



**Bilan d'Activité du Réseau de Soins Palliatifs
Région Centre - Val de Loire
Année 2016**



Bilan d'Activité du Réseau de Soins Palliatifs Région Centre - Val de Loire Année 2016

Président du Réseau
Tony-Marc CAMUS

Équipe de Coordination Régionale
Christianne ROY, cadre supérieur de santé coordinatrice
Elise CODRON, technicien supérieur hospitalier
Angeline PORTRAIT, Secrétaire

SOMMAIRE

Page

LE MOT DU PRESIDENT	7
1^{ERE} PARTIE : GENERALITES SUR LE RESEAU DE SOINS PALLIATIFS EN REGION CENTRE VAL DE LOIRE	9
I- CADRE DE REFERENCE	11
II- FINALITE ET OBJECTIFS	14
III- CONTOUR GEOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE SOINS PALLIATIFS EN REGION CENTRE VAL DE LOIRE	15
2^E PARTIE : ACTIVITE REGIONALE DU RESEAU	17
I - BILAN DU COMITE DE PILOTAGE REGIONAL	19
II- BILAN D'ACTIVITE DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION REGIONALE	21
III- DYNAMIQUE REGIONALE	23
1- Actions destinées au grand public	23
2 - Actions spécifiques destinées aux acteurs et professionnels de santé : de formation, de communication et d'amélioration des pratiques	27
3^E PARTIE : TABLEAUX SYNTHESE REGIONALE : DONNEES CONTEXTUELLES SOCIO DEMOGRAPHIQUES, ACTIVITE DES EQUIPES	29
I-TABLEAUX RECAPITULATIFS : DONNEES DEMOGRAPHIQUES, FORMATIONS, ENSEIGNEMENTS, PUBLICATIONS	31
II – DONNEES CONCERNANT L'ACTIVITE DU RESEAU	51
III- EXISTANT LISP	52
IV- DONNEES STATISTIQUES REGIONALES UREH 2016 - MCO	55
V- ADHESIONS AU RESEAU	60
VI – RECAPITULATIF DES CONVENTIONS FORMALISEES ENTRE ETABLISSEMENTS DE RATTACHEMENT ET EHPAD	61
4^E PARTIE : ACTIVITE DES STRUCTURES DE NIVEAU REGIONAL : USP ET PALLIENCE	63
I- SYNTHESE REGIONALE DE L'ACTIVITE DES UNITES DE SOINS PALLIATIFS DU CH DE LUYNES-CHRU DE TOURS ET DU CHR D'ORLEANS	65
II - L'UNITE DE SOINS PALLIATIFS DE LUYNES – CHRU DE TOURS	66
III - L'UNITE DE SOINS PALLIATIFS DU CHR D'ORLEANS	90
IV- L'ÉQUIPE RESSOURCE REGIONALE EN SOINS PALLIATIFS PEDIATRIQUES : PALLIENCE	101
5^E PARTIE : DECLINAISON DE L'ACTIVITE AU SEIN DE CHAQUE DEPARTEMENT	103

I- LE CHER (18)	105
1- Données contextuelles départementales.....	105
2- Comité Départemental	105
3- Lits Identifiés de Soins Palliatifs	105
4- Activité des équipes de soins palliatifs	105
II- L'EURE-ET-LOIR (28).....	116
1- Données contextuelles départementales.....	116
2- Comité Départemental	116
3- Lits Identifiés de Soins Palliatifs	117
4- Activité des équipes de soins palliatifs	117
III- L'INDRE (36)	126
1- Données contextuelles départementales.....	126
2- Comité Départemental	126
3- Lits Identifiés de Soins Palliatifs	127
4- Activité des équipes de soins palliatifs	128
IV- L'INDRE-ET-LOIRE (37)	135
1- Données contextuelles départementales.....	135
2- Comité Départemental	135
3- Lits Identifiés de Soins Palliatifs	136
4- Activité des équipes mobiles de soins palliatifs	136
V- LE LOIR-ET-CHER (41)	144
1- Données contextuelles départementales.....	144
2- Comité Départemental	144
3- Lits Identifiés de Soins Palliatifs	145
4- Activité des équipes de soins palliatifs	145
VI- LE LOIRET (45)	156
1- Données contextuelles départementales	156
2- Comité Départemental	156
3- Lits Identifiés de Soins Palliatifs	157
4- Activité des équipes de soins palliatifs	157
CONCLUSION - PERSPECTIVES A MENER.....	167
GLOSSAIRE	169
ANNEXES	173

LE MOT DU PRESIDENT

Comme les années précédentes, les actions mises en œuvre au sein du réseau ont été réalisées en lien avec les équipes et structures de soins palliatifs du réseau et leurs établissements de rattachement, sans oublier les nombreux partenaires et les adhérents dont le nombre ne cesse de croître.

L'année 2016 a été marquée par différents éléments :

- ✓ Un nombre de patients pris en charge en augmentation, + de 7000 patients au cours de l'année sans oublier leur entourage et les soignants qui les accompagnent au quotidien,
- ✓ Une couverture territoriale étendue malgré des effectifs plus contraints,
- ✓ La labellisation de nouveaux lits identifiés en soins palliatifs,
- ✓ L'atteinte des objectifs du SROS de 4^{ème} génération avant la réécriture du nouveau projet régional de santé fin 2016. A cette heure, le réseau a transmis à l'ARS les orientations souhaitées dans le cadre du futur PRS. Les documents sont en cours de finalisation
- ✓ L'implication du réseau régional dans l'organisation du 23^{ème} Congrès National de la Société Française d'Accompagnement en Soins Palliatifs qui s'est tenu en juin 2017 à Tours et au cours duquel nous avons accueilli plus de 2500 congressistes,
- ✓ L'engagement de tous les départements dans l'organisation des actions de communication envers le grand public à l'occasion des journées mondiales de soins palliatifs en octobre,
- ✓ Le développement du partenariat avec l'Espace de Réflexion Ethique Régional en proposant des actions communes aux établissements sanitaires et médico-sociaux de la région,
- ✓ La mise en œuvre d'actions dans le cadre du Plan National de Soins Palliatifs 2015-2018,
- ✓ La participation constante à l'enseignement, à la formation, et à des travaux de recherche,
- ✓ Des inter-équipes qui réunissent de plus en plus de professionnels du réseau deux par an,
- ✓ Un enseignement universitaire renforcé sur la faculté de médecine de Tours et un engagement des médecins dans la reconnaissance au niveau national d'une filière universitaire en soins palliatifs,
- ✓ Un travail constant des médecins pour développer l'offre d'accueil des internes au sein des structures de soins palliatifs de la région afin d'assurer le renouvellement des générations.

A ce jour, le réseau repose sur la structuration suivante :

- les Unités de Soins Palliatifs : 2 unités sont fonctionnelles (USP Luynes-CHRU de Tours et CHRO). Les deux dernières reconnues (Blois et Bourges) sont retardées dans la mise en œuvre pour des considérations de réaménagement architectural ;
- 326 lits identifiés de soins palliatifs dont certains ont été soumis à une évaluation conjointe avec les référents soins palliatifs de l'Agence Régionale de Santé qui a démontré la qualité de la prise en charge,
- 12 équipes mobiles dédiées aux établissements hospitaliers et 6 équipes mobiles dédiées au domicile (EADSP) et aux établissements qui ne possèdent pas d'équipes mobiles intra hospitalières. Celles-ci sont amenées à repenser leur articulation afin de coopérer et/ou

d'intégrer les nouvelles structurations territoriales (GHT, PTA..) prévues par la loi de santé de janvier 2016,

- 1 équipe ressource en soins palliatifs pédiatriques régionale : PALLIENCE,
- 1 équipe de coordination régionale assurant la cohérence du dispositif dont les missions ont évolué au cours de ces dernières années.

Ce bilan positif peut être nuancé par des questionnements qui préoccupent les acteurs de terrain :

- Comment assurer une prise en charge de qualité au regard de la démographie médicale et paramédicale de la région?
- Comment assurer la pérennité des équipes de soins palliatifs dans certains établissements compte tenu des difficultés à recruter ?
- Comment s'assurer de la juste utilisation des moyens dédiés aux équipes au bénéfice de la population ?
- Comment organiser un accueil croissant des internes au sein des équipes pour favoriser le renouvellement des générations ?
- Quelles modalités pour mettre en place une prise en charge au domicile adaptée ?
- Quelle évolution de l'enseignement et des formations en soins palliatifs destinées aux étudiants et professionnels médicaux et non médicaux pour répondre au mieux aux besoins?
- Quelle participation et implication du réseau dans les nouvelles organisations territoriales ?

Ces questionnements pourraient trouver pour partie une réponse dans les dispositifs suivants mais que faut-il en attendre réellement :

- La loi de santé publiée le 26 janvier 2016, notamment au travers de l'impact des plateformes territoriales d'appui sur les équipes,
- Le plan soins palliatifs 2015-2018 au travers des crédits dédiés à la région,
- L'évaluation de l'utilisation des enveloppes dédiées aux équipes.

2016 a été aussi l'année des bouleversements à l'ARS et des changements de référents sur la filière soins palliatifs. Madame Agnès HUBERT-JOUANNEAU a assuré le lien avec le réseau dans l'attente de la nomination des nouveaux référents en charge des soins palliatifs : le Docteur Hélène DELACROIX-MAILLARD qui succède au Docteur Monique TITON ; et Madame Charlène GONZALES qui succède à Monsieur Hubert PISSIER qui a toutefois poursuivi une belle mission avec nous en tant que co-président du comité organisationnel du Congrès de la SFAP à Tours.

Pour finir, je tiens à remercier :

- Toutes les équipes et structures du réseau pour leur investissement constant et le travail réalisé au quotidien,
- L'Equipe de Coordination Régionale du Réseau qui a travaillé en effectif restreint durant plusieurs mois jusqu'à l'arrivée d'Elise CODRON en septembre 2016 et de la nouvelle secrétaire Angeline PORTRAIT arrivée en 2017.

Soyez toutes et tous remerciés pour votre investissement et votre travail au quotidien.

Le Président du Réseau de Soins Palliatifs,

Tony-Marc CAMUS

1^{ERE} PARTIE :

GENERALITES SUR LE RESEAU DE SOINS PALLIATIFS EN REGION CENTRE-VAL DE LOIRE

I- CADRE DE REFERENCE

Le Réseau de Soins Palliatifs en région Centre-Val de Loire est un réseau qualifié de **réseau de santé**.

Il répond à la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et à son décret d'application du 19 février 2002 relatif à l'organisation des soins palliatifs et à l'accompagnement.

Il s'inscrit dans le champ des soins palliatifs répondant aux préconisations :

- du SROS n° 2 de la région Centre Val de Loire : « La prise en charge des soins palliatifs doit reposer sur des structures à mettre en place dans chaque secteur sanitaire constituant un réseau dense, solide et coordonné »,
- du SROS n° 3 volet « Soins Palliatifs »,
- du SROS de 4^{ème} génération au travers du volet « Soins Palliatifs » auquel les membres du réseau ont participé en 2011, et sa révision en 2014.

Il prend également en compte la loi du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie et des textes subséquents.

Il s'inscrit aussi dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui a pour objectif d'aménager l'organisation sanitaire du pays dans un contexte économique contraint tout en garantissant l'accès aux soins sur le territoire ainsi que la loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population publiée fin 2015. Il prendra en compte, dès sa parution, la loi de santé qui risque d'impacter le réseau notamment au travers des plates-formes territoriales d'appui.

L'organisation du réseau suit les recommandations des textes suivants :

- Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de l'ex DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,
- Circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs,
- Circulaire n°DHOS/02/03/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.

Ses actions sont conformes :

- Au « Programme de développement des soins palliatifs 2008 – 2012 » dont les mesures coordonnées sont classées suivant trois axes :

- Axe 1 : la poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extrahospitaliers,
- Axe 2 : l'élaboration d'une politique de formation et de recherche,
- Axe 3 : l'accompagnement offert aux proches

et comportent des mesures phares :

- traduction du souhait légitime des Français de pouvoir choisir le lieu de la fin de sa vie avec l'ouverture massive du dispositif palliatif aux structures non hospitalières,
- amélioration de la qualité de l'accompagnement, en portant une attention particulière à la douloureuse question des soins palliatifs pédiatriques,

- enfin, diffusion de la culture palliative.

➤ Au « Plan National 2015-2018 de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie » :

Ce plan comporte 4 axes / 14 mesures / 40 actions qui sont partagées entre les 3 niveaux de responsabilités que sont le Ministère de la Santé (niveau national) l'Ars (niveau régional) et le territoire.

Malgré des résultats significatifs obtenus par la mise en œuvre des précédents plans consacrés aux soins palliatifs, des inégalités d'accès à ces soins persistent, qu'il faut réduire en investissant d'abord sur la connaissance et l'implication des usagers eux-mêmes. Cet investissement apparaît d'autant plus indispensable que les évolutions législatives en cours sur la fin de vie révèlent toujours plus la nécessité pour chacun de conserver la maîtrise des décisions qui le concernent jusqu'à la fin de ses jours. Le droit des patients l'exige. C'est l'objet du premier axe d'intervention du présent plan.

Dans cet objectif, un centre national dédié aux soins palliatifs et à la fin de vie sera créé, pour accompagner les usagers comme les professionnels dans l'approfondissement de leurs connaissances sur ces sujets complexes que sont la démarche palliative et l'accompagnement de la fin de vie.

Des actions relatives aux directives anticipées, au rôle de la personne de confiance, au soutien des associations d'usagers et d'aidants, ainsi que la poursuite de l'observation des pratiques et des réflexions éthiques, y contribueront également.

Le deuxième axe du plan poursuit l'objectif d'implantation de la démarche palliative dans les pratiques professionnelles. Pour ces derniers, le renforcement des compétences et la diffusion des bonnes pratiques seront obtenus par différents leviers : le renforcement des enseignements théoriques et pratiques, y compris dans l'interdisciplinarité entre les filières ; la création d'une spécialité de médecine palliative/médecine de la douleur ; le financement d'un post-internat pour permettre la formation de professionnels médicaux spécialisés, d'année recherche ciblée pour les internes et de postes de chefs de clinique, de manière notamment à favoriser l'émergence d'une filière universitaire ; la mise en place d'un programme pluri annuel pour élaborer des recommandations sur les soins palliatifs avec la Haute autorité de santé.

L'évolution du plan précédent concluait au déficit du déploiement des soins palliatifs à domicile. Le présent plan entend y répondre dans son troisième axe d'intervention, en intensifiant le soutien aux professionnels et aux aidants. Pour les professionnels, il s'agira de mobiliser plusieurs dispositifs d'organisation, de soutien et de recours, en particulier ceux du projet de loi de modernisation de notre système de santé : plateformes territoriales d'appui, équipes de soins primaires, communautés pluri disciplinaires territoriales de santé, etc.

Pour les aidants, les dispositifs de soutien financier ainsi que les nouvelles formes de bénévolat et de solidarité seront confortés.

Le développement des soins palliatifs à domicile en établissement sociaux et médico-sociaux sera facilité par les travaux relatifs à la présence infirmière de nuit dans les EHPAD, par le développement des soins palliatifs en hospitalisation à domicile, l'amélioration de la coordination des intervenants au domicile notamment par la formation des intervenants et le déploiement du travail en réseau.

Une attention particulière sera portée aux conditions de retour à domicile après hospitalisation et à l'anticipation des situations d'urgence.

Enfin, dans son quatrième axe, le présent plan prévoit une politique ambitieuse de réduction des inégalités d'accès aux soins palliatifs. Il s'agit aussi de rendre possible le repérage précoce des besoins en soins palliatifs par le recours à des évaluations expertes à domicile, y compris sur

demande des usagers.

De surcroît, il sera demandé aux Agences régionales de santé, de mettre en place un projet spécifique de réponse aux besoins, après réalisation d'un diagnostic partagé sur les territoires incluant la participation des usagers.

A partir de ces constats, des unités de soins palliatifs, des équipes mobiles de soins palliatifs supplémentaires ainsi que des lits identifiés en soins palliatifs seront autorisés et financés, en particulier dans les régions sous dotées, de manière à ne laisser aucun territoire sans réponse aux besoins exprimés.

Les 4 axes sont :

- AXE 1 – Informer le patient, lui permettre d'être au centre des décisions qui le concernent ;
- AXE 2 – Former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs ;
- AXE 3 – Développer les prises en charge en proximité : favoriser les soins palliatifs à domicile, y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux ;
- AXE 4 – Garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous : réduction des inégalités d'accès aux soins palliatifs.

