'Action Sociale et de la Famille.

<sup>10</sup> Sont considérés comme « Non vus », tous les patients pour lesquels l'équipe a été sollicité, et quels n'a pas rencontré, qu'elle qu'en soit la raison (décès, sollicitation non pertinente, demande anticipée,...).

<sup>11</sup> Est considéré comme « nouveau patient » un patient qui n'a jamais été inclus dans la base de données.

#### 1.4. Typologie des professionnels sollicitant l'équipe (adresseurs) en %

En ES

Anesthésie/Réanimation .....	Médecine gériatrique
Cardiologie ...	Médecine interne
Chirurgie thoracique / cardio-vasculaire .....	Néphrologie
Chirurgie digestive ....	Néonatalogie
Chirurgie orthopédique/traumatologique	Neurologie
Chirurgie vasculaire	Neurochirurgie
Hématologie	Oncologie
Hépato-gastro-entérologie	Pédiatrie
	Service d'accueil des urgences

En ville

Patient décédé	IDELE
Médecin libéral/CMS.....	Services à domicile (SSIAD, SAD...)
CPTS	Proches / Patients
EHPAD	Bénévole
Autres ESMS	Autres (précisez)
DAC	
HAD	

#### 1.5. Nombre de Demandes non suivies d'un déplacement

Total : ....

#### 1.6. Nombre de relais effectués vers d'autres professionnels (nombre de patients)

Patient décédé avant la visite

HAD (hors ERisp)....

ERisp (Pallidom ou autre)

DAC....

Autre équipe mobile de soins palliatifs...

Médecin traitant / CPTS...

Etablissement de santé MCO (hors USP)

Etablissement de santé SMR

USP

Filière gériatrique (EMG)

### 2. Caractérisation des patients et décès

#### 2.1. Pathologie des patients

Pathologie qui entraîne(ra) le décès et/ou pour laquelle la prise en charge est sollicitée

	Nombre de patients	% de patients

Cancer		
Maladies neurovasculaires, neurodégénératives et/ou démences		
Insuffisance d'organes		
Autres <sup>12</sup>		
<b>Total</b>		

## 2.2. Tranche d'âge

	Nombre de patients
< 20 ans	
20-40 ans	
41-60 ans	
61-75 ans	
> 75 ans	
<b>Total</b>	

## 2.3. Estimation de la précarité sociale<sup>13</sup> au sein de la file active

**Utilisez-vous des critères spécifiques pour estimer la précarisation des patients de votre file active ?**

Oui  Non

Vous pouvez ici définir les critères :

.....

.....

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

.....

**Pour les patients décédés, veuillez renseigner les items suivants :**

### 2.4. Décès et suivis post-deuil

Si un décès est connu durant l'année, il peut être indiqué, même sans date exacte il sera comptabilisé. Cet indicateur exprime le pourcentage des décès connus, parmi les patients de la file active.

Fournir la date du décès est un indicateur optionnel du rapport d'activité, laissé à l'appréciation de l'équipe et de ses possibilités.

<sup>12</sup> Choisir « Autres » lorsqu'il est impossible de distinguer une seule pathologie principalement active et responsable de l'état de morbidité du patient.

<sup>13</sup> Il est suggéré de prendre comme définition de la précarité, celle du score EPICES, présenté dans la note de lecture. L'équipe peut utiliser une autre méthode, auquel cas, elle doit préciser les critères utilisés en commentaire.

	Nombre enregistré au cours de l'année de référence
Décès connus dans l'année	
Suivis de deuil réalisés	

## 2.5. Lieux de décès

	Répartition des lieux de décès (en %)	
	CANCER	NON CANCER
Domicile ou assimilé		
EHPAD ou établissement médico-social		
Voie publique		
Établissement de santé (sauf SAU et USP)		
Établissement pénitentiaire		
Autres ou indéterminé		
SAU		
USP		

## 2.6. Délai de prise en charge

Nombre d'interventions avec un délai inférieur à 48H .....

Nbr d'interventions avec un délai supérieur à 48H.....

Délai **moyen en jour** entre la date de sollicitation, et la date de prise en charge effective (1<sup>er</sup> déplacement intrahospitalier, en HDJ, en consultation, ou 1<sup>er</sup> visite à domicile), pour les interventions dont le délai est supérieur à 48H : .....

## 2.7. Délai moyen, en jour, entre le début de la sollicitation et la date de survenue du décès.

**Cette question est optionnelle.** Ce délai se calcule en faisant la différence entre la date de début de prise en charge du patient, et la date de décès.

