

Note de lecture

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

Version provisoire pour saisie des données 2026

Objectif du document :

Définir les termes utilisés dans le registre patient et le rapport d'activité, expliciter la manière dont ils sont calculés.

Contexte :

Le rapport d'activité des équipes mobiles intra-hospitalières de soins palliatifs a pour objet de porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France (ARS-IdF) les données concernant leur composition, leur activité ainsi que leur financement.

La constitution du présent rapport d'activité résulte d'un travail mené en 2019 en collaboration avec l'ARS-IdF par un groupe constitué de responsables des équipes mobiles franciliennes de soins palliatifs, sur la base d'une enquête nationale menée par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAPS).

Le rapport d'activité doit être renseigné annuellement par le responsable de chaque équipe mobile de soins palliatifs et avec les services administratifs (uniquement pour la partie C-Budget).

Pour toute question relative au remplissage ou des problèmes techniques, vous pouvez contacter :

Monsieur Damien Tomasso

Médecin référent thématique soins palliatifs – Direction de l'Offre de Soins – ARS Île-de-France

damien.tomasso@ars.sante.fr - Tél. 01.44.02.04.98

M Vincent Bellande

Référent endométriose, douleur, soins palliatifs, Direction de l'Offre de Soins – ARS Île-de-France

vincent.bellande@ars.sante.fr – Tél. 01.44.02.00.00

Table des matières

INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET AU MÉDECIN RENSEIGNANT LE RAPPORT D'ACTIVITÉ	4
A – DESCRIPTION DE L'ÉQUIPE.....	4
1. Statut de l'équipe – Caractérisation	4
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	4
2.3. Commentaires sur les qualifications, niveaux de formation et expérience des membres de l'équipe mobile	4
3. Périmètre d'intervention	4
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	5
3.2.3. Types d'établissements médico-sociaux	5
4. Articulation et coordination avec les partenaires.....	5
5. Types d'exercices spécifiques	5
B - RELEVÉ QUANTITATIF D'ACTIVITÉ.....	5
B_1 ACTIVITÉS LIÉES AUX PATIENTS DE LA FILE ACTIVE.....	5
1. Activité clinique	5
1.1. File active et date d'inclusion	5
1.2. Patients adultes.....	6
1.3. Patients pédiatriques	6
1.4. Typologie des professionnels sollicitant l'équipe (adresseurs) en %	6
1.5. Nombre de demandes non suivies d'un déplacement.....	6
1.6. Nombre de relais effectués vers d'autres professionnels (nombre de patients)	6
2. Caractérisation des patients et décès	6
2.1. Pathologie des patients.....	6
2.2. Tranche d'âge	7
2.3. Estimation de la précarité sociale au sein de la file active	7
2.4. Décès et suivis post-deuil	7
2.5. Évènements lors du dernier mois de vie	7
2.6. Lieu de décès	7
2.7. Délai de prise en charge	7
2.8. Délai moyen, en jours, entre la sollicitation de l'équipe et la date de survenue du décès.....	8
3. Interventions et suivi des interventions auprès des patients	8
3.1. Déplacements de l'équipe.....	8
3.1.1. Nombre de déplacements par type de professions	8
3.1.2. Cible des déplacements	8
3.2. Intervention en ambulatoire	9
3.2.1. Nombre d'interventions en fonction du type d'ambulatoire	9
3.2.2. Cible des interventions en ambulatoire	9
3.3. Réunions liées au patient	9
3.4. Prescriptions.....	9
3.4.1. Prescriptions « directes »	10

3.4.2. Prescriptions « en compagnonnage »	10
3.5. Suivi téléphonique.....	10
B_2 ACTIVITÉS NON LIÉES AUX PATIENTS	10
1. Participation aux autres réunions cliniques.....	10
2. Activité de formation.....	10
2.1. Formations non universitaires délivrées par l'équipe.....	10
2.2. Formation universitaire délivrée par l'équipe.....	10
2.3. Formations par tutorat.....	11
3. Activité de recherche	11
C – BUDGET	11
D – BILAN ET PERSPECTIVES	12
Bibliographie	12

L'ensemble du rapport s'adresse à toutes les équipes mobiles, indépendamment de leur statut (intrahospitalière, territoriale ou mixte).