II- FINALITE ET OBJECTIFS

Le réseau de soins palliatifs vise, dans une dynamique partenariale, à améliorer les soins et l'accompagnement des patients en phase palliative ou terminale de maladie grave en Région Centre Val de Loire, qu'ils soient en institution ou à domicile.

Il prend en compte le patient en phase palliative ou terminale d'affections graves ainsi que sa famille, ses proches, les professionnels de santé et tout autre intervenant associé à sa prise en charge.

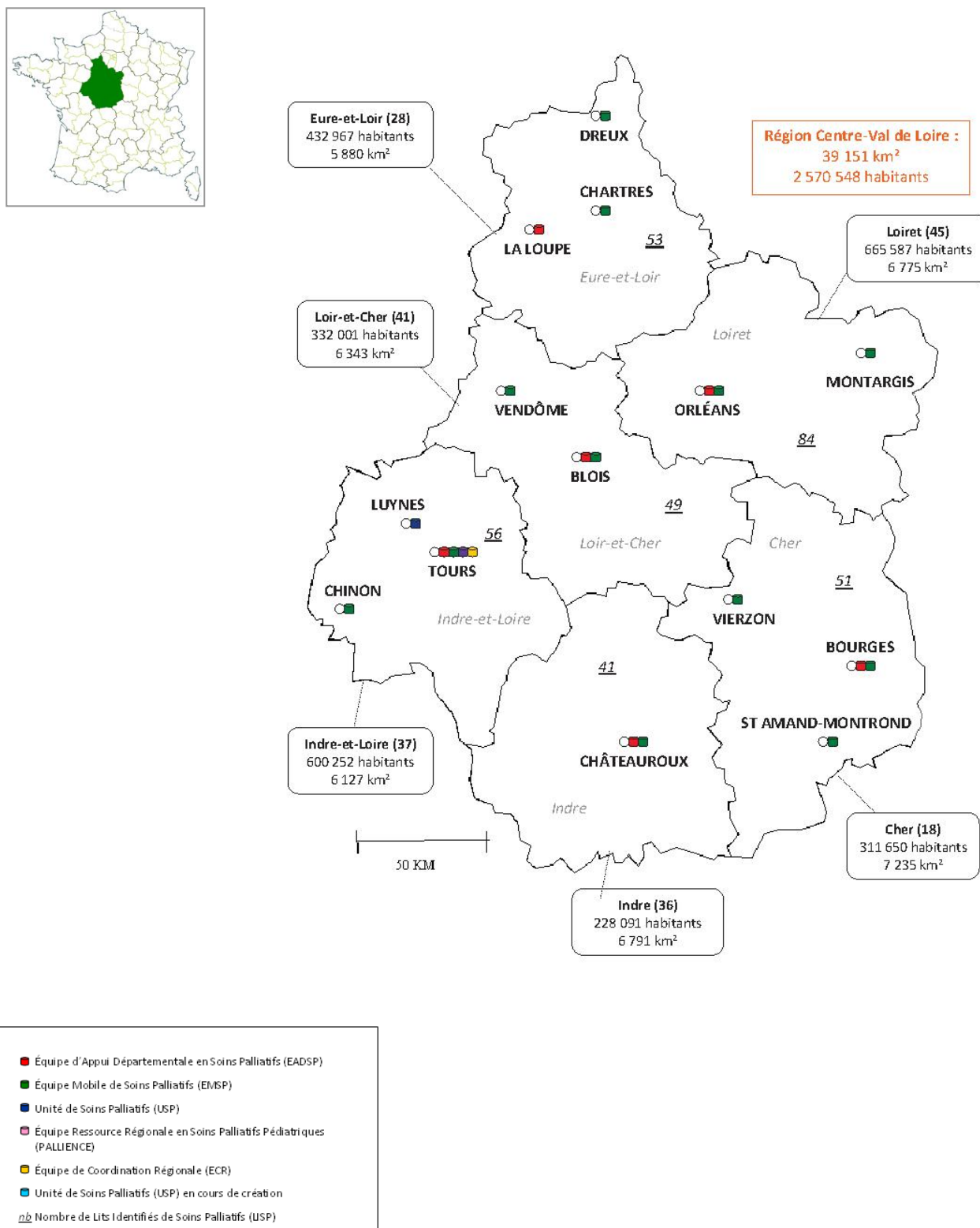
Les objectifs généraux du réseau sont définis comme suit :

- Promouvoir les soins palliatifs,
- Favoriser le choix du patient concernant son lieu de vie et la proximité familiale dans une démarche de continuité des soins,
- Proposer un soutien aux personnes intervenant auprès des patients (professionnels de santé, aidants) et accompagner les proches notamment lors de la période de deuil,
- Permettre aux patients et aux professionnels de pouvoir accéder aux équipes ressources du réseau (USP, PALLIANCE, équipes mobiles),
- Coordonner les équipes et les soignants, favoriser les liens entre les acteurs en soins palliatifs quel que soit leur lieu d'exercice,
- Organiser des formations pour les acteurs du réseau,
- Soutenir méthodologiquement les institutions qui souhaiteraient développer des formations aux soins palliatifs dans leur structure en proposant notamment des formations,
- Diffuser des pratiques de soins palliatifs et la culture de l'accompagnement auprès des professionnels de santé et de la population générale,
- Communiquer autour des notions de douleur, de souffrance, de mort, de deuil et d'éthique.

Dans le cadre de ses missions générales, le réseau a pour vocation :

- De susciter la mise en place des dispositifs territoriaux de soins palliatifs,
- De favoriser les partenariats avec les autres réseaux,
- De renforcer la dynamique réseau en région Centre Val de Loire,
- De développer une politique de communication régionale qui participe à la diffusion de la culture palliative ;
- D'aider à l'élaboration et porter des projets de formation en soins palliatifs adaptés aux différents acteurs, ainsi que des projets de recherche,
- De favoriser l'inscription des membres du Réseau dans une démarche qualité, notamment en fournissant des référentiels de bonnes pratiques ;
- De contribuer à l'évaluation des activités de soins palliatifs de la région par l'élaboration d'un bilan d'activité annuel ainsi que par la participation aux évaluations internes et externes.

III- CONTOUR GEOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE SOINS PALLIATIFS EN REGION CENTRE-VAL DE LOIRE



En région Centre Val de Loire, il existe une offre de soins en soins palliatifs structurée autour de

- 6 EADSP,
- 12 EMSP,
- 2 USP (2 USP supplémentaires en cours de création au CH de Blois et CH de Bourges),
- 1 équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques,
- 334 LISP.

La circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs définit les différents dispositifs.

Définition des Équipes Mobiles de Soins Palliatifs :

(Annexe 2 de la circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 ; cf. annexe 1 page 176).

Spécificité de la région Centre quant aux EMSP : Dans le dispositif du Réseau de Soins palliatifs en région Centre-Val de Loire, certaines équipes mobiles (une équipe mobile par département) mettent en œuvre cette activité inter-hospitalière ainsi que l'intervention à domicile et en institution sociale et médico-sociale.

Ces EMSP travaillent sous la dénomination d'Équipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs.

Définition des Unités de Soins Palliatifs :

(Annexe 3 de la circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 ; cf. annexe 2 page 182).

Définition des Équipes Ressources Régionales de Soins Palliatifs Pédiatriques :

(Cadre de référence pour l'organisation des Équipes Ressources Régionales de Soins Palliatifs Pédiatriques ; cf. annexe 3 page 186).

Définition des Lits Identifiés de Soins Palliatifs :

(Annexe 1 de la circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 ; cf. annexe 4 page 187).

2EME PARTIE :

ACTIVITE REGIONALE DU RESEAU

I- BILAN DU COMITE DE PILOTAGE REGIONAL

La composition du Comité de Pilotage Régional permet d'assurer une meilleure représentativité des acteurs de chaque département. Les missions de cette instance reflètent une meilleure prise en considération des besoins de proximité et des attentes des tutelles. Le tableau ci-dessous récapitule les points traités en 2016.

Composition	
<i>Le Président du Réseau, le Bureau, 4 représentants des acteurs de soins palliatifs par département désignés par les CD (USP, EMSP, EADSP, LISP, CD), 1 représentant pour l'équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques PALLIANCE, 2 représentants des usagers, 1 représentant des établissements publics de santé, 1 représentant des établissements de santé privés, 1 représentant des EHPAD, 1 représentant des SSIAD, 1 représentant du secteur du handicap, 2 représentants d'autres réseaux (OncoCentre et NeuroCentre), 2 représentants de l'ARS, 1 représentant de l'établissement de rattachement du Réseau : CHRU de Tours. 1 représentant de l'Espace de Réflexion Éthique en Région Centre (ERERC), 1 représentant de l'enseignement universitaire en soins palliatifs.</i> <i>Nota : la composition suivante ne fait état des droits de vote qui sont définis dans le règlement intérieur du réseau.</i>	
Missions	♦ Le CPR définit : - La politique générale du réseau - Les orientations stratégiques du réseau - Les priorités en termes d'actions ♦ Le CPR met en place et valide : - des commissions régionales - des procédures de bonnes pratiques - les outils d'évaluation de l'activité du réseau ♦ Le CPR est garant : - du respect des textes fondamentaux du réseau : charte et convention constitutive - de la formalisation d'interfaces avec d'autres structures régionales
Fonctionnement	3 réunions de 3 heures à Orléans : - le 16 mars 2016 - le 20 juillet 2016 - le 26 octobre 2016

Points principaux traités en 2016	◆ Congrès SFAP 2017 : ◆ Information sur le renouvellement des membres du CPR ◆ Demandes d'agrément LISP ◆ Etat des lieux de l'activité des LISP ◆ Point de suivi sur les USP de Blois et Bourges ◆ Situation des équipes ◆ Agréments des stages DESC ◆ État d'avancement des groupes de travail ◆ Rapport d'activité régional ◆ Projets territoriaux, régionaux ◆ Formations dispensées par les EADSP en EHPAD ◆ Journée Mondiale de Soins Palliatifs 2016 ◆ Plan National 2015 – 2018 pour le Développement des Soins Palliatifs et l'Accompagnement en fin de vie ◆ GHT : Inclusion du volet soins palliatifs et de la dynamique territoriale ◆ Crédits alloués au réseau et recensement des besoins ◆ Projet en lien avec Oncocentre : initiation précoce des soins palliatifs pour les malades en cancérologie
--	---

La liste nominative de la composition du Bureau et du CPR se trouve en (annexe 5 page 191)

2- Le Bureau du Comité de Pilotage Régional

Le Bureau est chargé d'assister le Président du Réseau dans la gestion des affaires courantes, notamment :

- les questions politiques et stratégiques ;
- la définition des orientations du réseau ;
- le suivi des dossiers nécessitant une compétence technique particulière ou une expertise.

Le Bureau est présidé par le Président du Réseau.

Depuis le CPR d'octobre 2014, le Bureau est composé de 5 membres, dont le Président et sa représentation doit être pluridisciplinaire.

Les membres du Bureau ainsi que le Président du Réseau ont été élus lors du Comité de Pilotage du 9 octobre 2015.

II- ACTIVITE DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION REGIONALE

1- Accueil, orientation et information envers les professionnels de santé et le grand public (téléphonique et physique)

2- Gestion administrative et financière

Rencontre avec les tutelles et participation au suivi des dossiers de financement du réseau en lien avec les services financiers, la Direction du CHRU de Tours et les référents financiers à l'ARS :

- Élaboration du CPOM et grilles d'orientation en lien avec les services financiers et la Direction du CHRU de Tours ;
- Suivi des budgets des supervisions ;
- Suivi des subventions attribuées dans le cadre des journées mondiales et régionales de soins palliatifs ;
- Suivi des crédits alloués au réseau
- Recensement des besoins des équipes

3- Coordination / Communication

- ♦ CPR à Orléans :
 - Organisation
 - Coordination
 - Élaboration et diffusion des comptes rendus
- ♦ Rencontres inter-équipes les 31/03 et 12/10/16 à Orléans :
 - Organisation
 - Coordination
 - Élaboration et diffusion des comptes rendus
- ♦ Lits Identifiés de Soins Palliatifs : évaluation des dossiers de demandes d'autorisation et/ou visites sur site en lien avec l'ARS :
 - Evaluation des dossiers
 - Visites sur sites
- ♦ Liens avec les équipes :
 - Rencontres / réunions de travail
- ♦ Liens avec les comités départementaux :
 - Participation aux réunions et Assemblées générales
- ♦ Organisation du 23^{ème} congrès de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP)
 - Coprésidence du Comité Organisationnel
 - Secrétariat local
 - Comité Scientifique : 11 réunions
 - Comité Organisationnel : 11 réunions
- ♦ Élaboration du bilan d'activité régional 2015
- ♦ Commission communication :
 - Organisation, élaboration d'une affiche régionale récapitulative des actions de communication
- ♦ Projet de formation pour les EHPAD / 18

- Réalisation d'une enquête (questionnaire et analyse) à la demande des équipes de soins palliatifs destinée aux directions des EHPAD : Etat des lieux des besoins de formation
- ♦ Projet EADSP 45 / LISP (hors CHRO)
 - Aide logistique et à la mise en œuvre
- ♦ Projet de Formation de formateur pour les professionnels des équipes ressources (mise en œuvre prévue pour 2017)
 - Conception du projet et recherche de fonds
- ♦ Journées Mondiales de soins palliatifs
 - Aide logistique et élaboration de supports de communication
- ♦ Site internet du réseau
 - Réactualisation, alimentation et mise à jour

4- Enseignement et Recherche

- Participation à la formation initiale et continue des paramédicaux
- Participation au comité pédagogique du DIU de soins palliatifs de Tours, guidance de mémoires
- Participation à la formation « douleur et psychiatrie » / CHRU de Tours
- Participation au projet de recherche sur la construction d'un référentiel qualité sur le respect des directives de fin de vie des patients atteints de maladies grave / N.Croyère

5- Partenariats / participation institutionnelle

- ♦ Collectif Inter-CLUD de psychiatrie
 - Participation au COPIL ;
 - Réunions inter-CLUD de santé mentale
- ♦ Dispositif « Groupe de parole pour les familles endeuillées » / partenariat entre le CHRU de Tours et la Caisse d'Allocations Familiales d'Indre et Loire :
 - Suivi financier et coordination administrative du dispositif ;
 - Élaboration des bilans annuels du dispositif « enfants » et « Adultes »
- ♦ Partenariat avec l'Espace de Réflexion Éthique en Région Centre
 - Participation à l'organisation des journées de formation « Comment encourager la réflexion éthique dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ? » dans le Loir-et-Cher ;
 - Journée Régionale de l'ERERC
 - Participation au groupe de travail sur les Directives Anticipées
- ♦ Participation au groupe de travail « Projet de fédération inter-hospitalo-universitaire en soins palliatifs » entre le CH Jean Pagès de Luynes et le CHRU de Tours
- ♦ Participation au CLUD du CHRU de Tours
- ♦ Participation aux réunions PTA
- ♦ Participation aux réunions de la CRSA

III- DYNAMIQUE REGIONALE

1 – Actions destinées au grand public

a- Le site internet du réseau

Le site Internet du réseau a été créé en janvier 2010.

Il est hébergé sur le portail du GCS Télésanté Centre (mis en place en 2009 par l'ARH pour tous les réseaux de santé de la région Centre). Le GCS est constitué de la grande majorité des établissements de santé de la Région Centre publics et privés. L'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS ML) est aussi l'un des membres fondateur. Le GCS Télésanté Centre favorise la mise en œuvre de la politique régionale des systèmes d'information. Il permet également la circulation d'informations sécurisées entre professionnels de santé via les espaces collaboratifs et la messagerie.

L'adresse URL pour accéder au site est la suivante : www.sante-centre.fr/soins-palliatifs

Identification pour accéder à l'espace dédié aux professionnels du réseau

Inscription sur le portail GCS Télésanté Centre (cf tutoriel en annexe 6 p. 193)

Suivi et mise à jour en 2016

- Mise en ligne de références bibliographiques et parutions en lien avec les soins palliatifs
- Réactualisation de la composition des équipes
- Informations sur les différentes manifestations en région : colloques, journée régionale, journée mondiale, conférences...
- Mise en ligne de documents du réseau, de documents transmis par les équipes ...
- Poursuite du suivi des audiences du site
- Mise en ligne des postes vacants au sein des équipes du réseau

Analyse d'audiences

Environ 9000 connections sur l'année 2016, avec une moyenne de 750 connexions par mois (en 2015, environ 600 connexions par mois).