Pour les équipes qui ne saisissent pas en ligne leur activité, il est indispensable de caractériser le ou les groupes de patients, pour qui les données sont disponibles.

Pour les équipes qui saisissent en ligne leur activité, le calcul de ce délai se fait automatiquement.

Délai **moyen** entre la date de sollicitation de l'équipe (date de création du dossier patient) et le décès .....

Nombre de décès survenus avant que l'équipe ne rencontre la personne : .....

### 3. Interventions et suivi des déplacements auprès des patients.

#### 3.1. Déplacements de l'équipe

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 qu'il soit en hospitalisation conventionnelle, en EHPAD, en ESMS ou à domicile. **Un patient peut être vu plusieurs fois, il y a donc plus de déplacements que de patients.**

	Nombre enregistré au cours de l'année de référence
Nombre total de déplacements de l'équipe au cours de l'année de référence	
Dont nombre de déplacements à 1 seul intervenant	
Dont nombre de déplacements en binôme	
Dont nombre de déplacements en trinôme	
Dont nombre de déplacements à quatre intervenants ou plus	

##### 3.1.1. Ventilation des déplacements par type de professions

	Nombre de déplacements de l'équipe par typologie des intervenants au cours de l'année de référence	Nombre total d'intervenants pour ces déplacements
Médicale		
Infirmière		
Rééducateurs		
Psychologue		
Assistante sociale		
Autres		
<b>Total</b>		

##### 3.1.2. Cible des déplacements

	Nombre de déplacements au cours de l'année de référence, selon chaque cible
Patients	
Proches	
Équipes soignantes	
<b>Total</b>	

#### 3.2. Intervention en ambulatoire

Le patient est pris en charge en consultation ou en hôpital de jour (soins palliatifs ou autres).

##### 3.2.1. Nombre d'interventions en fonction du type d'ambulatoire

	Nombre total au cours de l'année de référence

Nombre de patients suivis en consultations externes <sup>14</sup>	
Nombre total de consultations externes	
Nombre de patients suivis en hôpital de jour dédié aux soins palliatifs	
Nombre de journées d'hôpitaux de jour de soins palliatifs	
Nombre de patients suivis en hôpital de jour, hors soins palliatif (ex : chimiothérapie, polyvalent, gériatrique,...)	
Nombre de journées d'hôpitaux de jours, hors soins palliatif (ex : chimiothérapie, polyvalent, gériatrique,...)	

### 3.2.2. Cible des interventions en ambulatoire

	Nombre d'interventions en ambulatoire au cours de l'année de référence selon chaque cible
Patients	
Proches	
Équipes soignantes	

### 3.3. Réunions liées au patient

Les réunions liées au patient sont définies comme les réunions où le patient fait l'objet d'une discussion avec d'autres professionnels.

Nombre total de réunions liées au patient au cours de l'année de référence (ex : réunions cliniques pluriprofessionnelles, collégiales en vue d'une Limitation ou arrêt de traitement, de concertation pluridisciplinaire oncopalliative) :

.....

	Nombre total de réunions liées au patient au cours de l'année de référence	Nombre moyen d'intervenants à la réunion
Nombre de réunions cliniques pluriprofessionnelles/STAFF		
Nombre de réunions collégiales en vue d'une Limitation ou arrêt de traitement (LAT)		
Nombre de réunions de concertation pluridisciplinaire oncopalliative (RCP oncopalliative)		
Nombre de RCP organisées avec la ville (présentiel ou e RCP)		

<sup>14</sup> Comprend les consultations médicales, paramédicales et psychologues

### 3.4. Prescriptions

#### 3.4.1. Prescriptions « directes »

Merci d'indiquer le nombre de prescriptions faites par le médecin de l'équipe mobile pour le patient : .....

#### 3.4.2. Prescriptions « en compagnonnage »

Le nombre de prescriptions faites « en compagnonnage », sur la base d'indications partagées avec le médecin référent : .....

### 3.5. Suivi téléphonique

Défini comme tout entretien effectué par téléphone, <u>mail</u> , <u>fax</u> , <u>autre</u> , avec les équipes soignantes et les proches	Nombre de suivis téléphoniques au cours de l'année de référence

## B\_2 ACTIVITÉS NON LIÉES AUX PATIENTS

### 1. Participation aux autres réunions cliniques

L'équipe mobile participe-t-elle à des réunions cliniques pluriprofessionnelles/STAFF (hors réunion de l'équipe mobile) ?

Oui  Non

Si oui, combien :

L'équipe mobile participe-t-elle aux réunions de concertation pluridisciplinaire d'organe (RCP) ?

Oui  Non

Si oui, combien :

Commentaires :

.....  
.....  
.....