Si vous n'êtes pas concerné par un item, et que la mention appropriée n'existe pas, indiquez « Non » ou « 0 » selon le type de réponse à apporter.

INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET AU MÉDECIN RENSEIGNANT LE RAPPORT D'ACTIVITÉ

En l'absence d'un médecin au sein de votre équipe, veuillez indiquer le nom et la fonction de la personne remplissant le rapport d'activité.

Si votre équipe mobile s'inscrit au sein d'un Groupement hospitalier de territoire (GHT), merci d'indiquer son GHT de rattachement et veiller à inscrire l'ensemble des sites de déplacement.

Les numéros FINESS juridique et géographique de votre établissement sont des données administratives qui sont consultables en accès libre sur la base FINESS¹, ou auprès de vos collaborateurs centrés sur le suivi de la structure.

A – DESCRIPTION DE L'ÉQUIPE

1. Statut de l'équipe – Caractérisation

2. Composition de l'équipe

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

Ce tableau sur les équivalents temps plein (ETP) est **important pour objectiver les capacités réelles** des équipes. Il doit être intégralement complété : si votre équipe n'est pas concernée par un poste, inscrire 0 en ETP théorique et réel.

ETP théoriques = nombre de postes ouverts dans le cadre de la reconnaissance contractuelle de l'EMSP avec l'ARS.

ETP effectifs = il est demandé une approximation du nombre d'ETP réels au cours de l'année, c'est-à-dire d'indiquer dans quelle proportion, les postes sont effectivement pourvus. Si vous souhaitez renseigner avec précision cet aspect, vous pouvez vous rapprocher des services de ressources humaines de votre établissement. L'objectif est de mettre en évidence les postes concernés par des arrêts de travail longs, et/ou non remplacés à la suite d'un départ, ainsi que les postes où le recrutement est difficile à mener.

Exemple : une personne est en arrêt pendant 6 mois, son ETP va compter pour 0,5 ETP en réel. Si elle a été remplacée la moitié du temps, son ETP va compter pour 0,75 ETP en réel.

Assistant / CCA = un assistant est considéré comme 1 ETP, et un Chef de clinique assistant (CCA) équivaut à 0,5 ETP.

Interne = Si l'équipe est labellisée par l'ARS et la coordination universitaire, en tant que terrain de stage, elle doit indiquer qu'elle dispose de 1 ETP théorique d'interne, même si en fin de compte, aucun étudiant n'est accueilli.

2.2. Disponibilité d'un assistant de service social

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

3. Périmètre d'intervention

¹ <https://finess.esante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>

3.1. Type d'activité réalisée

Activité gériatrique = Il est entendu par activité gériatrique tous les services hospitaliers identifiés comme service gériatrique.

3.2. Lieux d'intervention

Les questions ci-dessous portent tant sur les lieux de visite d'évaluation qu'une intervention lors d'une hospitalisation.

3.2.1. Types de sites hospitaliers

Site hospitalier = Le site hospitalier est défini comme un lieu géographique identifié, qu'il appartienne ou non à un groupement hospitalier de territoire.

Exemple : si l'équipe mobile intervient dans les établissements X et Y du GHT et sur un autre établissement, alors il intervient sur trois sites.

3.2.2. Domiciles et communes

Domicile privé = La notion de domicile privé exclut les établissements sociaux et médico-sociaux inscrits dans le code de l'action sociale et des familles.

3.2.3. Types d'établissements médico-sociaux

Les établissements ou services tels que les EHPAD ou les USLD, ne se caractérisent pas en fonction de la nature de leurs porteurs (hospitalier ou médico-social / ville), mais par l'encadrement réglementaire de leur activité. C'est pourquoi, un EHPAD est toujours considéré comme un établissement médico-social, comme un USLD, même si leur porteur est un établissement sanitaire.

4. Articulation et coordination avec les partenaires

Le partenaire ne se caractérise pas par la fréquence des contacts, mais l'existence de liens effectifs.

5. Types d'exercices spécifiques

Non concernée = Si le type de service cité n'existe pas dans votre périmètre, cocher « Non concernée ».

Exemple : Si une EMSP intervient dans un établissement qui comprend des Lits identifiés de soins palliatifs (LISP), mais qu'elle n'y intervient pas, elle doit cocher « Non ». Si son établissement, ainsi que tous les sites sur lesquels elle intervient, ne comprend pas de LISP, elle coche « Non concernée ».