Perspectives

- Poursuivre l'alimentation régulière du site
- Mettre à disposition des documents transmis par les équipes, les CD... pour l'ensemble des professionnels
- Mettre en place un formulaire de contact pour permettre au grand public de demander des informations sur le réseau, les soins palliatifs et l'accompagnement, les ressources existantes....

b – La Journée Mondiale des Soins Palliatifs 2016

Définition SFAP :

« La Journée Mondiale est un jour d'action pour célébrer et soutenir l'accompagnement et les soins palliatifs à travers le monde. [...] »

L'objectif de cette journée est d'affirmer la volonté de rendre les soins palliatifs plus accessibles partout dans le monde et d'augmenter la prise de conscience et la compréhension des besoins médicaux, sociaux, pratiques spirituels des personnes qui vivent avec une maladie terminale et celle de leur famille [...] »

Dans ce cadre, des **manifestations ont été organisées dans chaque département** début octobre 2016 par les Comités Départementaux, en collaboration avec les équipes ressources en soins palliatifs.

Une affiche récapitulative a été conçue pour répertorier l'ensemble des manifestations puis communiquée sur la région, sur le site Internet du Réseau, ainsi que sur le site internet de la SFAP. (cf. pages suivantes)

Par ailleurs, en vue de ces manifestations, l'Équipe de Coordination Régionale a travaillé en lien avec les CD intéressés pour l'élaboration des supports de communication :

- Conception de l'affiche de présentation de la manifestation organisée par le comité départemental de soins palliatifs du 37 (ADASPIL) et de l'équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques PALLIENCE

Pour rappel, l'ECR reste à la disposition des équipes et comités départementaux qui souhaiteraient élaborer des supports de communication (affiches, flyers, mise en forme de documents divers, programme de formation...)

Le Réseau de Soins Palliatifs en région Centre-Val de Loire
est partenaire des manifestations suivantes ouvertes à tous :

18 Dans le Cher, les équipes mobiles de soins palliatifs du département et l'association JAMA'VIE organisent, en partenariat avec le Comité Départemental 18, **samedi 15 octobre à 15h30** dans la salle Aurore de St Amand Montrond, une pièce de théâtre « *La communication: ses mots et ses maux* » suivie d'un débat et d'un pot de l'amitié. Différents stands d'information seront présents. *Entrée libre et gratuite*

28 En Eure-et-Loir, le Comité Départemental ARESPEL est partenaire de deux manifestations:

. **Mardi 4 octobre de 20h à 22h**: Projection du film de la SFAP « *Vivre le temps qu'il nous reste à vivre* » suivie d'un débat au cinéma Les enfants du paradis de Chartres

. **Mardi 11 octobre de 20h à 22h**: Projection du film de la SFAP « *Vivre le temps qu'il nous reste à vivre* » suivie d'un débat au cinéma Cinécentre de Dreux.

36 Dans l'Indre, le Comité Départemental CODESPA organise, en partenariat avec les équipes mobiles de soins palliatifs du département, plusieurs manifestations:

. **Vendredi 14 octobre à 20h30**: Soirée cinéma autour du film « *Ma compagne de nuit* » au Cinémovida de Châteauroux suivie d'un échange sur le thème de l'accompagnement des services de soins à domicile à la fin de vie.

Entrée 5 € et gratuit pour les étudiants

. **1ère quinzaine d'octobre**: Espaces d'échanges sur la fin de vie avec les résidents de plusieurs EHPAD volontaires du département.

37 En Indre-et-Loire, le Comité Départemental ADASPIL et les équipes de soins palliatifs du département proposent plusieurs manifestations:

. **Vendredi 7 octobre de 14h à 18h**:

Deux conférences :

- « *Loi Clayes-Leonetti: regards croisés d'un médecin et d'un juriste* »

- « *Hospitalisation à domicile: vivre dans son lieu de vie jusqu'au bout* »

Suivies d'une table ronde: « *La fin de vie à domicile: quelle représentation?* »

à la faculté du Plat d'étain Amphithéâtre Beaumont de Tours. *Entrée libre et gratuite*

. **Mardi 11 octobre de 10h à 16h**: stands d'information tenu par les équipes du CHRU de Tours autour des droits des patients et des familles en soins palliatifs ainsi que des informations sur les missions et l'offre de soins palliatifs dans les halls des hôpitaux du site de Bretonneau et de Trousseau

. **Mardi 11 octobre à 14h**: l'équipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques PALLIENCE présente le film documentaire « *Est-ce que les doudous vont au ciel?* » suivie d'un échange avec le public à l'Amphithéâtre de l'hôpital Clocheville de Tours. *Entrée libre et gratuite*

. **Judi 13 octobre à 19h30**: l'équipe mobile de soins palliatifs et douleur du Centre Hospitalier de Chinon organise une soirée avec la diffusion du reportage « *Aux frontières de la vie* » d'Harry Roselmack suivie d'un débat sur la loi Clayes-Leonetti dans la salle polyvalente du service de soins de suite et réadaptation du CH de Chinon. *Entrée libre et gratuite*

41 Dans le Loir-et-Cher, plusieurs manifestations auront lieu :

 . **Judi 8 septembre à 19h30**: Soirée cinéma autour du film de la SFAP « *Vivre le temps qu'il nous reste à vivre* » suivie d'un débat animé par le Dr Grange et le Dr Baudron au Centre Hospitalier de Montoire sur le Loir. *Entrée libre et gratuite*

. **Judi 6 octobre de 17h30 à 19h**: le Comité Départemental 41 organise, en lien avec le centre hospitalier de Blois, les associations ADMR et JALMALV, une table ronde « *La fin de vie, un chemin sur fond d'histoire(s)* » avec Tanguy Châtel, sociologue dans le cadre des 19^{ème} rendez-vous de l'histoire au Conseil Départemental de Blois, salle Lavoisier. *Entrée libre et gratuite*

. **Judi 13 octobre de 14h30 à 16h30**, les professionnels de l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Blois organisent une conférence débat « *Le temps du mourir a-t-il encore un sens?* » animée par Stéphane Amar, psychologue psychanalyste, dans la salle polyvalente du Centre Hospitalier de Blois. *Entrée libre et gratuite*

. **Judi 13 octobre**, dans la salle polyvalente du Centre de soins André Gibotteau (Vendôme), les professionnels de l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Vendôme organisent:

- **de 11h à 17h**, « *Les soins de support: prendre soin autrement* »: présentation des approches psycho-corporelles avec des stands et quelques ateliers découvertes,
- **à 20h30**, conférence « *Les soins palliatifs à l'hôpital: encore plus de vie...* » animée par Jacky Housset, directeur des soins du Centre Hospitalier de Vendôme et Fortuné Bitsindou, médecin de l'équipe mobile de Vendôme. *Entrée libre et gratuite.*

45 Dans le Loiret, plusieurs manifestations auront lieu:

 . **Vendredi 30 septembre**, les professionnels des structures et équipes de soins palliatifs du Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO) organisent dans le hall et en salle de conférence du nouvel hôpital d'Orléans:

- un stand d'informations sur le thème des soins palliatifs: atelier massage, animation, musique, échanges... **(de 10h à 17h)**
- une présentation « *Soins palliatifs et neurologie* » **de 11h à 12h30** par les Dr M. H. Lemaitre et M. Pallix-Guyot, neurologues et A. Mentisano, ergothérapeute.
- une présentation « *Loi 2016 sur la fin de vie* » **de 13h à 14h30** par le Dr P. Gauthier, médecin USP.
- une présentation « *Soins palliatifs et pédiatrie* » **de 15h à 16h30** par l'équipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques PALLIANCE qui présente le film documentaire « *Est-ce que les doudous vont au ciel?* » suivie d'un échange avec le public par Florence Etourneau, psychologue et Dr Pascale Blouin, pédiatre.

Entrées libres et gratuites pour l'ensemble des actions

. Le Comité départemental SP 45 organise le **samedi 8 octobre** une manifestation sportive à vélo de 40 km au départ de l'EHPAD Pierre PAGOT à Orléans à **9h30** avec une étape à Jargeau et l'arrivée est prévue à **16h** sur le quai du Chatelet à Orléans pour aller à la rencontre des établissements et sensibiliser aux soins palliatifs.

Pour toute information, rendez-vous sur le site du réseau : www.sante-centre.fr/soins-palliatifs

 ou contactez l'Équipe de Coordination Régionale du réseau : 02.47.47.87.89.

2 – Actions spécifiques destinées aux acteurs et professionnels de santé

a- La Commission Communication

Composition :

- le Président du Réseau ;
- des représentants de chaque département ;
- l'Équipe de Coordination Régionale.

Objectifs :

- Recueillir, centraliser et communiquer autour des manifestations organisées dans chaque département : Journées Mondiales de Soins Palliatifs et tous les autres évènements de chaque territoire ;
- Participer au suivi de l'organisation des Journées Régionales en Soins Palliatifs ;
- Contribuer à l'alimentation du Site Internet du réseau via le Portail Télé Santé Centre ;
- Communiquer sur la vie des équipes (projets, départs et arrivées de professionnels...)
- Recueillir et centraliser les supports et documents réalisés par les équipes ;
- Échanger sur les modalités de la commission : redéfinition de la composition, des objectifs et des modalités d'organisation des réunions.

b- Les rencontres inter-équipes

Les rencontres inter-équipes ont comme objectifs de :

- développer une politique de qualité régionale par les échanges autour de savoirs et d'expériences ;
- contribuer au développement des compétences transversales ;
- participer à la diffusion de la culture palliative ;
- renforcer la dynamique réseau en région Centre et le partage des savoirs au sein du réseau ;
- favoriser les liens entre les acteurs du réseau quels que soient leurs lieux d'exercice ;
- soutenir la pluridisciplinarité.

Deux rencontres, organisées par l'Équipe de Coordination Régionale en lien avec les équipes qui accueillent, ont eu lieu les 31 mars et 12 octobre 2016.

Elles sont organisées en mono-disciplinaire le matin et pluridisciplinaire l'après-midi. Cette dernière est présidée par le Président du Réseau.

Thèmes abordés en groupe pluridisciplinaire :

- Projets territoriaux et régionaux
- Loi Claeys-Léonetti
- Prise en charge du patient SLA
- Soins palliatifs et addiction aux opiacés

c- Le groupe de travail « Accueil des internes en structures de soins palliatifs »

Les professionnels de tous les départements participent à ce groupe.

Les échanges de groupe de travail ont abouti à :

- l'élaboration d'un document intitulé « *Accueillir un interne dans une structure de soins palliatifs : Principaux repères pratiques et pédagogiques* » (cf. annexe 8 p 200) et le travail se poursuivra en 2017

- kit accueil des stagiaires (annexe 8 p 200)
- projet pédagogique pour l'accueil des internes de MG sur EMSPA CHRO et l'EADSP 45
- réflexions sur l'accueil des externes au sein de structures de soins palliatifs

En 2017, le groupe de travail mènera une réflexion sur les enseignements transversaux en phase socle pour les étudiants du 3^{ème} cycle.

d- Organisation du 23^{ème} Congrès de la SFAP

Le congrès de la SFAP 2017 s'est déroulé pour la première fois à Tours du 22 au 24 juin 2017.

L'organisation générale du congrès a été portée au niveau régional par un secrétariat local, un comité organisationnel et un comité scientifique.

Le secrétariat local a été assuré par l'ECR tout au long de l'organisation du congrès, à savoir la préparation des réunions mensuelles des comités scientifiques et organisationnels (logistique, compte-rendu...), la recherche de partenariats, la gestion des relations avec l'ensemble des intervenants de plénières, semi-plénières, rencontres avec experts, ateliers...

Le comité organisationnel, co-présidé par Christianne ROY et Hubert PISSIER, est composé de Françoise ADICEOM (cadre de santé EHPAD de Semblançay), Nathalie ANANIAN (cadre de santé CH de Blois), Isabelle BETHYS (cadre de santé USP Luynes 37), Tony-Marc CAMUS, Claude CHADORGE (présidente de JALMALV 45), Dr Nicolas CHAPEL (médecin libéral 37), Noëlle CHAUVETTE (cadre de santé équipes mobiles et USP CHR d'Orléans 45), Dr Jacques DEBRIL, Anne FEUILLATRE-MORNAY (cadre de santé EMSP 41), Sophie FRADIN (cadre de santé UMASP 37), Dr Frédérique GAUQUELIN (EMSP 41), Stéphanie JULIENNE (bénévole JALMALV 37), Bénédicte LECLERC (chargée de congrès SFAP), Catherine MAGNON (IDE EADSP 37), Isabelle PECNARD (secrétaire EADSP 41), Thierry SECCHI (cadre de santé soins palliatifs Pôle de Santé Léonard de Vinci 37), Florence VAZOU-BELLAHCENE (psychologue Pôle de Santé Léonard de Vinci 37).

Il avait pour missions d'élaborer le programme d'animation sociale de l'ensemble du congrès ; de rechercher des fonds et suivre les budgets ; d'assurer la promotion du congrès ; de coordonner les liens avec la presse locale en lien avec le comité scientifique ; de mettre en place une soirée grand public et une soirée destinée aux congressistes.

Le comité scientifique, co-présidé par Tony-Marc CAMUS et Dr Nicolas CHAPEL, est composé de Stéphane AMAR (psychologue, CS de la SFAP), Dr Béatrice BIRMELE (directrice ERERC), Dr Pascale BLOUIN (PALLIENCE), Catherine BOUTI (IDE UMASP 37), Tanguy CHATEL (sociologue, CS de la SFAP), Dr Emmanuelle DAVID (EADSP 45), Jany FALHER (bénévole d'accompagnement JALMALV), Stéphanie GASNIER (psychologue EADSP 41), Anaïs GAUTHIER, Dr Pascal GAUTHIER (USP CH d'Orléans), Dr Sarah GLEY (EADSP 37), Dr Agnès HELIE, Brigitte HERISSON, Dr Godefroy HIRSCH (EADSP 41), Laurence LARIGAUDERIE (IDE EADSP 45), Dominique LE BRIQUET-GALLER, Aracéli LUSURIER (cadre de santé EMSP 28), Pr Donatien MALLET (USP Luynes 37), Isabelle de MEZERAC, Dr Daniel MOREAU, Chantal NEVES (présidente CD 28 ARESPEL), Hubert PISSIER, Aurélie POURREZ (CS de la SFAP), Catherine RENARD (bénévole d'accompagnement Alliance), Cécile ROBIN (assistante sociale ASSAD-HAD), Christianne ROY, Dr Alain URENA (Pôle de Santé Léonard de Vinci 37).

Il avait pour missions d'élaborer le programme scientifique ; d'inviter et coordonner les intervenants ; en lien avec le CO, rechercher des sponsorings pharmaceutiques et faire le lien avec la presse locale ; de définir le thème du congrès et de le faire valider par le conseil d'administration de la SFAP.

