

RAPPORT

EMSPT

**Equipe mobile de soins palliatifs,
territoriale**

Octobre 2023

Table des matières

I - LE CONTEXTE	2
A. Une réponse au contexte réglementaire	2
B. Une réponse aux enjeux consubstantiels des soins palliatifs	2
C. Le Projet d'équipes mobiles territoriales de soins palliatifs ...	3
II –CAHIER DES CHARGES.....	4
A. Présentation	4
a. Définition et objectifs	4
b. Principe de la gradation des soins (instruction du 21 juin 2023).....	5
c. Principe de subsidiarité par rapport aux acteurs de soins à domicile	5
d. Missions.....	5
e. Champs d'intervention / Limites d'intervention.....	7
B. Intervention	7
a. Origine de la demande	7
b. Délais de réponse.....	8
c. Modalités d'intervention.....	8
d. Territoire et lieux d'intervention	8
C. Positionnement	9
a. Structure porteuse	9
b. Lien avec intervenants du territoire	9
D. Composition et organisation.....	10
a. Moyens humains	10
b. Moyens matériels	10
c. Horaires	11
d. Astreintes.....	11
E. Financement	11
F. Evaluation	11

I - LE CONTEXTE

A. Une réponse au contexte réglementaire

Le plan national « développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 » confirme et accentue l'organisation graduée de l'offre de soins palliatifs. Dans ce cadre, l'accent est mis sur la nécessité de développer les coordinations [mise en place de cellules d'animation régionales de soins palliatifs, équipes territoriales expertes de soins palliatifs, Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)], et de renforcer les soins palliatifs à domicile. Dans cette perspective, est souligné l'intérêt d'une augmentation de l'activité externe des équipes mobiles hospitalières et une préservation de l'expertise des ex-réseaux territoriaux de soins palliatifs, dans le contexte de leur évolution vers les DAC.

L'instruction N° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs, dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034, (notamment l'annexe 6 qui décrit les missions et le fonctionnement des équipes mobiles de soins palliatifs), précise que la prise en charge au domicile des patients relevant de soins palliatifs doit pouvoir être réalisée par des équipes mobiles de soins palliatifs, à déployer dans les territoires (équipes mobiles territoriales de soins palliatifs).

Ces équipes pourront être portées par des établissements de santé ou par des associations parmi lesquelles les associations porteuses de DAC. Dans les deux cas, missions et personnels de l'équipe mobile de soins palliatifs territoriale devront être distingués.

Au-delà d'un appui aux professionnels de santé, les équipes mobiles territoriales de soins palliatifs proposeront une expertise et un accompagnement à destination des patients comme de leurs proches, et pourront si nécessaire, prescrire des traitements. En lien avec les professionnels de ville, elles assureront par ailleurs, sur leur territoire d'intervention, les missions de conseil et de formation nécessaires au développement de la culture palliative.

B. Une réponse aux enjeux consubstantiels des soins palliatifs

La prise en charge en soins palliatifs à domicile nécessite pour les patients et leurs familles l'identification d'interlocuteurs uniques et familiers en complément de leur médecin traitant, afin de ne pas être confrontés à une démultiplication des intervenants.

- Ces équipes ont vocation à intervenir à domicile pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge. Elles assurent le lien avec les professionnels de santé du premier recours au domicile ou en établissements sociaux et médico sociaux (ESMS), ainsi qu'avec les établissements de santé (services de soins palliatifs ou de spécialités), pour assurer l'accompagnement dans de bonnes conditions le plus longtemps possible, le cas échéant jusqu'au décès. Elles contribuent également à effectuer, le cas échéant, le transfert en établissement dans les services adaptés. En effet, si la volonté du patient doit être le point focal de la prise en charge, les souhaits et la situation de sa famille doivent également être pris en compte. La décision d'être soigné et de décéder à domicile doit pouvoir être remise en cause en fonction de l'évolution des circonstances.

C. Le Projet d'équipes mobiles territoriales de soins palliatifs

Pour la région Ile-de-France, l'objectif est d'identifier une équipe mobile de soins palliatifs territoriale dans chaque territoire de DAC. Selon l'organisation et l'étendue du territoire, des antennes pourraient être envisagées.

Ci-dessous est ainsi décliné le cahier des charges des équipes mobiles territoriales de soins palliatifs telles qu'envisagées pour la région. Il précise les missions attendues de leur part, leur organisation et leur articulation avec les autres partenaires de santé.