Astreinte téléphonique = Par ce terme, il faut comprendre les astreintes mises en place au bénéfice des patients.

B - RELEVÉ QUANTITATIF D'ACTIVITÉ

B_1 ACTIVITÉS LIÉES AUX PATIENTS DE LA FILE ACTIVE

1. Activité clinique

Les tableaux en lien avec l'activité clinique sont calculés automatiquement pour les équipes qui saisissent en ligne le registre.

1.1. File active et date d'inclusion

La date d'inclusion dans la file active est celle de la date de sollicitation de l'équipe. Les demandes anticipées doivent être traitées différemment, la date d'inclusion à considérer est celle du moment où la mise en œuvre de la prise en charge est actée.

File active = La file active correspond au nombre total de prises en charge dans l'année N, ou de prises en charge débutées à N-1 et qui se poursuivent en N, quelles que soit les réponses données. Elle inclut donc les prises en charge :

- Refusées,
- Relayées,
- Les demandes anticipées,

- Avec ou sans déplacement,
- Annulées du fait du décès du patient, ou d'un autre évènement.

Patient vu = Toute personne pour qui une activité ambulatoire ou un déplacement est enregistré durant l'année N. Ce sont donc des patients, ou des proches, pour qui l'équipe mobile s'est physiquement déplacée.

Patient non vu = Toute personne pour qui il n'existe que l'enregistrement d'une activité "téléphonie", ou réunion, durant l'année N, et aucune activité de déplacement physique ou d'ambulatoire n'est enregistrée. L'équipe mobile est intervenue, sans déplacement physique, ou activité ambulatoire, auprès du patient ou des proches, **mobilisant une expertise palliative d'au moins 15 minutes** (exemple : conseil auprès d'équipes, mise en place des aides et suivis à domicile, coordination du parcours patient, réunion pluridisciplinaire, etc.).

Nouveau patient = Patient pris en charge pour la première fois au cours de l'année N, non connu au cours de l'année N-1. Un nouveau patient est considéré comme un patient qui n'a jamais été inclus dans la base de données, il est considéré comme « jamais vu ».

Lieu de PEC initiale du patient = Type d'établissement dans lequel la PEC de la personne a débuté.

Autres sites rattachés (de l'établissement de santé) = définis comme les autres sites rattachés à l'établissement et situés sur une localisation différente (exemple : déplacements physiques dans plusieurs établissements d'un même GHT).

Autres établissements de santé = définis comme les établissements hors sites avec lesquels il existe une **convention** formalisant le déplacement de l'équipe mobile.

Autres établissements sociaux et médico-sociaux = maison d'accueil spécialisé, foyer d'accueil spécialisé, lit halte soins santé, appartements thérapeutiques, structure d'hébergement temporaire, etc.

1.2. Patients adultes

1.3. Patients pédiatriques

Patients pédiatriques = Les patients pédiatriques sont les patients âgés de moins de 18 ans à la date de la PEC initiale.

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

1.5. Nombre de demandes non suivies d'un déplacement

Cette question a vocation à estimer dans quel volume les équipes mobiles sont sollicitées à tort. Dans le cas où une équipe est sollicitée, mais ne rencontre, ou n'échange qu'avec l'équipe soignante, la personne est considérée comme prise en charge. Elle sera considérée comme « Non vue » dans la file active.

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

La notion de relais concerne tout type de patients, pris en charge ou non. La question s'adresse à tous les types d'équipes intra ou territoriale. La notion de relais porte sur l'externe. Si il s'agit d'un « relais » en interne, ou vers un service proche, par exemple entre une EMSP et un USP du même GHT, mais sur un autre site, la dénomination appropriée est celle de transfert.

2. Caractérisation des patients et décès

Les tableaux ci-dessous à l'exception du 2.3 sont calculés automatiquement pour les équipes qui saisissent en ligne le registre. **Les résultats ne portent que sur les patients vus.**

2.1. Pathologie des patients

Les résultats ne portent que sur les patients vus.

Pathologie = pathologie qui entraîne(ra) le décès et/ou pour laquelle la PEC est sollicitée.