3EME PARTIE :

TABLEAUX SYNTHESE REGIONALE :
DONNEES CONTEXTUELLES SOCIODEMOGRAPHIQUES,
ACTIVITE DES EQUIPES

I- TABLEAUX RECAPITULATIFS : DONNEES DEMOGRAPHIQUES, FORMATIONS, ENSEIGNEMENTS, PUBLICATIONS

Tableau 1 : Données contextuelles, socio-démographiques et offre de soins palliatifs en région Centre-Val de Loire

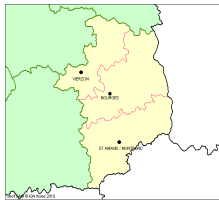
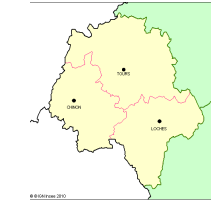
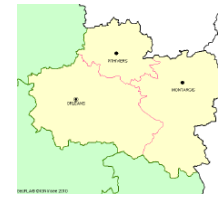
Source : Statiss 2016						
Données contextuelles	18 - Cher	28 - Eure-et-Loir	36 - Indre	37 - Indre-et-Loire	41 - Loir-et-Cher	45 - Loiret
Superficie (en km²)	7 235	5 880	6 791	6 127	6 343	6 775
Nombre d'habitants (01/01/2013)	311 650	432 967	228 091	600 252	332 001	665 587
Densité (nbr d'hab / km²)	43	74	33	98	532	99
Densité moyenne RC : 66						
% de personnes de 75 ans et plus (nb)	11,9 % (37 022)	9,1 % (39 229)	13,5 % (30 703)	10,3 % (61 724)	11,9 % (39 557)	9,3 % (61 690)
Moyenne d'âge des patients suivis par les équipes opérationnelles (an)	71,4	71	74,8	68,9	77	72,4
Nombre (01.01.2016)						
- médecins généralistes libéraux	235	300	184	674	287	521
- infirmiers libéraux	376	347	335	632	358	578
Densité (/100000hab)						
- médecins généralistes libéraux	75	69	81	112	86	78
- infirmiers libéraux	121	80	148	105	108	86
Nombre de décès (2013)	3 597	3 865	3 051	5 415	3 652	5 790
- % de décès par tumeur (nb)	29,8 % (1 073)	28,4 % (1 098)	27,9 % (853)	29,2 % (1 582)	30,5 % (1 113)	29,8 % (1 725)
Taux comparatif de mortalité prématurée par tumeur						
*Décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, années 2011-2012-2013						
- hommes	119,0	99,7	107,2	92,0	96,9	90,5
- femmes	66,1	61,5	64,7	56,3	64,2	54,3

Tableau 1 (suite) : Données contextuelles, socio-démographiques et offre de soins palliatifs en région Centre-Val de Loire

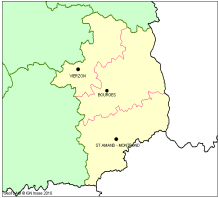
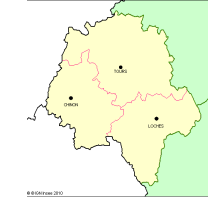
Source : Statiss 2016						
Données contextuelles	 18 - Cher	 28 - Eure-et-Loir	 36 - Indre	 37 - Indre-et-Loire	 41 - Loir-et-Cher	 45 - Loiret
Offre départementale en soins palliatifs :						
- Lits Identifiés de Soins Palliatifs	51 dont 40 en MCO ¹ et 11 en SSR ² répartis sur 6 institutions	53 dont 51 en MCO et 2 en SSR répartis sur 6 institutions	41 dont 29 en MCO et 12 en SSR répartis sur 7 institutions	56 dont 52 en MCO et 4 en SSR répartis sur 4 institutions	49 dont 32 en MCO et 17 en SSR répartis sur 7 institutions	84 dont 58 en MCO et 26 en SSR répartis sur 10 institutions
- EMSP	3 EMSP ³ intra hospitalières	2 EMSP intra hospitalières	1 EMSP intra hospitalière	2 EMSP intra hospitalières	2 EMSP intra hospitalières	2 EMSP intra hospitalières
- EADSP	1 EMSP (EADSP ⁴) territoriale	1 EMSP (EADSP) territoriale	1 EMSP (EADSP) territoriale	1 EMSP (EADSP) territoriale	1 EMSP (EADSP) territoriale	1 EMSP (EADSP) territoriale
Offre à vocation régionale :	1 Unité de Soins Palliatifs de 10 lits au CH de Luynes (37)					
	1 Unité de Soins Palliatifs de 10 lits au CHR d'Orléans (45)					
	1 Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques basée au CHRU de Tours (37)					
	1 Unité de Soins Palliatifs de 12 lits en cours de création au CH de Blois (41)					
	1 Unité de Soins Palliatifs de 11 lits en cours de création au CH de Bourges (18)					

Tableau 2 : Données institutionnelles des Équipes Mobiles de Soins Palliatifs en région Centre (EMSP, EADSP)*

Données institutionnelles	18 - Cher	28 - Eure-et-Loir	36 - Indre	37 - Indre-et-Loire	41 - Loir-et-Cher	45 - Loiret
Catégorie professionnelle						
- Médecins	1,6 ETP ⁵	2,5 ETP	2 ETP	3,3 ETP	2,5 ETP	4 ETP
- Cadres de santé	ETP partagé	ETP partagé	0 ETP	ETP partagé	ETP partagé	ETP partagé
- IDE	5,4 ETP	4,8 ETP	4 ETP	5,3 ETP	6,25 ETP	5,8 ETP
- Psychologues	1,75 ETP	2,5 ETP	1,25 ETP	2,3 ETP	2,8 ETP	1,75 ETP
- Secrétaires	2,1 ETP	2,5 ETP	1,2 ETP	2 ETP	2,2 ETP	1,4 ETP
- Assistante sociale	0,5 ETP	0,2 ETP	/	0,6 ETP	/	0,3 ETP
- Psycho esthéticienne	0,2 ETP	/	/	/	/	/
Formations obtenues						
- Médecins	3 DU ⁶ SP	4 DU SP	1 DU SP	2 DU SP	2 DU SP	5 DU SP
- Cadres de santé	1 DU SP	/	/	/	/	2 DU SP
- IDE	6 DU SP	4 DU SP	1 DU SP + 1 en cours	3 DU SP	3 DU SP	5 DU SP
- Psychologues	1 DU SP	3 DU SP	/	1 DU SP	1 DU SP	/
- Secrétaires	Sensibilisation ⁷	Sensibilisation	Sensibilisation	Sensibilisation	Sensibilisation	Sensibilisation
- Assistante sociale						
*Pour Pallience et les USP du CH de Luynes et du CHR d'Orléans, vous trouverez les données dans la 4ème partie "Activité des structures de niveau régional : USP et PALLIENCE" .						
¹ MCO : Service de soins hospitaliers Médecine-Chirurgie-Obstétrique						
² SSR : Service de Soins de Suite et de Réadaptation						
³ EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs intra hospitalière						
⁴ EADSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs extra-hospitalière nommée Équipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs						
⁵ ETP : Equivalent Temps Plein						
⁶ DU SP : Diplôme Universitaire en Soins Palliatifs						
⁷ Sensibilisation : Apport de connaissances en interne par les professionnels de l'équipe						

Tableau 3 : Sensibilisations/ Formations

<i>Equipe</i>	<i>Thème</i>	<i>Structure ou service concerné</i>	<i>Nombre de participants</i>	<i>Volume horaire</i>
<i>EADSP 18</i>	Formation soins palliatifs	SSIAD	14	21
	Formation soins palliatifs	EHPAD	11	21
	Présentation EADSP au CH de Bourges	Hôpital Jacques Cœur	150	1,5
	Questionnement pour mémoire soins palliatifs	IFSI	1	1
	Journée éthique	Hôpital Jacques Cœur	NR	2
<i>EMSP Bourges</i>	NR	NR	NR	NR
<i>EMASP St Amand</i>	Lois et fonctionnements EMASP	Tous les services du CH de St Amand	13	2
	Fin de vie vs soins palliatifs	Tous les services du CH de St Amand	15	2
	Critères d'inclusion	Médecine polyvalente et médecine gériatrique	12	2
	Formation Snoezelen	Médecine polyvalente et médecine gériatrique	NR	5
	Formation bénévoles soins palliatifs	Bénévoles soins palliatifs	10	2
	Journées mondiales de soins palliatifs	Tout public	NR	5
<i>EMSP Vierzon</i>	Douleur de la personne âgée	EHPAD CH de Vierzon	17	2
	Douleur : Protocole CLUD	Tous soignants du CH de Vierzon	10	2
	Formation douleur – Nouveaux professionnels	CH de Vierzon	8	2
	Cancer et dépression	Tous soignants du CH de Vierzon	15	2
<i>EADSP 28</i>	Douleur : outils d'évaluation	SSIAD NLR	14	2
	Douleur : outils d'évaluation	EHPAD de BROU	7	2
	Définition des soins palliatifs, soins de confort, douleur, loi Léonetti, soutien et accompagnement du résident, accompagnement des familles, souffrance des soignants	ARS , EHPAD d'Anet, EHPAD de Brezolles, EHPAD de Gallardon, EHPAD Authon du Perche, EHPAD Les jardins de Chartres	11	18
	Définition soins palliatifs, soins de confort, éthique et loi Léonetti	EHPAD de Maintenon, EHPAD Fontaine la guyon, EHPAD Nogent Le Roi, EHPAD Pontgouin	11	6
	Directives anticipées, personne de confiance	Clos du Roy	6	3
	Diffusion film position 3/4	EHPAD de Brezolles		2
	Présentation réseau + équipe EADSP	EHPAD La Loupe		3
	Définition soins palliatifs, soins de confort, douleur, loi Léonetti, Soutien et accompagnement du résident, Accompagnement des familles, souffrance des soignants	ARS, EHPAD Nogent Le Roi, EHPAD jardins d'automne, EHPAD Gallardon	12	18

	Définition soins palliatifs, soins de confort, Loi Léonetti	EHPAD de Maintenon	13	6
	Présentation réseau + équipe EADSP + questions diverses	CH Châteaudun	17	2
	Personne de confiance, directives anticipées, fin de vie	Foyer logement Léo Lagrange	15	2
	MIDOZOLAM + Douleur	EHPAD Vernouillet les jardins d'automne	11	2
EMSP Chartres	Sensibilisation au deuil / Présentation groupe deuil EMSP	Assistants sociaux - RVE	NR	1
	Soins palliatifs, repères théoriques et analyse des pratiques	CH Chartres	10	28
	Soins palliatifs : penser, analyser, améliorer les pratiques	CH Chartres	11	56
	Groupe de parole pour malades atteints de polyarthrite	CH Chartres	10	1
	Journée des associations « Permanence ARESPEL »	CD 28/ ARESPEL	NR	7
EMSP Dreux	Soins palliatifs	CH Dreux	30	105
	Les mécanismes de défenses dans la relation soignant/soigné	Université Pierre et Marie Curie DU SP PARIS		6
	La posture du professionnel de santé en soins palliatifs	LILLE		2
	Les aspects corporels du contre transfert dans les équipes de l'extrême	PARIS		4
	Les proches et le cancer	MANTES LA JOLIE		4
	Intervention sur l'atelier sur la « maladie grave/ participation au colloque Paris VII »			7
	Les mécanismes de défense dans la relation soignant/soigné			4
	Intervention au DU soins palliatifs de Rouen	ROUEN		4
EADSP 36	Formation soins palliatifs gériatriques auprès de professionnels des EHPAD, en lien avec le CODESPA 36 : présentation des soins palliatifs/ les douleurs induites par les soins/ alimentation et hydratation en fin de vie/ l'accompagnement des personnes en fin de vie et leur famille/ les droits des malades/ éthique et fin de vie.	EHPAD de l'Indre	19	42,5
	Formation "Douleurs induites par les soins"	CLUD Issoudun	21	2

	Intervention sur l'accompagnement des personnes en deuil	CH Bourges	50	0,5
	Intervention sur la personne de confiance, des directives anticipées, pourquoi ?	Résidence DOMITYS Châteauroux	52	2
	Formation d'animateurs dans le cadre de futurs cafés-échanges sur la fin de vie	Contrat local de santé de la Brenne	NR	2,5
	Présentation de l'EADSP 36	Coordination gérontologique du canton de Neuvy St Sépulchre	16	2
	Information sur la sédation	HAD Châteauroux + antenne du Blanc et Chatillon sur Indre	16	1,5
EMSP Châteauroux	Formation interne des soignants 1ère session	CH de Châteauroux	11	15
	Formation interne des soignants 2ème session	CH de Châteauroux	14	15
	Formation interne des soignants 3ème session	CH de Châteauroux	15	15
	Formation interne des soignants 4ème session	CH de Châteauroux	13	15
	Formation des internes en médecine générale	CH de Châteauroux	10	8
EADSP 37	Définitions SP / Aspects législatifs / Prise en charge de la douleur / SP terminaux	EHPAD La Vasselière	13	4
	Présentation réseau et EADSP	SSIAD Richelieu	19	1
	SP terminaux	Clinique Alliance	7	1
	Prise en charge des patients en fin de vie	SSIAD Richelieu	7	2,5
	Définition soins palliatifs et soins palliatifs terminaux	SSIAD de Chambray	24	2
	Le deuil	EHPAD Clos St Vincent	11	1
	Directives anticipées	Clinique Alliance	9	2
EMSP Chinon	Formation information loi Claeys Leonetti	Services de soins de suites	51	NR
	Formation MEOPA	Services CH du Chinonais (pédopsychiatrie, USLD, médecine, EHPAD)	42	NR
	Formation référents CLUD		NR	NR
	"Soins palliatifs"	Soignants de tous services du CH du Chinonais	19	28
	Prise en charge de la douleur	Soignants de tous services du CH du Chinonais	18	20
	Forum des soins : stand sur les directives anticipées	CH du Chinonais	NR	NR
	Douleur de la personne âgée	Professionnels de santé CHU Loches	NR	NR
	Change Pain	FMC Médecins généralistes	NR	NR
	LIPS	FMC Médecins généralistes	NR	NR

UMASP Tours	Présentation des structures	Etudiants CH de Vierzon	10	2
	Présentation des structures	USP Luynes	NR	1,5
	Loi Claeys Léonetti	Soignants pôle tête et cou CHRU Tours	NR	1
	Loi Claeys Léonetti	Médecins pôle cancéro CHRU Tours	NR	1
	Loi Claeys Léonetti	Soignants pôle médecine CHRU Tours	NR	1
	Loi Claeys Léonetti	Soignants pôle cancéro CHRU Tours	NR	1
	Dispositif d'annonce soins de support et démarche palliative		20	6
	Soins palliatifs et SAU	Urgentistes	NR	1
	Visite PSLV		5	2
	Entretiens avec les élèves du lycée Léonard de Vinci		2	1,5
	Espace des usagers		NR	4,5
	Initiation aux soins palliatifs	Tous soignants du CHRU	20	28
	Sensibilisation aux soins palliatifs	Internes de médecine		2
	Journées mondiales de SP	Tout public		9
EADSP 41	Analyse de cas concrets	EHPAD Leguéré-Viaux (Savigny/Braye)	10	1
	Prise en charge des symptômes d'inconfort en fin de vie et traitements	EHPAD Bon Secours	9	1,5
	Analyse de cas concrets	SSIAD de Noyers/Cher - ADMR	14	2
	Les soins palliatifs...Pour qui? Quand? Pourquoi ? Comment?	Institut Médical de Sologne (Lamotte-Beuvron)	14	4
	Utilisation des PCA	CH de Blois	15	2
EMSPA Blois	Formation à la démarche palliative	CH de Blois	16	35
	Ateliers gérontologiques lors de la journée départementale d'échanges gérontologiques « éthique au quotidien »	CH de Blois	50	3.5
	Formation Flash « utilisation des morphiniques »	CH de Blois, EHPAD Oasis	10	0.75
	Formation Flash « soins de bouche »	CH de Blois / EHPAD Orangerie	9	0.75
	Formation Flash « que répondre au patient/aux proches ? »	CH de Blois / Service de cardiologie	11	0.75
	Personne de confiance	CH de Blois / Cardiologie	10	1
	Formation CLUD : PCA	CH de Blois / Onco hémato	30	4

	Formation Flash « soins de bouche »	CH de Blois / USLD La Cisse	14	0.75
	Formation Flash « que répondre au patient/aux proches ? »	CH de Blois / USLD La Cisse/ Le Loir	14	0.75
	Loi Claeys-Leonetti	CH de Blois / réanimation	20	1
EMSP Vendôme	Formation à la démarche palliative	Soignants CH Vendôme	NR	42
	Formation douleur	Soignants CH Vendôme	NR	28
	Atelier Kalinox/PCA	Soignants CH Vendôme	12	2
	Réunions correspondants SP	Soignants CH Vendôme	NR	4,5
	Sensibilisation Hypnose	Soignants CH Vendôme	NR	6
	Tables rondes / Amélioration de la prise en charge palliative	NR	30	3
	Demande d'intervention d'IDE EMSP par JALMALV sur le thème « Accompagner les derniers instants »	NR	NR	1,5
EADSP 45	Evaluation N+1 Formation 7 Modules	Pôle santé Oréliance - Saran	10	2
		EHPAD P. Mondine - Outarville	8	12
		SSIAD ADMR Loiret - Châteauneuf s/ Loire	13	16
		EHPAD G. Gérard - St Benoit s/ Loire	9	16
		SSR Les Buissonnets - Olivet	6	2
	Nouvelle formation DPC	EHPAD Fond humanitaire polonaise – Lailly en Val	9	21
		EHPAD L'aubinière – La ferté St Aubin SSIAD et Aide à domicile Résidence d'hébergement temporaire La Rabolière	14	21
	Prise en charge de la douleur	FAM L'Herbaudière – Meung s/ Loire	5	1,6
	Annonce du décès à la famille et accompagnement des proches et des résidents dans les derniers moments	EHPAD Le doyenné du baron - Orléans	13	1,5
	Présentation d'équipe	Maison de la santé pluridisciplinaire – Châteauneuf s/ Loire	2	1
		MAS Les Saulniers – Boigny s/ Bionne	15	2
		EHPAD Les jardins de Sido – Chatillon Coligny	3	1,25
		Auxi'life	2	0,5
		HAD ASSAD – (2 sessions)	15	2,75
		EHPAD Résidence du port – St Denis de l'Hôtel	3	1
		Table ronde EMSP/CHRO (2 sessions)	35	3
EMSPA Montargis	Prise en charge de la douleur en psychiatrie	Soignants du CHAM	17	2
	Les soins palliatifs	Soignants du CHAM	33	28
	La relation d'aide	Soignants du CHAM	20	14
	Initiation à l'éthique	Soignants du CHAM	32	14
	Approche des soins palliatifs	Soignants CH Pithiviers	22	7
EMSPA	Formation PCA	Soignants du CHRO	14	6