Ce document a vocation à s'adapter et à évoluer avec le suivi de la mise en œuvre de ces équipes, en fonction de l'évolution des réflexions en cours et de la réglementation.

II –CAHIER DES CHARGES

A. Présentation

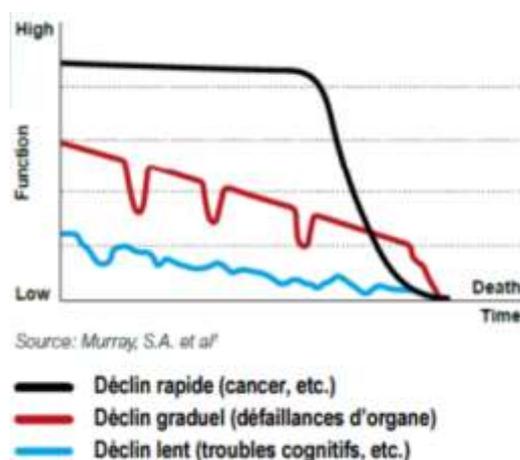
a. Définition et objectifs

L'équipe mobile de soins palliatifs territoriale est une équipe pluri-professionnelle qui vise à favoriser le maintien au domicile¹, dans les meilleures conditions possibles, des patients en situation palliative jusqu'à leur décès, dès lors que cela est souhaité et faisable. Elle apporte son expertise en intervenant le plus précocement possible dans le parcours du patient. Son action concerne à la fois le malade, l'entourage, les professionnels de santé et les bénévoles de soins palliatifs. Elle a la possibilité de prescrire si nécessaire et développe la culture palliative par des actions de formation et/ou de sensibilisation auprès des professionnels de santé.

L'équipe intervient selon différentes trajectoires en fonction des besoins du patient et de son entourage, Celles-ci peuvent être catégorisées suivant trois principaux scénarii⁶, avec des implications différentes en termes de prises en charge.

Schéma 1 : Principales trajectoires de vie selon Murray et al.

Dans l'idéal, la première intervention est précoce. Le suivi peut aller jusqu'au décès. Les interventions peuvent être ponctuelles ou plus rapprochées selon l'évaluation de la situation et le besoin du patient, de son entourage et le cas échéant des demandes des intervenants à domicile, ou des professionnels de l'établissement social ou médico-social où il réside.



L'intervention de l'équipe mobile territoriale peut être complémentaire à l'accompagnement proposé par le DAC. L'évaluation qu'elle réalise est toujours faite auprès du patient et peut compléter ou se substituer à celle éventuellement initiée par un DAC. Chaque intervention doit faire l'objet d'un compte rendu partagé pour maintenir par l'intermédiaire du DAC un lien avec le cercle de soin du patient, notamment lorsque la situation est connue du DAC.

¹ Sur le lieu de vie des personnes, qu'elle soit à son domicile privé ou en établissements sociaux/médico-sociaux

⁶ Murray, S.A., et al. Illness Trajectories and Palliative Care, BMJ, avril 2005; 330(7498): 1007-11

b. Principe de la gradation des soins (instruction du 21 juin 2023)

GRADATION DES SOINS SELON LA SITUATION DE LA PERSONNE MALADE	LIEU DE VIE ET DE SOINS	
	Domicile (prise en charge ambulatoire)	Etablissements de santé avec hébergements
<p>Niveau 1</p> <p>Situation stable et non complexe et/ou nécessitant des ajustements ponctuels</p>	<p>Equipe pluriprofessionnelle de santé de proximité, organisée autour du binôme médecin généraliste et infirmier</p> <p>+ Aides à domicile (SSiAD, SPASAD, SAAD)</p> <p>+/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*</p>	<p>Lits en MCO, SSR et USLD</p> <p>+/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)</p>
<p>Niveau 2</p> <p>Situation à complexité médico-psycho-sociale intermédiaire</p>	<p>Professionnels du niveau 1</p> <p>+ Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*</p> <p>Ou</p> <p>HAD en lien avec les professionnels du niveau 1</p> <p>+/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*</p>	<p>LISP (en MCO et SSR)</p> <p>+/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)</p>
<p>Niveau 3</p> <p>Situation à complexité médico-psycho-sociale forte /instable</p>	<p>Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*</p> <p>+ HAD</p> <p>en lien avec les professionnels du niveau 1</p> <p>Ou</p> <p>Professionnels du niveau 2 si coordination et mobilisation au lit du malade effective et médicalisée 24h/24h</p>	<p>USP (en MCO et SSR)</p> <p>+/-</p> <p>Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) en prévision du déploiement du projet de vie et de soins au-delà du séjour hospitalier</p>

*Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) à domicile :
 - En niveau 1 : avis ponctuel (parcours, expertise)
 - En niveau 2 : aide à la coordination/expertise pouvant inclure des visites à domicile auprès de la personne malade
 - En niveau 3 : appui en qualité d'expertise

c. Principe de subsidiarité par rapport aux acteurs de soins à domicile

Les missions de ces équipes s'inscrivent dans **une logique d'interface, de transversalité et de subsidiarité** par rapport aux acteurs existants au niveau territorial ou régional. Elles peuvent néanmoins agir directement pour réaliser des prises en charge **en l'absence de professionnels et/ou lorsque les délais l'exigent**.

La volonté est de développer une possibilité de prescription notamment lorsque le médecin traitant ne peut être mobilisé dans des délais adaptés à la situation du patient et de sa famille. Dans certains cas, cette prescription permet d'éviter le transfert du patient aux urgences Cette possibilité ne représente pas la règle d'intervention des équipes mais une ouverture pour faciliter la prise en charge dans des situations qui pourraient l'exiger.

L'EMSPT intervient en complémentarité des acteurs. Elle a un **rôle d'acculturation, de sensibilisation et de formation des équipes soignantes** et intervient au titre de son expertise.

d. Missions

Pour répondre à ces objectifs, les EMSPT développent quatre grands types de missions :

- accompagnement des professionnels, des bénévoles et de l'entourage du patient,
- soins et accompagnement dans le parcours en lien avec les autres acteurs de la prise en charge (prise en charge globale incluant soulagement de la douleur physique, psychique et autres symptômes, rééquilibrage du traitement avec prescription, lien avec les autres acteurs de santé, orientation des soins...)

- organisation et participation aux éventuels débats éthiques liés à la prise en charge du patient en lien avec les acteurs de soin concernés,
- Information, sensibilisation, formation auprès du patient, de la famille et des soignants qui interviennent au domicile en vue de garantir le respect des aspects réglementaires et des droits du patient.

Ces missions se déclinent en 3 types d'actions :

Evaluation experte et pluridimensionnelle de la situation

- Evaluation clinique
- Evaluation psychologique
- Evaluation sociale
- Evaluation spirituelle (adressage au ministre du culte correspondant si cela est souhaité)

Prise en charge/accompagnement spécialisés

➤ Du patient et de son entourage :

- Veille sur la faisabilité et les limites de la prise en charge : évaluation itérative de la qualité de vie à domicile dans des conditions optimales, repérage et anticipation des points de rupture,
- Prescriptions effectives et prescriptions anticipées en lien avec le médecin traitant,
- Administration des traitements et soins dans les conditions susmentionnées,
- Prise en charge psychologique,
- Accompagnement à la réflexion éthique des proches,
- Mise en place, en lien avec les services sociaux, et le cas échéant du DAC, des actions compensatrices :
 - Aide au maintien à domicile dans le cadre de la perte d'autonomie (aides techniques, matérielles, humaines)
 - Participation à la coordination avec les acteurs de la prise en charge sociale
 - Organisation des aides pour l'entourage (en lien/subsidiarité avec les ressources spécialisées du territoire (ex plateformes de répit).
- Garantie de la juste information du patient, notamment quant à la possibilité de désigner une personne de confiance. Si ce n'est pas le cas, information du patient et transmission aux autres acteurs de la prise en charge,
- Discussions et éventuellement mise en place des directives anticipées avec transmission de l'information au cercle de soins,
- Renseignement et/ou mise à jour de la fiche « Urgences Pallia » ou son équivalent.

➤ Des soignants :

- Conseil à la gestion des situations palliatives (sur les plans clinique, psychologique, spirituel, éthique),
- Appui à la gestion des symptômes, notamment des symptômes réfractaires,
- Lorsque la mise en place d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès est envisagée, accompagnement, via des échanges et des réunions collégiales, dans les décisions de limitation ou d'arrêt du traitement, et/ou en cas d'existence d'autres enjeux éthiques ou de situations conflictuelles,

- Formation, soutien des équipes et compagnonnage (gestes, attitudes, comportements, parole et manière de s'adresser adaptés),
- Analyse des pratiques.