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

2.2. Tranche d'âge

Les résultats ne portent que sur les patients vus.

Le tableau est calculé automatiquement pour les équipes qui saisissent en ligne le registre.

2.3. Estimation de la précarité sociale au sein de la file active

Les résultats ne portent que sur les patients vus.

Il est suggéré de prendre comme définition de la précarité, celle du score Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'exams de santé (EPICES). L'équipe peut utiliser une autre méthode, auquel cas, elle doit préciser les critères utilisés.

L'intérêt principal du score EPICES consiste à appréhender des populations qui tout en échappant aux indicateurs administratifs traditionnels de précarité présentent les mêmes risques en matière de santé (Sass et al., 2006).

2.4. Décès et suivis post-deuil

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

Calcul du nombre de décès = Si un décès est connu durant l'année, il peut être indiqué, même si sa date exacte est inconnue. Il sera comptabilisé dans le nombre total des décès. Les décès survenant dans l'année, et pour lesquels la date de décès est connue sont comptabilisés, quelle que soit la prise en charge dont ont bénéficié les patients (déplacements, ambulatoire, téléphonie, réunion). Cet indicateur exprime le pourcentage des décès connus, parmi les patients de la file active, au cours de l'année concernée par le rapport d'activité.

En revanche, un décès sans date exacte connue ne sera pas pris en compte dans les tableaux « Événements lors du dernier mois de vie », et le calcul du délai entre sa survenance et le début de PEC, ne sera pas établi.

Les suivis post-deuil concernent indifféremment les proches ou l'équipe. Comme pour l'activité de téléphonie, il ne s'agit pas de saisir sur le registre la date de chaque suivi réalisé, mais de les saisir en bloc (Voir 3.5 Suivi téléphonique).

2.5. Événements lors du dernier mois de vie

Le pourcentage exprimé ici ne porte que sur les patients pour qui un évènement indésirable est positivement renseigné.

Cet indicateur est optionnel, car il est acquis que les équipes sont plus ou moins en capacité de le renseigner, selon leur mode de fonctionnement. Il reste proposé, car selon les standards de la littérature académique, les événements qu'il couvre reflètent l'absence, ou l'existence des soins palliatifs précoce dans la PEC, et donc, la qualité de celle-ci.

Pour les équipes qui saisissent leur activité sur le registre, les événements lors du dernier mois de vie ne sont pris en compte que pour les patients dont la date de décès est connue. Si la date n'est pas renseignée, ils ne sont pas comptabilisés.

Seules les réponses positives à l'un des événements listés sont comptabilisées, les réponses « Ne sait pas », et « Non applicable », ne le sont pas.

2.6. Lieu de décès

Cet indicateur est calculé pour les personnes dont la date de décès est renseignée, ainsi que celles dont la date exacte est inconnue (par défaut, utilisation de 01/01/xx).

L'USLD est à inclure dans la catégorie « Autres ».

2.7. Délai de prise en charge

Le délai de prise en charge se calcule entre la date de sollicitation et soit :

- La date de visite à domicile,
- La date de contact effectif avec le patient à son chevet

Ce laps de temps n'est pas considéré en soi comme « vide » de toutes actions de la part de l'équipe. Il est souvent utilisé pour préparer la rencontre physique avec le patient (appel au médecin traitant, compilation des données nécessaires,...).

Pour les demandes anticipées, la date d'inclusion à considérer est celle du moment où la mise en œuvre de la prise en charge est actée. Si l'équipe saisit son activité tout au long de l'année, il faut donc modifier la date d'enregistrement initiale du patient (date de la sollicitation), pour celle de la date où il y a une réactivation du dossier pour une mise en place de la prise en charge.

2.8. Délai moyen, en jours, entre la sollicitation de l'équipe et la date de survenue du décès.

Pour les équipes qui ne renseignent pas en ligne leur activité, mais qui déclarent leur activité sur le rapport par une saisie manuelle une fois par an, il est impératif de décrire les groupes de patients pour lesquels elles sont en mesure d'avoir cette information.

Cette demande est motivée par le fait que les patients pris en charge, en dehors de ceux suivis en oncologie, sont très peu caractérisés. Pour mieux comprendre les publics ayant besoin de soins palliatifs en dehors de l'oncologie, il est nécessaire de les décrire qualitativement.