Orléans	Tutorat PCA	Soignants du CHRO	20	5
	Formation DPC SP	Soignants du CHRO	80	126
	Sensibilisation soins palliatifs	Soignants service orthopédie du CHRO	10	1
	Sensibilisation titration douleur	Soignants services dermato/endo/pneumo/oncoméd/oncoradio du CHRO	8	2
	Formation dyspnée/sédation	Soignants services infectiologie/hémato/pneumo/gastro du CHRO	24	7
	Formation douleurs induites par les soins	Soignants des services infectiologie/HTCD du CHRO	8	1

Tableau 4 : Formations à la demande d'un institut de formation de professionnels de santé :

Equipe	Thème	Structure ou institut concerné	Nombre de participants	Volume horaire
EADSP 18	Démarche palliative et loi Léonetti	IFSI/IFAS	140	13
	Deuil/Mécanismes de défense/ Euthanasie	IFSI/IFAS	140	12
	Présentation des soins palliatifs/ Maltraitance/Mort de l'enfant	IFSI	15	3
	Relation dans le soin	IFAS	54	3
	Cas cliniques	IFSI	70	5
	Travaux dirigés	IFSI	70	3,5
EMSP Bourges	NR	NR	NR	NR
EMASP St Amand	Présentation soins palliatifs	IFAS AS	20	3
	Présentation soins palliatifs	IFAS ASG	10	3
EMSP Vierzon	Introduction aux soins palliatifs	IFSI Vierzon	45	20
	Introduction aux soins palliatifs	IFAS Vierzon	35	9
	Douleur	IFSI Vierzon	45	8
EADSP 28	Présentation EADSP + missions et prise en charge à domicile en SP	IFSI Dreux	72	1.5
	Douleur (Présentation + traitement)	IFSI Châteaudun	30	2
EMSP Chartres	Soins Palliatifs	ANFH Centre		28
	Soins palliatifs : définition	IFAS		1,5
	Le malade en fin de vie	IFAS		2
	Souffrance psychologique des patients dans une prise en charge palliative	IFAS		1,5
	Accompagnement des proches dans une prise en charge palliative	IFAS		3
	Mécanismes de défense 13/12- EIDE 1e année	IFSI Chartres		2
	Représentations et définition des soins palliatifs / Législation loi 2 février 2016 - EIDE 3e année	IFSI Chartres		2
	Accompagnement des proches dans une prise en charge palliative - EIDE 3e année	IFSI Chartres		4
	Enjeux psychologiques pour les familles- EIDE 3e année	IFSI Chartres		3

	Idéal du soin, gestion des émotions - EIDE 3e année	IFSI Chartres		1,5
EMSP Dreux	Module 3ème année Soins Palliatifs	IFSI		23
EADSP 36	Formation "Soins palliatifs et fin de vie" et "le deuil"	IFSI CH Châteauroux	70	7,75
	Formation "douleurs induites par les soins"	FMC Châteauroux	11	2
	Formation "douleurs induites par les soins et les symptômes des 48 dernières heures"	FMC La Châtre	22	1,25
	Formation soins palliatifs	Formation continue CH Le Blanc	9	3
	Cours DIU Soins Palliatifs sur le deuil	Faculté de Médecine de Tours	25	6
	Formation des EAS sur le thème des soins palliatifs : présentation des SP et du réseau régional, missions de l'EADSP 36, souffrance des soignants, burn-out face à la fin de vie	IFAS CH du Blanc	36	7
	Formation d'EAS : présentation des missions de l'EADSP 36 et échanges sur la fin de vie	IFAS Lycée Les Charmilles Châteauroux	18	3
	Formation d'EASSP : présentation des missions de l'EADSP 36 et échanges sur la fin de vie	IFAS Lycée Les Charmilles Châteauroux	15	3
	Soutenance mémoire ESI 3e année "L'attachement dans la prise en soins d'un patient en fin de vie"	IFSI Le Blanc	1	1,5
	Soutenance de mémoire ESI 3e année "Les difficultés du soignant face à un refus de traitement en SP"	IFSI Le Blanc	1	1,5
EMSP Châteauroux	Formation soins palliatifs et fin de vie	IFSI	64	6,25
	Formation soins palliatifs et fin de vie	IFAS	74	15
EADSP 37	Soins palliatifs et besoins des personnes en fin de vie (2 sessions)	AFPA Veigné	21	4
	Formation auprès des généralistes	Loches	15	2
	Etudiants faculté de pharmacie	Faculté de pharmacie Tours	45	3
	Etudiants faculté de médecine	CHRU Tours	30	9
	Anthropologie de la mort	Formation CHRU Tours	23	1
	Ethique, alimentation et fin de vie	Formation CHRU Tours	23	3,5

	Souffrance, douleurs et symptômes	Formation CHRU Tours	23	3,5
	Construction du devenir	Formation CHRU Tours	23	2
	Souffrance des soignants	Formation CHRU Tours	23	3,25
	Apport théorique	Formation CHRU Tours	23	2,25
	Accompagnement et soutien psychologique	Formation CHRU Tours	23	3,5
	Symptômes gênants – Douleur, souffrance	Formation CHRU Tours	23	3,5
<i>EMSP Chinon</i>	UE 5 : Douleur et Soins Palliatifs	Faculté de Médecine de Tours		12
	Cours DIU SP			12
	DIU de Soins Palliatifs - Comité pédagogique, jury de mémoire, guidance de mémoires			
<i>UMASP Tours</i>	Traitements antalgiques et soins palliatifs	IFSI du CHRU Tours		1,5
	Table ronde sophrologie hypnose	IFSI du CHRU Tours		2
	Soins de support	IFSI du CHRU Tours		2
	Loi et soins palliatifs	IFSI du CHRU Tours		1,5
	Table ronde FMC	IFSI du CHRU Tours		1,5
	Alimentation - Hydratation	IFSI du CHRU Tours		2
	Soins de support	Centre de formation des préparateurs en pharmacie hospitalière	20	2
	Sensibilisation aux soins palliatifs	IFSI Croix Rouge (étudiants ergothérapeutes)	NR	3
	Soins de support	IFSI Amboise	30	1,5
	Présentation des soins palliatifs	CODES (socio-esthétique)	NR	4
	DESC Médecine Palliative	Paris	20	8
	Jury concours entrée	IFSI et IFAS CHRU tours	34	24
	Jury de mémoire DU SP	IFSI CHRU Tours		4
	Jury de mémoire	IFSI Amboise	1	2
	Entretien mémoire IDE	-	2	2
	Jury admission concours AS 2016	IFAS CHRU Tours		2
	TFE	IFSI CHRU Tours	1	2
	Cours	Ecole Sages-femmes		2,5
	Souffrance et soins palliatifs	Faculté de Médecine de Tours		3
	DIU de Soins Palliatifs - Atelier réflexif	Faculté de Médecine de Tours		14,5
	DIU de Soins Palliatifs	Faculté de Médecine de Tours	Promo	3,5
	DIU de Soins Palliatifs - Ethique	Faculté de Médecine de Tours	Promo	3
	DIU de Soins Palliatifs - Jury de mémoire	Faculté de Médecine de Tours		3

	DIU de Soins Palliatifs - Comité pédagogique	Faculté de Médecine de Tours		8
	Examens UE5 (étudiants de médecine)	Faculté de Médecine - Pharmacie de Tours	Promo	4
	Certificat de compétence clinique (étudiants de médecine)	Faculté de Médecine - Pharmacie de Tours	Promo	4
	ED Sciences Humaines L3 Médecine	Faculté de Médecine - Pharmacie de Tours	Promo	10
	DPRSH Ethique L3 Médecine	Faculté de Médecine - Pharmacie de Tours	Promo	2
	Introduction aux SP DFAMS 1	Faculté de Médecine - Pharmacie de Tours	Promo	3
	ED Soins Palliatifs DFAMS 1	Faculté de Médecine - Pharmacie de Tours	Promo	9
EADSP 41	Accompagnement de la fin de vie	CFA Assistant de vie aux familles	7	3
	Mort et culture(s)	IFSI Blois	60	2
	Soins palliatifs (généralités)	IFSI Blois	Promo complète	4
	Les symptômes gênants	IFSI Blois	Promo complète	4
	Cas concrets (2 sessions)	IFSI Blois	Promo complète	3
	ED Soins Palliatifs (3 sessions)	Faculté de Médecine de Tours	35 étudiants	9
	DIU de SP : Historique des soins palliatifs	Faculté de Médecine de Tours	35 étudiants	3
	DIU de SP	Faculté de Médecine de Lille	18 étudiants	3
	Master de SP	Faculté de Médecine - Paris	7 étudiants	3
EMSPA Blois	Vécu psychologique	IFAS de Blois	82 étudiants	4
	Concepts en soins palliatifs-présentation du réseau	IFSI de Blois	Promo 3 ^{ème} année (127 étudiants)	4
	Culture et mort	IFAS de Blois	82 étudiants	2
	Les symptômes gênants	IFAS de Blois	82 étudiants	4
	Analgésie et soins palliatifs	IFSI de Blois	Promo 3 ^e année (127 étudiants)	2
	Lieux de réflexion éthique	IFSI de Blois	Promo 2 ^e année (119 étudiants)	1.5
	Loi Claeys-Leonetti	IFSI de Blois	Promo 2 ^e année (119 étudiants)	2
	Enseignements dirigés d'éthique	IFSI de Blois	Promo 2 ^e année (119 étudiants)	9
	Thérapeutiques en soins palliatifs	CHB gastro	4 Internes	1

	Démarche éthique au quotidien	IFSI de Blois	Promo 2 ^e année (119 étudiants)	2
	Régulation d'une situation clinique	IFSI Blois	Promo 2 ^e année (119 étudiants)	1.5
	La recherche en soins infirmiers	IRFSS Chambray lès Tours	--	4
	DIU soins palliatifs / initiation réflexion éthique/ Loi Claeys-Leonetti	Université François Rabelais TOURS	Promo DIU SPA (30 étudiants)	3.5
	DIU Soins palliatifs : séminaire de guidance de mémoires réflexifs	Université François Rabelais TOURS	Promo DIU SPA (30 étudiants)	3.5
	DIU SP / éthique : demandes de mort	Université François Rabelais TOURS	Promo DIU SPA (30 étudiants)	3.5
	Formation DPC / Troubles de la déglutition	IFSI / Tout professionnel	NR	1.5
<i>EMSP Vendôme</i>	Formation « Douleur et souffrance en soins palliatifs »	IFSI Amboise	NR	4,5
	Formation douleur	Aides-soignants IFSI Blois	NR	NR
<i>EADSP 45</i>	Echanges sur l'euthanasie - EIDE 3 ^e année	IFPM	NR	7
	Relation communication soins palliatifs	IFPM	Promo AS	7
	Cancérologie et soins palliatifs - EIDE 3 ^e année	IFPM	14	1,5
	Législation, éthique, déontologie, loi Léonetti, directives anticipées - EIDE 2 ^e année	IFPM	54	6
	Législation, éthique, déontologie, loi Léonetti, directives anticipées – Préparation à l'évaluation - EIDE 2 ^e année	IFPM	NR	8
	Participation au TIR (2 sessions)	IFPM	2 (2x1)	4 (2x2)
	TIR : "La distance : une longue route à parcourir"	IFPM	1	2
	TIR : "L'alimentation dans les soins palliatifs : un soin complexe"	IFPM	1	2
	Soins palliatifs : Historique et définition – EIDE 3 ^e année	IFPM	NR	2,25
	Soins palliatifs et fin de vie : Régulation de travail sur les exposés	IFPM	40	4
<i>EMSPA Montargis</i>	NR	NR	NR	NR

<i>EMSPA Orléans</i>	Formation éthique	IFPM	320	28
	Douleur SP EIDE	IFPM	337	16
	UPAC EIDE 3 ^e année	IFPM	164	4
	Ambulanciers Soins palliatifs/Douleur	IFPM	57	32
	Sociologie de la mort	IFPM	164	8
	Module obligatoire SP EIDE Symptômes pénibles	IFPM	164	16

Tableau 5 : Stagiaires accueillis

Equipe	Catégorie professionnelle du stagiaire accueilli	Type de formation	Durée du stage
EADSP 18	Aide-soignante	Stage DU SP	1 jour
	Médecin	Stage découverte du service	4 jours
	Internes	Stage découverte du service	4 jours
EMSP Bourges	/	/	/
EMASP St Amand	EAS	IFAS	2 jours
	EIDE	IFSI	1 jour
EMSP Vierzon	Médecin	DIU SP	5 jours
	Médecin	DIU SP	5 jours
EADSP 28	Internes	Internat	2 x 1 semaines
EMSP Chartres	/	/	/
EMSP Dreux	IFSI 2 ^{ème} année	3 (D.E IDE)	45 jours
	IFSI 3 ^{ème} année	4 (D.E IDE)	100 jours
	Interne en médecine		2*6 mois
EADSP 36	Etudiant Master II de Psychologie	Stage Master II Psychologie	26 jours en 2016 (débuté en 2015)
	IDE en DU SP	Stage DU SP	5 jours
	AS en DU SP	Stage DU SP	10 jours
	AS en DU SP	Stage DU SP	10 jours
	ESI 3e année	IFSI Stage 3 ^e année	10 semaines
	ESI 3e année	IFSI Stage 3 ^e année	10 semaines
	ESI 2 ^e année	IFSI Stage 2 ^e année	4 semaines
EMSP Châteauroux	EIDE	IFSI	5 semaines
	EIDE	IFSI	5 semaines
EADSP 37	IDE EHPAD Croix Périgourd	DIU SP	1 semaine
	IDE coordinatrice onco 37	Master 2 « Recherche en SP, éthique, maladies graves »	2 semaines
EMSP Chinon	/	/	/
UMASP Tours	Internes	Faculté de Médecine	12 mois (2 x 6 mois)
	IDE en DIU SP		5 jours

	Stagiaire DFASM1		5 jours
	IDE en DIU Douleur		1 jour
	Externes		10 jours (2 x 5 jours)
<i>EADSP 41</i>	EIDE 3 ^e année	IFSI Blois	1 semaine/35h
	IDE (EHPAD L'orée des pins)	DIU SP	1 semaine/35h
	Interne Médecine Générale (IMG)	6 ^{ème} semestre DES Médecine Générale	6 mois (du 02/05/2016 au 31/10/2016)
	Interne Médecine Générale (IMG)	5 ^{ème} semestre DES Médecine Générale	6 mois (du 02/11/2016 au 30/04/2017)
<i>EMSPA Blois</i>	Médecin	DIU SP Tours	5 jours
	IDE	DIU SP Tours	5 jours
	Interne médecine générale	4 ^{ème} semestre DES Médecine générale	6 mois (du 01/11/2015 au 30/04/2016)
	IMG	3 ^{ème} semestre DES médecine générale	6 mois (du 01/05/2016 au 30/10/2016)
	IDE	IFSI CH de Blois 3 ^{ème} année	8 semaines
	Psychologue	Faculté Paris Descartes Master 2	6 mois (2j/semaine) du 01/10/2015 au 31/03/2016
	Etudiante art-thérapeute	Ecole d'art-thérapeute	Stage d'observation d'une semaine
<i>EADSP 45</i>	Interne USP	Observation	3 journées
	Interne USP	Observation	5 journées
	IDE	Formation SP/EMSP	1 journée
	IDE	Formation SP/EMSP	1 journée
	Aide-soignante	Formation SP/EMSP	1 journée
	EIDE 3e année	Observation	2 journées
	EIDE 3e année	Observation	2 journées
	EIDE 3e année	Observation	2 journées
	EIDE 3e année	Observation	2 journées
	EIDE 3e année	Observation	1 journée
	EIDE 3e année	Observation	1 journée
<i>EMSPA Orléans</i>	Interne USP	Stage immersion	70h
	Interne USP	Stage immersion	70h
	IDE	DU SP Tours	7h
	Médecins, IDE, AS, psychologues, pharmaciens, internes (7 stagiaires)	Stage immersion DPC SP	49h
	EIDE 3 ^e année (9 élèves)	Stage pratique	126h
	Etudiante BTS	Encadrement mémoire SP	2,5h
<i>EMSPA Montargis</i>	/	/	/

6. Communications, Publications et Recherche

- *Membres de l'EADSP 36 :*

« Collégialités dans les situations difficiles » lors du congrès sur « les traitements chez les patients pauci-relationnels : quelles limites ? » organisé par le SMPR du CH Issoudun, le 30 septembre 2016

- *Membres de l'EADSP 37 :*

Présentation éventail soins de bouche par les IDE en juin 2016 au congrès de la SFAP de Dijon.