Sécurisation du parcours/de la situation

- Concertation sur la situation palliative avec le médecin traitant, le médecin coordonateur et l'ensemble des équipes d'EHPAD, les autres acteurs du domicile et les équipes hospitalières référentes,
- Travail de collaboration et d'organisation des soins autour du projet de soins palliatifs adapté et personnalisé tenant compte des souhaits et projets du patient et communication aux acteurs de la prise en charge de tout changement,
- Anticipation et gestion des situations potentielles de rupture en lien avec le cercle de soins et en information continue des services et/ou structures potentiellement destinataires :
 - o Assurer les prescriptions anticipées en lien avec le médecin traitant,
 - o Rédiger des fiches de liaison SAMU si possible et transmission aux acteurs de la prise en charge,
 - o Réaliser des demandes anticipées de prise en charge HAD
 - o Réaliser des demandes d'admission anticipées dans les USP
 - o Aider aux décisions d'hospitalisation,

e. Champs d'intervention / Limites d'intervention

Ces équipes ne constituent pas des professionnels de l'Urgence. En revanche pour des situations complexes (douleurs persistantes, symptomatologie anxieuse ..), elles doivent pouvoir intervenir rapidement pour prendre en charge directement ou orienter les patients vers un lieu de soins pertinent. Si ces patients sont accueillis au sein des services d'urgence, les EMSPT doivent collaborer avec l'EMSP hospitalière le cas échéant, qui, connaissant bien l'établissement, peut faciliter un transfert rapide dans des lits identifiés de soins palliatifs (LISP), dans des unités de soins palliatifs (USP) ou d'autres services spécialisés, notamment connus des patients.

Les équipes mobiles de soins palliatifs territoriales n'assurent pas la prise en charge des pathologies organiques ni des prescriptions afférentes, à l'exception de ce qui touche à la douleur, aux symptômes qui y sont associés, et toujours en lien avec le médecin traitant.

B. Intervention

a. Origine de la demande

La saisine des équipes mobiles de soins palliatifs territoriales peut être effectuée :

- Par le DAC : l'analyse de la demande du DAC par rapport au dossier et aux informations recueillies sera transmise à l'EMSPT,
- Par les professionnels du service dans lequel est hospitalisé le patient,
- Par les professionnels du domicile et des établissements médico-sociaux,
- Par les patients et les proches.

A l'appui des critères d'intervention d'une EMSPT, un outil, type Pallia 10⁶, Pallia 10⁷ géronto, peut être utilisé pour aider à identifier une situation nécessitant l'intervention d'une équipe de soins palliatifs.

b. Délais de réponse

Ces équipes doivent s'organiser pour répondre dans les plus brefs délais, idéalement dans les 48h ouvrables.

c. Modalités d'intervention

L'équipe mobile de soins palliatifs territoriale (EMSPT) :

- Participe à l'accompagnement et à l'organisation des soins au domicile, au suivi du patient,
- Doit pouvoir réaliser des prescriptions de soins visant à améliorer la prise en charge du patient notamment lorsque le médecin traitant (MT), ne peut pas être mobilisé dans des délais adaptés à la situation du patient et de sa famille.

Cet accompagnement sur le lieu de vie comprend :

- Des temps de concertation ainsi que des temps d'instruction et de gestion de dossiers,
- Des temps d'organisation des soins, des concertations, staffs entre les membres de l'équipe, les bénévoles, les professionnels du cercle de soins et de santé (médecin traitant, autres professionnels du domicile, professionnels hospitaliers),
- Le suivi de la situation lorsque l'intervention est réalisée en phase terminale,
- L'anticipation des complications comprenant notamment les prescriptions anticipées,
- Des visites répétées si nécessaire,
- La réalisation du certificat de décès si celui-ci a lieu au domicile et dans le cas où l'EMSPT a assuré le suivi du patient sur sa fin de vie.

Le cas échéant, l'équipe réalise aussi des interventions en situation de tension à distance ou sur le lieu de vie. Elle peut être amenée à intervenir de façon concomitante avec l'HAD ainsi qu'avec le DAC.

d. Territoire et lieux d'intervention

Territoire d'intervention

- L'EMSPT intervient sur le territoire de coordination du DAC.
- L'équipe compétente est celle du lieu de résidence du patient. Le cas échéant, le relai devra être passé entre l'EMSP intra-hospitalière et l'EMSPT du territoire du patient, en veillant à en informer le DAC du territoire.