Pour les équipes qui renseignent en ligne leur activité (usage du registre) :

Calcul du délai en jours, entre le début de la PEC et la date du décès (lorsqu'elle est connue, puisqu'optionnelle) se calcule automatiquement. Ce délai se calcule par rapport à la date de PEC indiquée dans la « Fiche identité » du patient. Tous les décès survenant dans l'année, quelle que soit la PEC dont les patients ont bénéficié (déplacements, ambulatoire, activité de téléphonie / réunion), et pour lesquels la date de décès est connue, sont pris en compte pour le calcul du délai moyen. Si la date de début de PEC est inconnue, le calcul se fait par défaut sur la base de la plus ancienne date enregistrée dans le suivi du patient : qu'elle soit de déplacement, de consultation en ambulatoire, soit d'activité « téléphonique » ou de réunions.

3. Interventions et suivi des interventions auprès des patients

Les tableaux ci-dessous sont calculés automatiquement pour les équipes qui saisissent en ligne le registre.

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. Ici, le déplacement physique est celui de l'ensemble de l'équipe, sans considération pour le fait qu'à l'occasion de ce déplacement, elle est soit représentée par une seule personne, ou plusieurs.

3.1.1. Nombre de déplacements par type de professions

A chaque fois qu'un professionnel fait un déplacement, celui-ci est comptabilisé. La somme des déplacements par professions est nécessairement supérieure au nombre des déplacements de l'équipe. Si le nombre de déplacements de l'équipe s'avérait égal au nombre des déplacements cumulés par professions, cela signifierait que les membres de l'équipe sont intervenus en solo, tout au long de l'année.

3.1.2. Cible des déplacements

La cible = Elle est définie comme le destinataire principal de l'intervention. Pour chaque déplacement, il n'y a qu'une cible.

Illustration du décompte des déplacements, intervenants, et cibles

Exemple 1 : Un médecin, un infirmier et un psychologue sont appelés par une équipe soignante pour le motif équilibration du traitement de la douleur. Ils effectuent une évaluation auprès du patient, puis le médecin et l'infirmier transmettent à l'équipe soignante. L'équipe est quelques minutes plus tard sollicitée par la famille pour un soutien psychologique, et le psychologue va à leur rencontre.

Premier déplacement : Un déplacement de l'équipe, composée de trois intervenants auprès de la cible patient.

Second déplacement : Si l'équipe, ici représentée par deux personnes, ne fait que transmettre des informations à l'équipe, il ne s'agit pas d'un déplacement qu'il faut comptabiliser, et qui aurait pour cible l'équipe soignante. Les temps de transmission sont considérés comme inclus dans le déplacement ayant pour cible le patient. Par contre, s'il ne s'agit pas d'une simple transmission, mais d'un travail collégial, ou d'un soutien apporté à l'équipe référente, alors il est nécessaire de saisir un nouveau déplacement. elle doit être considérée comme un déplacement.

Troisième déplacement : Il y a un déplacement, d'un seul intervenant, auprès de la cible « proche ».

Exemple 2 : Un membre de l'équipe intervient auprès de l'équipe soignante du patient, pour un acte de soutien, la cible est « soignant ».

3.2. Intervention en ambulatoire

L'**ambulatoire** recouvre l'activité de consultation, et l'activité en hôpital de jour.

Les aspects de cet indicateur (nombre d'intervention en ambulatoire, cible) sont calculés automatiquement pour les équipes qui saisissent en ligne le registre.

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

Consultation externe = elle correspond aux consultations médicales, paramédicales et psychologiques.

3.2.2. Cible des interventions en ambulatoire

À la différence des déplacements physiques, l'activité en ambulatoire implique souvent de rencontrer plusieurs cibles quasi simultanément (patients, proches, ou équipes). Le financement de l'ambulatoire concerne par ailleurs le nombre réalisé de consultation, ou d'accueil en hôpital de jour (HDJ), mais pas le nombre de personnes rencontrées.

3.3. Réunions liées au patient

Les réunions liées au patient sont définies comme les réunions où sont spécifiquement abordées la situation clinique d'un patient suivi par l'équipe

Réunions cliniques pluriprofessionnelles/STAFF = Elles sont définies comme des staffs où la situation clinique d'un patient est présentée et discutée entre plusieurs professionnels impliqués dans sa PEC.