- *Membres de l'UMASP de Tours :*

➤ Recherche :

- Inscription au sein d'une équipe de recherche labellisée
 - Unité INSERM 1246-SPHERE : MethodS for Patients-centered outcomes and HEalth REsearch, Universités de Tours et de Nantes
 - RIRESP : réseau international de recherche éthique en soins palliatifs, Université de Louvain (Belgique)
- Inscription au sein d'une équipe de recherche non labellisée
 - Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP) :
 - Création d'une plate-forme numérique de e-learning en lien avec la SFAP
 - Comité de lecture : *Douleur soins palliatifs et accompagnements*, Ed. Med-Line (août 2016)
 - Conseil Scientifique de la SFAP : réunion téléphonique mensuelle, rencontre physique trimestrielle
- Travaux de recherche et appel à projets
 - Investigateur coordonateur : Protocole SPPAC, Satisfaction des Patients en Phase Avancée de Cancer, validation transculturelle et psychométrique d'une version française du questionnaire FAMCARE-Patients
 - Bourse recherche SFAP
 - Bourse Fondation de France
 - Bourse Ligue contre le Cancer Grand Ouest
 - Bourse Fonds pour les Soins Palliatifs
 - Mémoire de Master 2 Recherche Médecine Palliative : Satisfaction des Patients en Phase Avancée de Cancer, validation transculturelle et psychométrique d'une version française du questionnaire FAMCARE-Patients
 - Travaux de recherche PHRIP « éventail soins de bouche » débuté fin d'année 2016

➤ Publications :

- Mallet D, Chaumier F, *“Ethique, psychique, pratique, sociétale : quatre fonctions pour les directives anticipées”*, Laennec 2016/3 (68)
- Chaumier F, Gyan E, Hérault B, Mallet D, *“Acute myeloblastic leukemia in the elderly: How could palliative care teams and hematologists work together?”* J Palliat Med. 2016 Sept; 19(9):906-7
- Chaumier F, Gyan E, Hérault B, Mallet D, EAPC2016: Abstracts: *“How could hematologists and palliative care physicians better work together? Example of acute myeloblastic leukemia in the elderly”*. Palliat Med. 2016 June; 30(6): pp NP1-401

- Chaumier F, Touzet L, Olivereau S, Mallet D, "Prevalence of palliative patients with cancer treatment and high levels of discomfort in a French cancer center: is there a paradox?" J Palliat Med. 2016 May; 19(5):477-8
- Mallet D, Chaumier F, "Medicine, limits and society: Ethical questions and practical tracks." Psycho-Oncol. 2016 Mar ; 10:23-29
- Mallet D, Chaumier F, "Deep and continuous sedation: where are we?" Rev Prat. 2016 Mar; 30(957):210-211

➤ Communications scientifiques et grand public :

- Société Française d'Hématologie, Paris : Soins Palliatifs et Hématologie, vers une plus grande collaboration ? Exemple de la leucémie aigüe myéloblastique du sujet âgé, Chaumier F, Gyan E, Hérault, Mallet D, Séance d'actualité éthique, 23/02/2016
- Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Dijon : Soins Palliatifs et Hématologie, vers une plus grande collaboration ? Chaumier F, Gyan E, Mallet D. Atelier B6, 17/06/2016
- Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Dijon : Définition des soins palliatifs, épidémiologie et représentations en cancérologie. Chaumier F, Olivereau, Mallet D. Poster affiché, 17 au 19/06/2016
- European Association of Palliative Care, Dublin: How could hematologists and palliative care physicians better working together? Example of acute myeloblastic leukemia in the elderly (P087)
- Journée Mondiale des Soins Palliatifs, Tours: Loi Claeys Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des maladies et des personnes en fin de vie: regards croisés entre un médecin et un juriste (7 octobre 2016)
- Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Dijon : Eventail des soins de bouche. Discepoli B, Magnon C, Bouti C, Turzan O.

➤ Dynamique institutionnelle et réseau :

- Universitaire :
 - UE 5 : co-référent pédagogique Soins Palliatifs, plate-forme SIDES (F. Chaumier)
- Hospitalière :
 - COPS : membre titulaire (médecins non urgentistes) (F. Chaumier)
 - CME : membre titulaire du Collège N°5 (F. Chaumier)
 - Commission Innovation : soins de support (F. Chaumier)
 - CSSIRMT : 2 membres titulaires (cadre et IDE) (S. Fradin et B. Discepoli)
- Réseau de soins palliatifs en région Centre-Val de Loire :
 - Membre titulaire du Comité de Pilotage Régional (F. Chaumier)

○ Membres de l'EADSP 41 :

➤ Publication :

- G. Hirsch « Soins palliatifs et accompagnement à domicile : Quelles places respectives et quels liens entre les acteurs ? », Revue - Jusqu'à la mort accompagner la vie - Le domicile une fin en soi ?, N° 127 – décembre 2016

➤ Communication :

- Journée régionale Ethique – FEHAP Centre – Val de Loire, « La loi du 2 février 2016 : Quels changements pour les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ? », G. Hirsch, 16 septembre 2016 à Blois
- Forum Santé Blois, participation à la conférence-débat « Quels médecins pour demain ? » et participation à la table ronde, G. Hirsch, 1^{er} décembre 2016

- 10^{ème} congrès de Médecine Générale France à Paris, « Directives anticipées : en pratique, comment faire ? », G. Hirsch, 02 avril 2016

- *Membres de l'EMSP de Vendôme :*

- Article du Dr Bitsindou rédigé dans Info Hop journée mondiale
- Conférence « *Les soins palliatifs au CHV, encore plus de vie* »
- Elaboration d'un document qui explique les liens entre le réseau national, le réseau régional soins palliatifs et les équipes mobiles soins palliatifs du département par Mme Droguet (IDE) et par Mme Porchet (AMA) le 22 mars 2016

- *Membres de l'EMSPA de Blois :*

- *Travail de recherche territoriale infirmier sur la sédation en lien avec les équipes de l'EADSP 41 et de l'EMSP Vendôme, animé par le cadre de santé des équipes transversales, Mme Feuillâtre-Mornay*
- *Communication lors de la réunion régionale interéquipes de soins palliatifs à Orléans avec présentation de la Loi Claeys-Leonetti par Nicole Pilon (IDE EMSPA), Dr Gauquelin (médecin EMSPA), en collaboration avec le Dr Chaumier de l'UMASP du CHU de Tours. Animation d'un temps d'échange avec les différents professionnels sur les premiers retours dans la pratique.*
- *Présentation du travail réflexif réalisé dans le cadre du DIU SPA par Nicole Pilon à la journée régionale interéquipe Orléans.*

- *Membre de l'EMSP de Dreux :*

- « *Rédiger ses directives anticipées, une possibilité, mais quelles sont les limites ?* », Congrès de la SFAP Dijon juin 2016

- *Membres de l'EMSPA d'Orléans :*

- « *Douleur en cancérologie digestive* », Congrès SFCD, CHRO le 18/01/2016, Cancérologie digestive

II- DONNEES CONCERNANT L'ACTIVITÉ DU RESEAU

Tableau récapitulatif d'une partie de l'activité régionale 2016	
Nombre de prises en charge réalisées par les équipes	7217
Nombre de situations suivies par PALLIANCE	NR
Âge moyen des patients pris en charge (hors PALLIANCE)	72.6
Nombre de visites effectuées par les EADSP	2403
Nombre d'heures de formation dispensées par les EMSP, EADSP et USP en région Centre-Val de Loire	2018
Nombre de stagiaires accueillis par les EMSP, EADSP et USP en région Centre-Val de Loire	150
Nombre de publications et communications	34
Nombre total d'adhésions au réseau	268
Nombre de conventions entre les établissements de référence des EADSP et les EHPAD	138
Nombre de rencontres inter-équipes et structures de soins palliatifs de la région Centre-Val de Loire	2
Nombre de réunions du Comité de Pilotage Régional du réseau	3

III- EXISTANT LISP

L'annexe 1 de la Circulaire N°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs définit les Lits identifiés de Soins Palliatifs (LISP) comme suit :

« Les LISP se situent dans des services qui sont confrontés à des fin de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. L'individualisation de LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches. »

Nota : Le taux d'équipement en LISP s'entend pour 100 000 habitants/département

DEP. N°	IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS		NOMBRE DE LITS	Dont Med	Dont Chir	Dont SLD	Dont SSR
	NOMS	STATUTS					
18	Centre Hospitalier de Bourges	P	18	12			6
18	Centre Hospitalier de Vierzon	P	12	12			
18	Centre Hospitalier de St Amand Montrond	P	8	8			
18	Clinique Les Grainetières	PBL	2		2		
18	Hôpital local de Sancerre	P	5				5
18	Clinique Guillaume de Varye à St Doulchard	PBL	6	6			
			51	38	2	0	11
Population	311 650						
Taux d'équipement	16,36						

DEP. N°	IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS		NOMBRE DE LITS	Dont Med	Dont Chir	Dont SLD	Dont SSR
	NOMS	STATUTS					
28	Centre Hospitalier de Dreux	P	13	13			
28	Clinique Saint François à Mainvilliers	PBL	5	5			
28	Centre Hospitalier de Chartres	P	21	19			2
28	Centre Hospitalier de Nogent le Rotrou	P	6	6			
28	Centre Hospitalier de Châteaudun	P	6	6			
28	Hôpital local La Loupe	P	2	2			
			53	51	0	0	2
Population	432 967						
Taux d'équipement	12,24						

DEP. N°	IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS		NOMBRE DE LITS	Dont	Dont	Dont	Dont
	NOMS	STATUTS*		Med	Chir	SLD	SSR
36	Centre Hospitalier d'Issoudun	P	4	4			
36	Centre Hospitalier de Châteauroux	P	20	14	1		5
36	Centre Hospitalier du Blanc	P	4	2			2
36	Clinique Saint François	PBL	3		3		
36	Centre Départemental Les Grands Chênes	P	3			3	
36	Hôpital local de Valençay	P	2				2
36	Centre Hospitalier de La Châtre	P	5	5			
			41	25	4	3	9
Population	228 091						
Taux d'équipement	17,98						

DEP. N°	IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS		NOMBRE DE LITS	Dont	Dont	Dont	Dont
	NOMS	STATUTS*		Med	Chir	SLD	SSR
37	Clinique de l'Alliance	P	9	9			
37	Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours	P	20	20			
37	Centre Hospitalier de Chinon	P	9	5			4
37	Pôle Santé Léonard de Vinci	PBL	18	18			
			56	52	0	0	4
Population	600 252						
Taux d'équipement	9,33						

DEP. N°	IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS		NOMBRE DE LITS	Dont	Dont	Dont	Dont
	NOMS	STATUTS*		Med	Chir	SLD	SSR
41	Centre Hospitalier de Vendôme	P	9	9			
41	Centre Hospitalier de Blois	P	12	6			6
41	Centre Hospitalier de Romorantin	P	6	4			2
41	Hôpital local de Montoire	P	5	0			5
41	Hôpital local de Montrichard	P	3				3
41	Centre Hospitalier de St Aignan / Cher	P	2	1			1
41	Polyclinique de Blois	PBL	12	12			
			49	32	0	0	17
Population	332 001						
Taux d'équipement	14,76						

DEP. N°	IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS		NOMBRE DE LITS	Dont	Dont	Dont	Dont
	NOMS	STATUTS*		Med	Chir	SLD	SSR
45	Centre Hospitalier de Montargis	P	10	6			4
45	Centre Hospitalier Régional d'Orléans	P	37	31			6
45	Centre Hospitalier de Gien	P	6	3			3
45	Centre Hospitalier de Pithiviers	P	5	2			3
45	Clinique de l'Archette	PBL	5		5		
45	Hôpital local de Sully sur Loire	P	3	3			
45	Hôpital local Neuville aux Bois	P	2	2			0
45	Clinique La Reine Blanche à Saran	PBL	6	6			
45	Clinique Les Sablons	PBNL	6				6
45	Clinique Les Buissonnets à Olivet	PBL	4				4
			84	53	5	0	26
Population	665 587						
Taux d'équipement	12,62						

TOTAL REGION	Mise à jour INSEE 2013		334	251	11	3	69
Population	2 570 548						
Taux d'équipement	12,99						

Statuts* : P = Public ; PBL = Privé à But Lucratif ; PBNL = Privé à But Non Lucratif

IV- DONNEES STATISTIQUES REGIONALES UREH 2016 - MCO

Nous remercions le Professeur Emmanuel RUSCH, le Docteur Sabine BARON, le Docteur Emeline LAURENT, Madame Anne-Isabelle LECUYER, Monsieur Christophe GABORIT, Madame Lucile GODILLON, toute l'équipe de l'Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière (UREH) pour ce document provisoire dont les résultats et les enseignements qui peuvent en être tirés sont d'une richesse extraordinaire pour le réseau.

Tableau de Bord Soins Palliatifs hospitaliers Adultes MCO 2016 Centre – Val de Loire Provisoire

SP : Soins Palliatifs USP : Unité de SP LISP : Lits Identifiés SP EMSP : Équipe Mobile de SP Réseau SPRC : Réseau SP en Région Centre

Tableau 1 Lits autorisés en Soins Palliatifs – MCO CVL, 2015-2016

Département	2015			2016		
	Lits USP	LISP MCO	Lits /10 000 hab ≥ 65 ans*	Lits USP	LISP MCO	Lits /10 000 hab ≥ 65 ans*
18 - Cher	0	40	5,5	0	40	5,4
28 - Eure-et-Loir	0	48	6,2	0	48	5,8
36 - Indre	0	26	4,6	0	29**	4,9
37 - Indre-et-Loire	10	50	5,1	10	50	4,0
41 - Loir-et-Cher	0	35	4,7	0	32***	4,1
45 - Loiret	10	58	5,6	10	58	4,5
Centre-Val de Loire	20	262	5,3	20	262	4,8

*Populations INSEE 2015 et 2016

**+3 LISP au CH de la Châtre à compter du 13/04/2016

***-3 LISP à l'HL Montoire, transférés vers le SSR

L'année 2016 a été marquée par :

- l'autorisation de 3 LISP supplémentaires au CH de la Châtre à compter du 13/04/2016, soit un total de 5 LISP pour l'établissement.
- -3 LISP MCO transférés vers le SSR à l'HL de Montoire.

EXTRACTION « SOINS PALLIATIFS » A PARTIR DES BASES PMSI

La mise à jour 2016 de ce tableau de bord reprend la méthode UREH (Soins palliatifs hospitaliers en région Centre - Données issues du PMSI 2009-2011 - F. Laurent et al. Médecine palliative (2014) 13, 175-185)

Extraction des hospitalisations de Soins Palliatifs à partir du PMSI (via le serveur national sécurisé ATIH).