### 2. Activité de formation

#### 2.1. Formations non universitaires délivrées par l'équipe

Au sein du périmètre opérationnel de l'équipe	Nombre d'heures X nombre d'intervenants	Formation continue	Formation initiale (étudiants en médecine, ou en soins infirmiers, étudiants, aides-soignants ...)

	Nombre de personnes formées		
<b>En dehors du périmètre opérationnel de l'équipe</b>	Nombre d'heures X nombre d'intervenants		
	Nombre de personnes formées		

**Commentaires :**

.....  
.....  
.....

**2.2. Formation universitaire délivrée par l'équipe**

L'équipe mobile participe-t-elle à de la coordination d'enseignement ?

Oui  Non

Si oui, donner l'intitulé des enseignements coordonnés, et le nombre de professionnels correspondants.

Intitulé de l'enseignement coordonné	Nombres correspondants de professionnels de l'EMSP formateurs participants à de la coordination

L'équipe mobile participe-t-elle à des cours ?

Oui  Non

Si oui, merci de donner le « temps formateurs » :

(calculé par la somme du nombre d'heures\*le nombre de formateurs impliqués à chaque formation)

.....

L'équipe mobile participe-t-elle à l'encadrement de thèse ou mémoire ?

Oui  Non

Nombre de doctorats : .....

Nombre de mémoire/travail de fin d'étude : .....

Nombre de DU/DIU/Master : .....

L'équipe mobile participe-t-elle à des jurys de mémoire ou de thèse ?

Oui  Non

Nombre de participation à un jury : .....

### 2.3. Formation par tutorat

L'équipe mobile participe-t-elle à la formation par tutorat ?

Oui  Non

Durée totale des formations/stage en heures : .....

#### Commentaires :

.....  
.....  
.....

### 3. Activité de recherche

L'équipe mobile a-t-elle participé à des travaux de recherche ? :

Oui  Non

Si oui, nombre total :

Dont nombre avec un rôle de coordination : .....

Dont nombre en participation : .....

Nombre de financements de travaux de recherche sur appel à projets : .....

#### Commentaires :

.....  
.....  
.....

## C – BUDGET

Cette section est 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 AP-HP

##### Quel est le montant total attribué par l'établissement de santé à l'équipe mobile pour l'activité intra hospitalière

Quel est le montant des charges en personnel de l'équipe mobile pour l'activité intra hospitalière  
Quel est le pourcentage prélevé pour les autres charges indirectes : sur le montant total attribué à l'équipe mobile pour l'activité intra hospitalière

*Précisez la nature des autres charges indirectes (joignez le tableau ci-dessous)*

##### Quel est le montant total attribué par l'établissement de santé à l'équipe mobile pour l'activité territoriale

Quel est le montant des charges en personnel de l'équipe mobile pour l'activité territoriale  
Quel est le pourcentage prélevé pour les autres charges indirectes : sur le montant total attribué à l'équipe mobile pour l'activité territoriale

*Précisez la nature des autres charges indirectes (joignez le tableau ci-dessous)*

➤ **Structure de l'équipe mobile et établissement de l'AP-HP**

Quel est le montant total attribué par la DOMU à l'établissement pour l'EMSP

**Quel est le montant total attribué par l'établissement de santé à l'équipe mobile pour l'activité intra hospitalière**

Quel est le montant des charges en personnel de l'équipe mobile pour l'activité intra hospitalière

Quel est le pourcentage prélevé pour les autres charges indirectes : sur le montant total attribué à l'équipe mobile pour l'activité intra hospitalière

*Précisez la nature des autres charges indirectes (joignez le tableau ci-dessous)*

**Quel est le montant total attribué par l'établissement de santé à l'équipe mobile pour l'activité territoriale**

Quel est le montant des charges en personnel de l'équipe mobile pour l'activité territoriale

Quel est le pourcentage prélevé pour les autres charges indirectes : sur le montant total attribué à l'équipe mobile pour l'activité territoriale

*Précisez la nature des autres charges indirectes (joignez le tableau ci-dessous)*

➤ **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.

DÉPENSES		ETP	Budget prévisionnel de l'année visée	RECETTES
Titre 1 : Charges de personnel				
PM				
PNM	IDE			
	Psychologue			
	Ergo/kiné/psychomot			
	ASS			
	secrétaire			

Titre 2 : Charges d'exploitation à caractère médical			
Titre 3 : Charges d'exploitation à caractère hôtelier et général			
Titre 4 : Charges de structure (Amortissement)			
Charges indirectes			

## 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 soi)*

### 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
<b>Répartition de votre activité (%)</b>				