Réunions collégiales en vue d'une limitation ou arrêt de traitement (LAT) = Elles sont définies par la loi Claeys-Leonetti : « *la procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant* ».

Réunions de concertation pluridisciplinaire onco-palliative (RCP Onco-palliative) = Elles sont définies comme les réunions pluridisciplinaires intégrant des professionnels de soins palliatifs qui permettent une réflexion sur l'introduction progressive des soins palliatifs.

3.4. Prescriptions

Ces deux items ont vocation à rendre plus visible le **volume de prescriptions rédigées par le médecin de l'équipe mobile en son nom propre versus les situations où il y a accompagnement / collégialité dans la prescription**. S'il n'y a pas d'échange avec le médecin référent, il faut considérer la prescription comme ayant été établie uniquement par le médecin de l'équipe.

3.4.1. Prescriptions « directes »

3.4.2. Prescriptions « en compagnonnage »

3.5. Suivi téléphonique

Un suivi « téléphonique » = Il est défini comme tout entretien effectué par téléphone, courriel, fax, ou tout autre moyen de communication à distance avec les équipes soignantes et les proches.

Exemple : appels pour orientation du patient, conseils auprès de l'équipe, soutien aux familles.

La section téléphonie peut être renseignée en « bloc » sur le registre. Il n'est pas utile de renseigner la date de chaque entretien téléphonique mais de faire état du nombre d'entretien téléphonique eus pour une période donnée (1 semaine, 1 mois,...). La date entrée peut être simplement celle du jour où vous saisissez votre activité.

B_2 ACTIVITÉS NON LIÉES AUX PATIENTS

1. Participation aux autres réunions cliniques

Les autres réunions cliniques sont définies comme les réunions auxquelles l'équipe mobile participe pour aborder le cas d'un ou plusieurs patients non inclus dans sa file active.

Réunions cliniques pluriprofessionnelles/STAFF (hors réunion de fonctionnement et/ou de transmissions de l'équipe mobile) : Les réunions cliniques pluriprofessionnelles sont définies comme des « staffs » où la situation clinique d'un ensemble de patients est présentée et discutée entre plusieurs professionnels impliqués dans leur prise en charge.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire d'organe (RCP d'organe) : « regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science. Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient. En oncologie, la RCP s'impose pour la prise de décision concernant tous les malades (...). Les modalités d'organisation de la RCP sont définies par l'article D. 6124-131 du Code de la santé publique. Dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement des cancers, la concertation pluridisciplinaire est une des conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer » (HAS, 2017). Les réunions de concertation pluridisciplinaire d'organe sont définies comme les réunions pluridisciplinaires qui permettent la prise de décision quant au traitement envisagé.

2. Activité de formation

2.1. Formations non universitaires délivrées par l'équipe

Formations au sein du périmètre opérationnel de l'équipe mobile = sont définies comme les formations délivrées au sein de l'établissement de rattachement et de leurs sites d'intervention (formation délivrée aux équipes soignantes, à l'Institut de formation des soins infirmiers (IFSI) de l'établissement, etc.).**Formations en dehors du périmètre opérationnel de l'équipe mobile** = sont définies comme les formations délivrées en dehors de l'établissement de rattachement et de leurs sites d'intervention.

Formations théoriques délivrées :

- Les **formations initiales** concernent les étudiants n'ayant pas interrompu leurs études depuis plus de deux ans (étudiants en médecine, en soins infirmiers, etc.).
- Les **formations continues** concernent les salariés qui souhaitent un diplôme complémentaire (DU, DESC etc.).

Personnes formées : les externes sont à inclure en qualité de stagiaires, donc à comptabiliser sous la rubrique tutorat.

2.2. Formation universitaire délivrée par l'équipe

Le bloc « Formations délivrées par l'équipe », englobe la **dispense de formations, faites par l'équipe, dans un cadre universitaire :**

- La participation à de la **coordination d'enseignement**, comprise comme étant un travail administratif destiné à planifier le contenu pédagogique d'une formation ou d'une partie de formation (ex : séminaire).