■ Algorithme de sélection des SP à partir du code diagnostique Z515 « Soins Palliatifs » placé en Diagnostic Principal (DP) ou associé (DAS). Chaque séjour est identifié LISP ou USP ou Autre (ni LISP, ni USP) et donne lieu à une facturation en 4 Groupes Homogènes de Séjours (GHS) spécifiques de SP ou divers GHS, selon la position du Z515 (DP ou DAS), le lieu d'hospitalisation (en lit conventionnel, LISP ou unité dédiée aux SP), et la durée d'hospitalisation (GHS spécifique pour les séjours < 24 heures). La valorisation a été calculée au tarif de base des GHS + bornes (tarif du GHM 23Z02Z moins élevé si durée < 4 jours, plus élevé si > 12 jours) + suppléments.

Les erreurs d'autorisation ont été corrigées (142 séjours LISP codés en autorisation USP en 2016 dans le 41).

Analyses : les résultats seront présentés selon 2 axes

- **Consommation** (séjours de patients domiciliés CVL, quel que soit le lieu d'hospitalisation) : indicateurs Patients et Séjours. Le Taux de recours est défini comme le nombre d'hospitalisations par habitant du territoire considéré, **standardisé par âge et sexe** (population INSEE France 2009), pour effacer l'effet d'une structure par âge et sexe différente entre territoires.
- **Production** (séjours réalisés en établissements de santé CVL, quel que soit le domicile du patient) : indicateurs Séjours. Pour l'USP 45, la durée de séjour prise en compte est celle du passage en USP seul (autorisation UM spécifique 08), hors autres unités.
- Par convention, séjours de SP = séjours pour SP (en DP) + avec SP (en DAS)

ACTIVITE DE SOINS PALLIATIFS ADULTES EN MCO

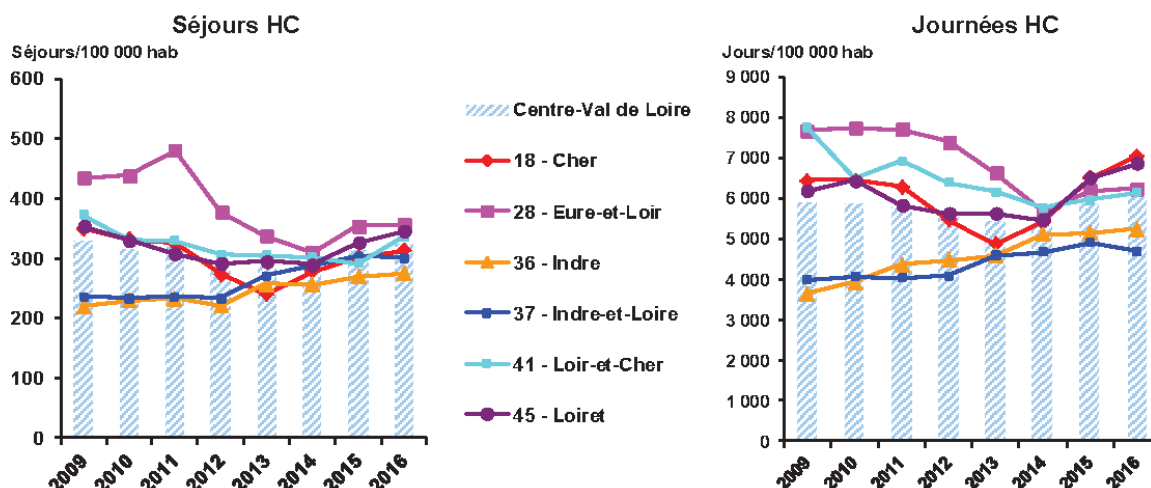
ÉPIDÉMIOLOGIE (consommation des patients domiciliés en CVL)

Tableau 2 MCO : Données patients SP domiciliés - CVL 2014-2016

	2014	2015	2016
Patients distincts (n)	5 705	6 180	6 519
Sex-ratio H/F	1,33	1,20	1,20
Age moyen [min-max]	73,8 [18-106]	74,4 [18-105]	74,9 [18-107]
18-39 ans (%)	1,1	1,1	1,3
40-74 ans (%)	45,1	43,7	42,6
≥ 75 ans (%)	53,8	55,2	56,1
Décès (%)	69,0	71,0	69,7
SP avec cancer (%)	75,3	72,3	72,1

- Poursuite de l'augmentation du nombre de patients : +14% depuis 2014 (+10% sur la période 2009-2016, avec une année 2012 au plus bas)
- Caractéristiques de la cohorte inchangées : 72% de patients avec cancer, 15% avec maladie cardio/neurovasculaire.
- Sex-ratio et âges très similaires aux années précédentes.
- 97% de l'activité en HC, DMS 18,5 jours.
- 82% des patients avec SP n'ont qu'un seul séjour par an (stable).
- 57% des patients ont été hospitalisés au moins une fois pour SP (en diagnostic principal) en 2016.

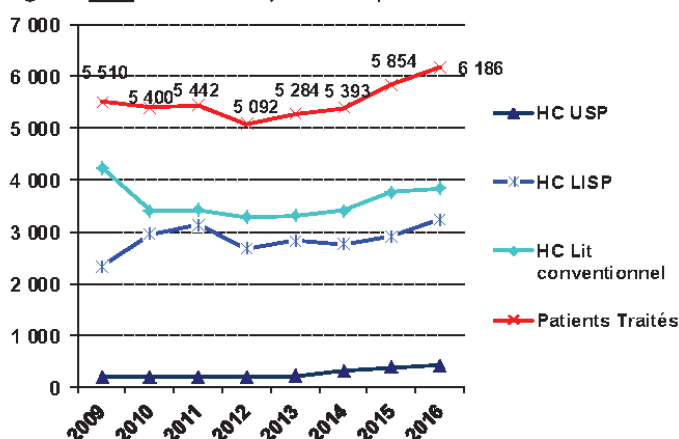
Figure 1 MCO : Taux de recours aux SP standardisé par âge et sexe, séjours et journées d'Hospitalisation Complète (HC) - CVL 2009-2016



- Taux de recours aux SP en HC stables entre 2015 et 2016 (sauf Loiret et Cher, en augmentation) et recours toujours homogène entre départements.

➤ PRODUCTION EN HOSPITALISATION COMPLETE (patients hospitalisés en Région Centre-Val de Loire)

Figure 2 MCO : Patients et Séjours de SP produits en HC - CVL 2009-2016



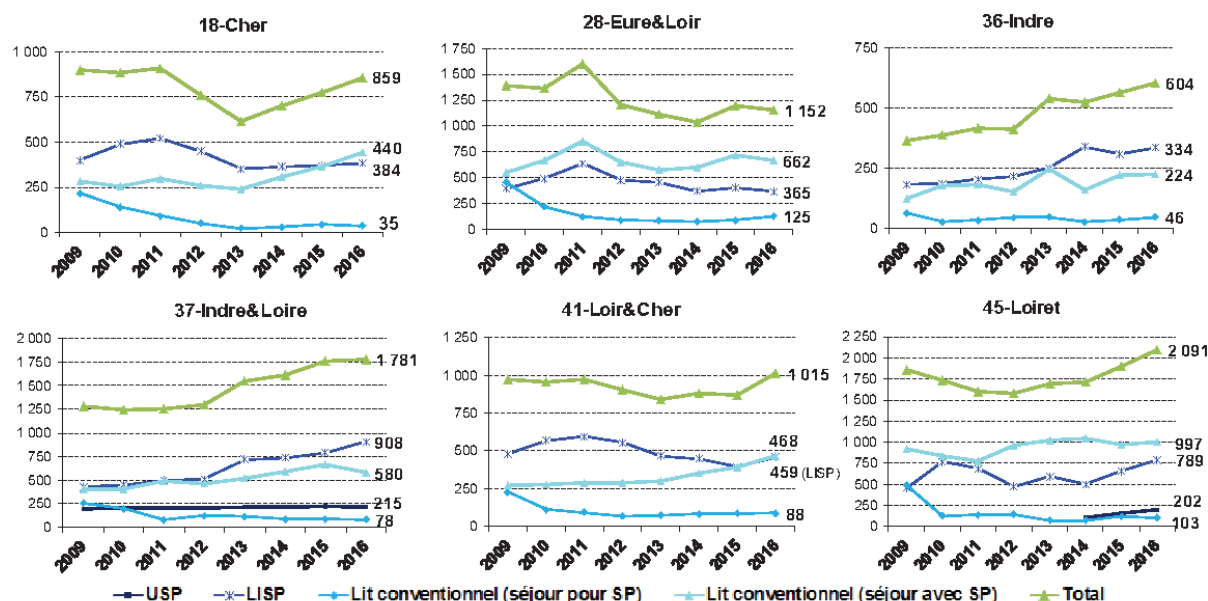
- En 2016, en HC :
 - 6 186 patients
 - 7 502 séjours (dont 185 en multisite au CHRU de Tours suite au découpage géographique en 2016)
- Poursuite de l'augmentation de l'activité en CVL (séjours et patients) : +6% depuis 2015.
- L'augmentation (séjours) se fait dans l'USP du CHRO (202 séjours, +27%) et les LISP (+11 %).
- Le nombre de séjours/journées augmente, sauf en Eure-et-Loir (cf fig. 3).
- Le nombre annuel de séjours en HC/patient reste stable à 1,2 et la durée annuelle moyenne en HC/patient est de 3 semaines depuis 2013.

Tableau 3 MCO : Taux d'occupation des LISP et USP - CVL 2015-2016

Département	Total Journées Réalisées				Taux d'Occupation			
	2015		2016		2015		2016	
	LISP	USP	LISP	USP	LISP	USP	LISP	USP
18 - Cher	8 358		9 002		57%		62%	
28 - Eure-et-Loir	8 328		6 257		48%		36%	
36 - Indre	5 977		6 891		63%		67%	
37 - Indre-et-Loire	14 412	2 902	14 977	2 999	79%	80%	82%	82%
41 - Loir-et-Cher	8 295		8 731		65%		75%	
45 - Loiret	13 017	3 383	15 406	4 618	66%	93%	73%	95%
Centre-Val de Loire	58 387	6 285	61 264	7 617	63%	86%	65%	89%

- Le taux d'occupation des LISP est plus faible en Eure-et-Loir (et en diminution) et dans le Cher (en augmentation).
- En Eure-et-Loir :
 - un quart des séjours pour SP (Z515 en diagnostic principal) sont réalisés hors LISP, taux le plus important de la région.
 - 57% des SP sont codés en DAS, vs 45% en CVL.
- Dans le Cher, 51% des SP sont codés en DAS.
- ➔ Rappelons que l'activité LISP/USP dépend du codage : Z515 doit être placé en diagnostic principal, s'il s'agit du motif d'admission.

Figure 3 MCO : Séjours de SP produits en HC par territoire - CVL 2009-2016



- ↗ séjours de SP en HC en Indre (+47%), Indre-et-Loire (+37%) et Loiret (+33%, USP) qui ont plus de LISP/USP depuis 2012.
- Cher, Eure-et-Loir et Loir-et-Cher, en diminution sur la période, stabilisent leur activité *pour* SP (LISP + lit conventionnel pour SP) depuis 2014. Les séjours *avec* SP augmentent dans le Cher et le Loir-et-Cher.
- On rappelle que l'activité LISP/USP dépend du codage. A l'USP du CHRO, 87% des passages sont ainsi « étiquetés » USP (SP en DP du séjour), les autres ayant les SP codés en DAS ou masqués par le DP d'une autre unité.
- DMS stable en LISP (19 jours), en lit conventionnel (18 jours) et en USP 37 (14 jours). L'USP 45 a une DMS de 17 jours, en diminution, et une médiane courte : 10 jours.

Tableau 4 MCO : Séjours de SP produits en HC, durées moyennes et médianes par type de lit – CVL 2014-2016

Département de prise en charge : durée de séjour (jours)		2014					2015					2016				
		USP	LISP	Autre (séjour pour SP)	Autre (séjour avec SP)	Total	USP	LISP	Autre (séjour pour SP)	Autre (séjour avec SP)	Total	USP	LISP	Autre (séjour pour SP)	Autre (séjour avec SP)	Total
18	DMS	19,7	21,3	20,1	20,1	20,0	22,6	23,3	21,8	22,3	23,4	18,5	22,9	22,9	22,9	23,0
	Médiane	16	15	16	16	16	19	17	17	18	19	18	17	17	18	18
28	DMS	21,3	17,5	17,5	18,8	18,8	20,7	19,0	16,4	18,0	17,1	16,9	16,9	16,9	17,0	17,0
	Médiane	16	12	12	14	14	15	18	12	13	14	13	13	13	13	13
36	DMS	19,5	23,2	18,9	19,5	19,5	19,4	25,8	16,0	18,5	20,6	21,4	16,0	19,0	19,0	19,0
	Médiane	14	18	12	14	14	15	20	11	14	16	19	12	12	14	14
37	DMS	13,9	17,4	14,2	15,7	16,2	12,9	18,2	12,7	15,2	16,1	16,5	12,9	15,0	15,6	15,6
	Médiane	12	14	9	11	12	11	15	9	11	12	13	8	11	12	12
41	DMS	21,8	19,3	17,6	19,9	19,9	21,1	23,4	19,0	20,4	19,0	14,3	18,1	18,1	18,2	18,2
	Médiane	19	14	13	16	16	18	18	15	16	17	10	14	14	15	15
45	DMS	17,9	19,7	11,9	18,3	18,4	21,3	20,0	15,7	19,3	17,2	19,5	15,9	20,1	19,4	19,4
	Médiane	13	15	10	13	14	10	16	12	14	10	14	11	15	14	14
CVL	DMS	15,2	19,6	16,7	17,8	18,4	16,4	20,0	18,7	17,8	18,7	15,5	18,9	16,1	18,4	18,3
	Médiane	13	15	11	13	14	11	16	15	13	14	11	15	12	14	14

FLUX – MATRICE Production/Consommation

Tableau 5 MCO : séjours de SP en HC, fuites et attractivité intra- et extra-régionales – CVL 2015-2016

		Intra- Région CVL		Hors Région CVL	
		% Fuites hors dpt	% Attractivité autres dpts CVL	% Fuites hors CVL	% Attractivité hors CVL
2015	18 - Cher	7,7	3,5	15,4	1,8
	28 - Eure-et-Loir	2,4	0,5	17,1	9,8
	36 - Indre	11,1	3,0	11,6	2,1
	37 - Indre-et-Loire	0,2	7,6	3,9	2,7
	41 - Loir-et-Cher	16,5	5,9	3,5	0,7
2016	45 - Loiret	1,6	8,0	8,9	2,3
	18 - Cher	6,8	3,7	14,5	2,9
	28 - Eure-et-Loir	3,8	0,7	20,9	10,2
	36 - Indre	12,2	2,6	9,2	3,5
	37 - Indre-et-Loire	0,8	8,0	4,0	3,1
	41 - Loir-et-Cher	15,2	5,8	4,1	1,1
	45 - Loiret	1,1	7,9	7,4	2,3

- CVL 2016 :
 - Attractivité : 4%
 - Fuites : 10%
- stable

- Flux intra- et extra-régionaux strictement superposables à 2015, stables depuis 2013.