Lieux d'intervention

Les EMSPT interviennent en priorité au domicile des patients. Elles peuvent intervenir aussi en EHPAD et dans les autres établissements sociaux ou médico-sociaux où il n'y a pas d'équipes mobiles de soins palliatifs intra hospitalières (voir infra) ainsi que dans les lieux de privation de liberté. Le cas échéant, elles peuvent également plus marginalement, être amenées à accompagner des patients hospitalisés dans des établissements MCO et SMR dépourvus d'accès à une EMSP intra-hospitalière.

La télémedecine peut représenter un moyen d'accompagnement et/ou de suivi en appui des professionnels de santé en place.

Point particulier des EHPAD

Lorsque les établissements de santé ont bénéficié d'une dotation pour mettre en place des équipes mobiles gériatriques (EMG) extra hospitalières suite à l'appel à candidature de 2019, une organisation entre l'EMSPT et cette équipe mobile de gériatrie devra être mise en place pour la prise en charge des soins palliatifs en EHPAD.

Les médecins gériatres étant appelés à augmenter leur acculturation en soins palliatifs, l'EMSPT pourra être sollicitée pour son expertise palliative par ces équipes mobiles gériatriques extrahospitalières, notamment pour les cas les plus complexes.

Le nombre d'équipes mobiles gériatriques extra hospitalières étant appelé à se développer, l'organisation de la prise en charge des soins palliatifs en EHPAD sera adaptée en fonction de l'évolution des compétences SP et prise en charge de la douleur de ces équipes.

C. Positionnement

a. Structure porteuse

Dans le cadre de la réglementation actuelle, plusieurs modèles organisationnels sont possibles :

- **Rattachement à un établissement de santé avec une activité mixte intra et extra hospitalière** : il existe sur l'établissement de santé un pôle de soins palliatifs (USP, EMSP, consultations, HDJ de soins palliatifs). Dans ce cas, certains professionnels de santé rattachés à ce pôle peuvent avoir une activité extra hospitalière ou intra et extra hospitalière au sein de l'EMSPT.
- **Rattachement à un établissement de santé** (d'hospitalisation conventionnelle ou à domicile) **avec une activité exclusivement extrahospitalière** : l'équipe mobile territoriale de soins palliatifs exerce alors une fonction uniquement extra hospitalière (patients à domicile ou en ESMS)
- **Rattachement à une association** : l'équipe territoriale de soins palliatifs doit être clairement distincte avec des missions et des professionnels dédiés. A ce titre, l'équipe mobile territoriale de soins palliatifs portée par l'association bénéficiera de sa propre convention de fonctionnement.
- **Equipe mobile de soins palliatifs territoriale coportée par une association et un établissement de santé** : possibilité de constituer une équipe unique rattachée au lieu d'exercice du médecin, par mise à disposition des professionnels intéressés et volontaires.

b. Lien avec intervenants du territoire

L'équipe mobile de soins palliatifs territoriale s'inscrit dans la filière de soins palliatifs de son territoire et doit à ce titre s'articuler avec l'ensemble de l'offre de soins (ville, DAC, ES, SMR, HDJ, LISP, HAD, USP, ESSMS, EHPAD, lieux de privation de liberté...) suivant le principe de la gradation des soins. Cette organisation devra être inscrite dans un projet territorial de soins palliatifs, en lien avec la cellule d'animation régionale des soins palliatifs.

Le lien avec les professionnels de santé du premier recours est primordial et doit être renforcé notamment pour favoriser leur acculturation.

Focus sur le lien avec le médecin traitant

Si le patient est suivi par un médecin traitant

- ⇒ L'équipe mobile collabore étroitement avec le médecin traitant avant toute prise de contact avec le patient et sa famille.
- ⇒ Ensemble, ils se mettent d'accord sur le périmètre et la répartition des rôles. Cela concerne notamment les possibilités de prescription directe de l'EMSPT sur le traitement antalgique, la gestion des autres symptômes, et si nécessaire, avec l'accord du patient, la possibilité de le ré adresser directement vers une structure adaptée.
- ⇒ En accord avec le médecin traitant, l'EMSPT peut ainsi intervenir directement pour une réévaluation clinique lorsque cela est pertinent.