- **Les cours**, compris comme étant des heures d'enseignement délivrées à des étudiants. Par exemple, le temps passé à délivrer des cours en direction des externes de médecines, ou bien d'un DU, doit être comptabilisé dans cette section.
- Le travail **d'encadrement de thèse ou de mémoire**.
- La **participation à un jury**, que ce soit de thèse ou de mémoire.

Le temps formateurs = L'expression désigne le temps passé par les membres de l'équipe, en tant que formateurs, dans le cadre d'une formation universitaire. Il est calculé par le nombre d'heures de la formation, multiplié par le nombre de formateurs impliqués. Le résultat pour chaque formation se cumulant sur l'année.

Exemple : Une équipe détache 2 de ses membres pour intervenir, chacun séparément, dans deux Diplômes universitaires (DU) différents, l'un sur la douleur (5H de formation), l'autre sur l'éthique médicale (2H). Ils interviennent également en binôme lors d'une sensibilisation sur le palliatif en situation pédiatrique, à raison de 3H. Le temps formateurs correspond à $5*1+2*1+3*2$, soit 13H de temps formateurs.

2.3. Formations par tutorat

La formation par tutorat est comprise comme l'accueil d'un stagiaire, externes ou autres, tandis que **les internes doivent être reportés dans la partie consacrée à la composition de l'équipe**. Les étudiants de médecine en 2nd et 3^e cycles sont considérés comme étant en tutorat. Une activité de tutorat pour un DU en distanciel rentre aussi dans le champ de cette question.

Pour chaque stagiaire, ou groupe de stagiaires si vous en recevez plusieurs en même temps, il faut indiquer la date du début du tutorat, puis son volume global. En commentaires, vous pouvez préciser si une ligne correspond à plusieurs stagiaires accueillis simultanément ou non, ainsi que l'aménagement des temps d'accueil (ex : temps partiel, alternance, etc.).

Pour le calcul du temps, on considère ici qu'une seule personne réalise le tutorat, aussi le nombre d'heures n'est pas à multiplier par le nombre de professionnels qui a pu accompagner la personne, lorsqu'ils étaient plusieurs. Il s'agit d'indiquer la durée totale en heure de la présence de la personne encadrée au sein de l'équipe.

3. Activité de recherche

L'activité de recherche est ici définie par la participation des membres de l'équipe mobile de soins palliatifs à des études de recherche en qualité d'investigateur principal ou de co-investigateur au sein d'un centre/laboratoire de recherche. Les soumissions au sein de divers congrès ne sont pas considérées comme des activités de recherche, sauf si elles s'inscrivent dans le cadre décrit précédemment.

C – BUDGET

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). Vous pouvez retrouver ces informations auprès de vos services internes. **La partie Budget doit être impérativement renseignée avec les services administratifs de l'établissement de votre équipe mobile.** 3 cas possibles :

- L'équipe mobile **dépend d'un établissement de l'AP-HP** ;
- L'équipe mobile **ne dépend pas d'un établissement de l'AP-HP** ;
- L'équipe mobile **ne dépend pas de l'établissement dans lequel elle intervient**.

Le tableau analytique demandé équivaut à l'analyse fournie pour retraitement comptable auprès de l'ATIH (RTC), dans sa version la plus synthétique, c'est-à-dire : les Totaux des Titres de 1 à 4 en charges, puis des Titres 1 à 3 pour les recettes (Charges de Personnel (Synthèse), à caractère médical, à caractère hôtelier et général, d'amortissement, de provisions, etc.).

PM = Personnel Médical

PNM = Personnel non médical

D – BILAN ET PERSPECTIVES

Trois encadrés commentaires permettent d'ajouter toute remarque que vous souhaitez porter à la connaissance de l'ARS et qui concernent :

- Difficultés rencontrées ;
- Besoins particuliers ;
- Mise en valeur d'actions spécifiques ou innovantes.

Bibliographie

HAS. (2017). Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). In *Développement professionnel continu*.

Sass, C., Guéguen, R., Moulin, J.-J., Abric, L., Dauphinot, V., Dupré, C., Giordanella, J.-P., Girard, F., Guenot, C., Labbé, É., La Rosa, E., Magnier, P., Martin, E., Royer, B., Rubirola, M., & Gerbaud, L. (2006). Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique, Vol. 18(4)*, 513–522.
<https://doi.org/10.3917/spub.064.0513>