Si le patient n'est pas suivi par un médecin traitant

- ⇒ L'EMSPT accompagne la ou les CPTS, le cas échéant, dans la recherche d'un médecin traitant et, dans la limite de son périmètre d'intervention, dispose d'une possibilité de prescription afin d'engager ou de réajuster les soins sans attendre.

Dans tous les cas, le médecin de l'EMSPT représente le médecin expert en soins palliatifs. Il reste joignable (directement ou numéro d'astreinte) par le médecin traitant, s'il existe. En situation de crise, il doit être en mesure de répondre à des situations d'anxiété et de réaliser des prescriptions pour le patient (pas pour l'entourage). En dehors des heures d'ouverture de l'équipe mobile, il peut être fait appel à l'astreinte de soins palliatifs si cette dernière est en place sur le département.

D. Composition et organisation

a. Moyens humains

Professions qui composent l'équipe:

Pour le suivi des patients et de leur famille : médecin, infirmier, psychologue.

Cette EMSPT est placée sous la responsabilité d'un médecin (1 ETP) qui en assure la coordination. Il doit avoir suivi une formation diplômante en soins palliatifs (diplôme de type interuniversitaire [DIU] ou diplôme d'études spécialisées complémentaires [DESC] « médecine de la douleur et médecine palliative », faculté des sciences et techniques [FST], etc...), assortie d'une expérience pratique en soins palliatifs. Une formation à l'éthique et une formation au management et à la coordination d'équipe sont recommandées.

Pour assurer le fonctionnement de l'équipe : elle doit bénéficier **au minimum** de 2 ETP IDE et 0,5 ETP de psychologue et d'un temps de secrétariat et d'assistant de service social.

Une à deux vacations de psychologue par mois par un intervenant extérieur à l'équipe doivent être prévues pour assurer la supervision indispensable de ses professionnels.

b. Moyens matériels

Locaux : possibilité de disposer de locaux mis à disposition soit par l'établissement hospitalier de rattachement, soit par l'association porteuse. Si l'équipe est mixte, le partage des locaux est à privilégier,

Prévoir des espaces de bureaux paratagés pour médecins, infirmiers et psychologues,

Matériel :

- Véhicule,
- Mobilier et matériel de bureau : matériel informatique avec connexion internet, logiciel de tenue de dossier patient, messagerie sécurisée etc. et ligne téléphonique fixe + portable, matériel pour télémédecine,
- Matériel de soin : matériel de soins de dépannage et médicaments d'urgence, matériels divers pour protéger les soignants : blouses, gants etc., pour faire les soins et administrer les traitements, pour sécuriser et nettoyer l'environnement, pour le patient selon le besoin (protections etc)

Outils et SI: logiciel de tenue de dossiers patients, messageries sécurisées, télémédecine, DMP, Terre e-santé, et /ou logiciel équivalent, dispositif de télémédecine le cas échéant.

c. Horaires

L'Equipe mobile territoriale de soins palliatifs intervient du lundi au vendredi avec une amplitude horaire de 8h. L'équipe travaille de 9h du matin à 17h.

d. Astreintes

Les astreintes sont organisées de manière hétérogène sur les territoires.

Une réflexion est en cours autour d'un modèle d'astreinte cible, conforme aux spécifications du plan national « fin de vie 2021- 2024 » : appui territorial de soins palliatifs* et astreintes H24 **dédiées aux professionnels de santé**.

*Les appuis territoriaux de soins palliatifs garantissent en journée l'accès pour les professionnels de santé à un médecin expert de soins palliatifs pour un avis ou un conseil téléphonique (niveau de recours)

E. Financement

Ces projets d'EMSPT sont financés sur la base des ressources actuelles dédiées aux soins palliatifs et celles déléguées dans le cadre du plan national « fin de vie 2021- 2024 ». Ces financements seront probablement abondés dans le cadre du plan décennal « Soins palliatifs, prise en charge de la douleur et accompagnement de la fin de vie en France » 2024-2034.

F. Evaluation

Les EMSPT devront renseigner un rapport d'activité annuel et le transmettre à l'ARS IdF selon des indicateurs définis au plan national. Elles s'engagent également à participer aux réunions organisées sous l'égide de la CORPALIF et/ou de l'ARS.