Tableau 6 MCO : Flux des séjours de SP en HC par établissement – CVL 2014-2016

Etablissement de prise en charge SP en MCO, HC		Nb séjours 2014							Nb séjours 2015							Nb séjours 2016							
		Département de domiciliation							Département de domiciliation							Département de domiciliation							
		18	28	36	37	41	45	hors CVL	18	28	36	37	41	45	hors CVL	18	28	36	37	41	45	hors CVL	
18	CH BOURGES	233		3	1		1	3	345		5		1		5	380	1	8			1	5	
	CH VIERZON	146		2		4		1	120		6			9	2	119		4		6		4	
	CH ST AMAND MONTROND	152						2	120		2				5	156		2				9	
	CLINIQUE DES GRAINETIERES	23						3	20						1	8						1	
	CLINIQUE G. DE VARYE	119		6				2	131		3			1	1	159		7		3		6	
Sous-total		673		11	1	4	1	11	736		18		10	1	14	802	1	21		9	1	25	
28	CH CHARTRES		271					12		309					13		256				1	9	
	CL NOTRE DAME DE BON		6							7							53					2	
	CH DREUX		326					99		397			1		98		431			1	1	91	
	HL LA LOUPE		32					5		35					2		26					2	
	CL CARDIO MAISON BLANCHE							2		3							3					1	
	CH NOGENT LE ROTROU		44			1		18		31				1	4		38					9	
	CH CHATEAUDUN		142			6		2		167			2	2			157			4		3	
	CLINIQUE ST FRANCOIS		68					1		128							62			1		1	
Sous-total			889			7		139		1077			3	3	117		1026			6	2	118	
36	CH ISSOUDUN	3		35				1	3		49			1	1	4		49					
	CH CHATEAUROUX	1		271				5	2		310		1		3	4		302				1	
	CH LA CHATRE			59				1	1		47				1	1		71				2	
	CH LE BLANC			82	3			1			47	1						55	1				
	CLINIQUE ST FRANCOIS	1		45				1	1		73		1		2	1		72	1			1	
	CTRE CONV. & DIETE EN BERRY	2		6				5	6		8				5	4		18				17	
Sous-total		7		498	3			14	13		534	1	3		12	14		587	2			21	
37	CLINIQUE SAINT-GATIEN				11	2		2			6	2		1			1	3	1				
	ALLIANCE			1	107	6		11			3	99	1		3		1	2	108	3		4	
	CHRU TOURS	18	1	14	611	41	1	17	19	3	24	689	46	3	26	13	3	28	677	49	2	28	
	CH AMBOISE- CHATEAU RENAULT				6						9		1					22	2				
	CH CHINONNAIS				92			6			103			1	7			146			9		
	CH LOCHES			2	14						1	8						3	26				
	USP LUYNES	3	1	7	180	12	1	3	2		4	208	7	1	3	5	1	5	188	10		6	
	HL SAINTE MAURE				26							28						1	16				
PSL V				7	392	6	1	12		6	433	9	1	7	1	1	3	398	7		8		
Sous-total		21	2	31	1439	67	3	51	21	3	38	1583	66	6	47	19	6	43	1584	72	2	55	
41	CH BLOIS		2	3		310	7	7			5					1	5	3	339	11	5		
	CH VENDOME		6		2	197		1		7		1	169	2	3		3		4	221		2	
	CH ROMORANTIN LANTHENAY			4		86					5		64					5		83			
	HL ST AIGNAN SUR CHER			1	1	30					3	1	42					6	4	68		3	
	HL MONTOIRE SUR LE LOIR																						
	POLYCLINIQUE BLOIS		3	2	5	206	5	1		1	6	1	240	12				4	6	1	230	6	1
	CLINIQUE DU SAINT COEUR		2																		4		
Sous-total			13	10	8	829	12	9		8	19	3	812	21	6		8	22	12	945	17	11	
45	CHR ORLEANS (USP)	1		1		3	96	3	1	3				15	137	3	5	8		9	174	6	
	CHR ORLEANS (HORS USP)	11	14	1	1	53	758	18	13	14	4			59	931	15	17	22	2	69	1010	12	
	CH GIEN	15					86	7	19						79	7	10				78	5	
	CH AGGLO MONTARGIS	4	1				287	28	1	1					244	9					254	15	
	CH PITHIVIERS	2					41	3							36	1					28		
	HL BEAUGENCY					5	19						1	19						3	23	1	
	HL PIERRE LEBRUN						2	2							10						4	1	
	HL SULLY						41	1							26						21		
	CLINIQUE L'ARCHETTE					2	23			1			2	48			1			2	47	1	
	ORELANCE	1	3	1		8	146			1	3		9	155	7	1	6			8	208	5	
H PRIVE SAINT JEAN DE BRIARE		3					25	2	4						18	2	2				29	3	
CLINIQUE MONTARGIS																							
Sous-total		35	20	3	1	71	1522	84	40	21	4		86	1703	44	36	37	2		91	1876	49	
Sous-total Région Centre		736	924	553	1452	978	1538	288	810	1109	611	1587	980	1734	240	871	1078	655	1598	1123	1898	279	
Départements lim trophes		108	46	91	49	11	7		110	30	87	38	18	11		106	48	54	44	20	15		
Ile-de-France		18	177	4	12	16	119		26	192	9	19	12	150		28	230	9	19	24	128		
Autres départements		16	13		13	4	10		12	6	4	7	6	8		14	7	3	4	4	9		
Sous-total hors Région Centre		140	236	95	74	31	136		148	228	80	64	36	169		148	285	66	67	48	152		
> 30 séjours																							

CONCLUSION

Le nombre de patients domiciliés en CVL et pris en charge en SP continue à augmenter depuis 2012. Le recours reste harmonieux entre départements, en lien avec une offre de soins hospitalière désormais bien développée. La prise en charge reste centrée sur le cancer en CVL (3/4 des patients), qui représenterait cependant un peu moins de la moitié des décès susceptibles de relever de SP (rapport ONFV 2011).

L'année 2016 est marquée par la poursuite de l'augmentation de l'activité hospitalière de SP, et ce dans tous les départements (sauf Eure-et-Loir). Le Loir-et-Cher, malgré 3 LISP de moins en 2016, présente une activité stable voire en augmentation. L'activité LISP reste cependant mal tracée dans certains départements, où le taux d'occupation est faible, peut-être en lien avec le codage : Z515 doit ainsi être placé en DP.

Le nombre de séjours de l'USP 45, ouverte en 2014, continue à augmenter (+27% entre 2015 et 2016), pour atteindre une activité proche de celle de l'USP de Luynes (>200 séjours), avec toutefois des DMS encore longues, mais en diminution (durée médiane courte à 10 jours). L'activité de l'USP 45 reste toutefois difficilement traçable par le GHS seul, pour lequel les SP doivent être le DP du séjour, et non seulement de l'unité.

Remerciements aux personnes qui prennent en charge au quotidien ces patients & aux relecteurs/conseil scientifique

Réalisation :

• UREH : Dr LAURENT E., Dr GRAMMATICO-GUILLON L., Mme LECOYER A-I., Mme GODILLON L., Dr BARON S., Pr RUSCH E.

Relecteurs et conseillers scientifiques :

- ARS : Dr DELACROIX-MAILLARD H., Dr SEBATLAB A.
- Réseau soins palliatifs : Mr CAMUS T.-M., Mme ROY C.
- Cliniciens : Dr DE MADET M., Dr DUCHENE V., Dr GAUQUELIN F., Dr GAUTHIER P., Dr GRENEVILLE F., Dr HELIE A., Pr MALLET D., Dr MIGNOT H., Dr OLIVEREAU S., Dr POLIDORI O., Dr RIGONDET V.
- Médecins DIM : Dr COTTU B., Dr DENIER P., Dr ROGEE R., Dr VALERY A.

Mail : ureh@chu-tours.fr, region.palliatifs@chu-tours.fr

Document téléchargeable sur le site de l'UREH : <https://www.sante-centre.fr/ureh-centre>

En collaboration avec



2017

Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière - Réseau Soins Palliatifs Région Centre-Val de Loire
ureh@chu-tours.fr region.palliatifs@chu-tours.fr

4

V- ADHESIONS AU RESEAU

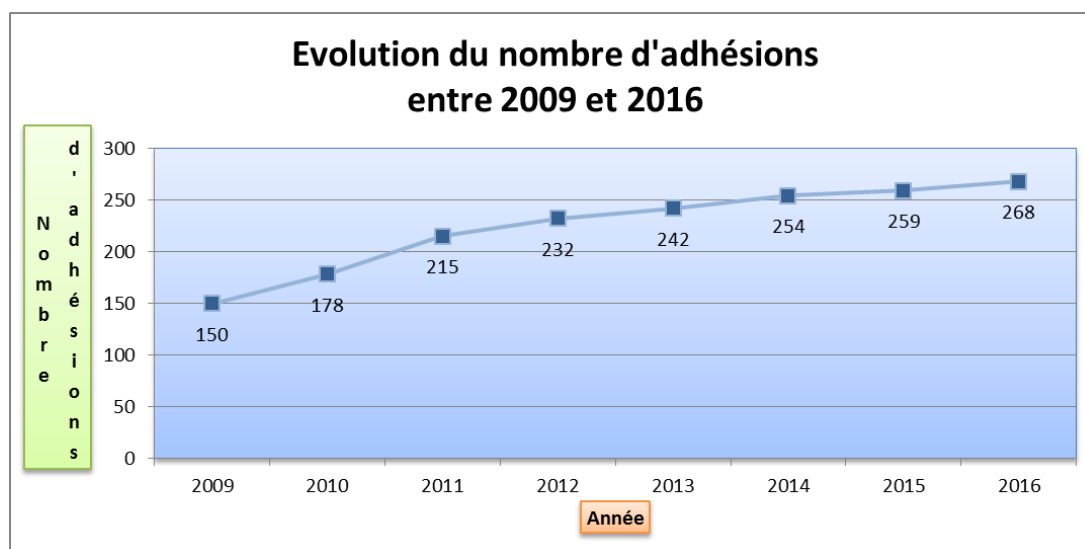
Au 31 décembre 2016, on dénombre **268 adhésions** soit une augmentation de 3,5 % en un an.

A noter que **124 établissements d'hébergement** (EHPAD, Maison de retraite, structures pour adultes handicapés...) adhéraient fin 2016 au réseau. Les adhésions de ce type d'établissements ont augmenté de 5 % dans l'année, démontrant une prise de conscience collective sur la nécessité des soins palliatifs et de la nécessaire poursuite de leur développement.

En 2016, le réseau a recueilli, grâce au travail des EADSP, **9 nouvelles adhésions**.

REPARTITION DU NOMBRE D'ADHESIONS PAR DEPARTEMENT ET PAR TYPE DE STRUCTURE												
	<i>Institutions sanitaires publiques</i>		<i>Institutions sanitaires privées</i>		<i>EHPAD et Foyers de vie</i>		<i>Particuliers</i>		<i>Autres dont HAD et SSIAD</i>		TOTAL	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
18	5	5	1	2 (+1)	15	16 (+1)	1	1	3	3	25	27
28	8	9 (+1)	6	6	34	35 (+1)	22	22	12	12	82	84
36	9	9	4	4	8	10 (+2)	4	4	4	5 (+1)	29	32
37	5	5	11	11	35	35	10	10	3	3	64	64
41	7	7	2	2	3	3	0	0	1	1	13	13
45	9	9	7	7	23	25 (+2)	5	5	2	2	46	48
Total	43	44	31	32	118	124	42	42	25	26	259	268

La liste complète des adhérents au Réseau de Soins Palliatifs en région Centre Val de Loire avec leurs coordonnées est présentée en annexe 5 p 215.



➤ Le nombre d'adhérents a augmenté de 78 % en 8 ans, ce qui démontre l'efficacité des actions de communication, de partenariat, de formation... que les acteurs du réseau de soins palliatifs développent au quotidien. Cette augmentation démontre également la légitimité reconnue au réseau dans la région.

VI- RECAPITULATIF DES CONVENTIONS FORMALISEES ENTRE ETABLISSEMENTS DE RATTACHEMENT ET EHPAD

Département	Nb EHPAD*	Nb de conventions**						% EHPAD ayant signé une convention formalisée avec l'établissement de référence
		2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL	
<i>Cher (18)</i>	42	17	1	0	2	6	26	62%
<i>Eure et Loir (28)</i>	47	0	21	8	2	1	32	68%
<i>Indre (36)</i>	40	5	5	2	0	0	12	30%
<i>Indre et Loire (37)***</i>	65	0	0	0	2	2	4	6%
<i>Loir et Cher (41)</i>	52	5	1	4	1	5	16	31%
<i>Loiret (45)</i>	68	26	1	4	5	12	48	71%
Total région	314	53	29	18	12	26	138	44%

* Nombre d'EHPAD dans chaque département, suivant les données STATISS 2016.

** Conventions relatives aux modalités d'intervention des EADSP dans les EHPAD signées entre les établissements de rattachement des équipes et les EHPAD.

*** Convention en cours de finalisation.

4EME PARTIE :

ACTIVITE DES STRUCTURES DE NIVEAU REGIONAL :

USP DE LUYNES-CHRU DE TOURS

USP DU CHR D'ORLEANS

ÉQUIPE PALLIENCE

I- SYNTHÈSE RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ DES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS DU CH DE LUYNES-CHRU DE TOURS ET DU CHR D'ORLÉANS :

En conformité avec les objectifs de la circulaire DHOS du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, les USP doivent honorer des objectifs de soins, de formation et de recherche.

- Soins, traitements et accompagnement de patients en phase palliative ou terminale de maladie létale et/ou en fin de vie présentant les situations les plus complexes ou les plus éprouvantes pour eux-mêmes ou pour leur entourage
- Formation médicale et paramédicale afin de diffuser la pratique des soins palliatifs
- Activité de recherche avec un axe particulier sur la réflexion éthique

L'activité des Unités de soins palliatifs est présentée ci-dessous en conformité au modèle de la trame de recueil d'activité demandée par l'ARS concernant l'ensemble des USP de la région Centre.

II - L'UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS DE LUYNES-CHRU DE TOURS

L'Unité de soins palliatifs (USP) de Luynes-CHU de Tours a été créée en octobre 2006.

Cette Unité est située au Centre Hospitalier de Luynes, à 15 kms de Tours. Cet hôpital comprend un service de soins de suite et réadaptation de 70 lits, un EHPAD d'une capacité de 210 lits et une Unité de soins palliatifs de 10 lits.

Sur le plan institutionnel, l'USP a un quadruple rattachement :

- Elle est localisée au niveau du Centre Hospitalier de Luynes et est donc gérée aux niveaux administratif et financier par le Centre Hospitalier de Luynes.
- Elle est rattachée au CHU de Tours par la Fédération inter-hospitalo-universitaire de soins palliatifs CHU de Tours-Centre hospitalier de Luynes (FIHUSP) ainsi qu'à la Faculté de médecine de Tours et à l'Université François Rabelais de la région Centre-Val de Loire¹.
- Elle participe au Groupement hospitalier de territoire de l'Indre et Loire en animant notamment l'axe « soins palliatifs ».
- Elle est membre du Réseau régional de soins palliatifs de la région Centre-Val de Loire et doit donc assurer une vocation régionale.

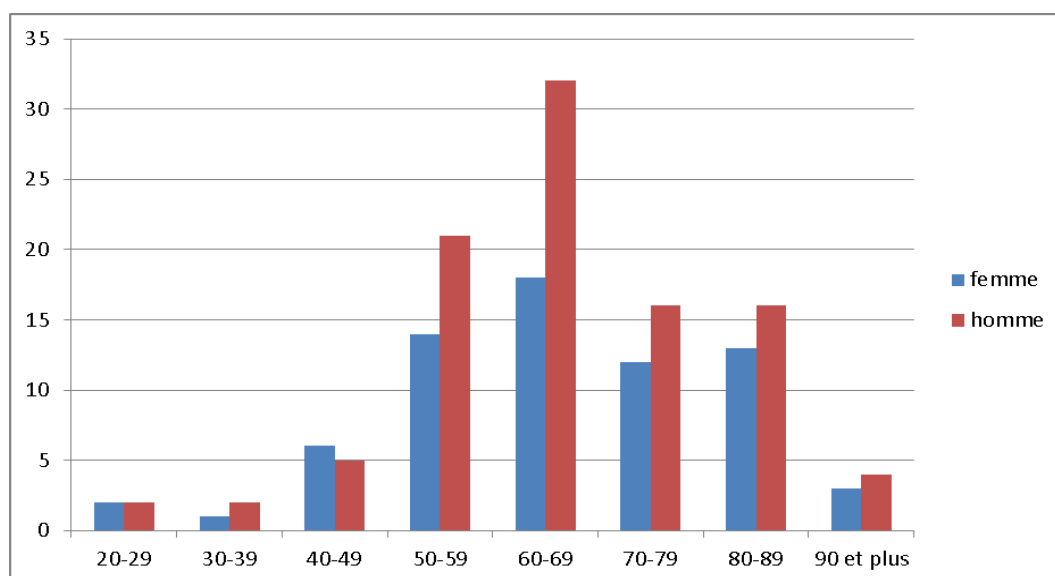
I- ACTIVITE CLINIQUE DE L'USP

Source : Dr Jean Marie Gouin, responsable du PMSI sur le CH de Luynes

I-a. Informations concernant les patients :

Données générales sur les patients

- File active : 167 (164 en 2015, 159 en 2014)
- Âge moyen : 65 ans (65 ans en 2015)
- Âge médian : 64,8 ans (64 ans en 2015)
- Répartition en fonction du genre : 98 hommes, 69 femmes (82 femmes, 82 hommes en 2015)



¹ Un des médecins exerce les fonctions de coordonnateur de la FIHUSP, de professeur associé en soins palliatifs et est membre de l'équipe de recherche « Education Ethique Santé », UFR François Rabelais.

Globalement, on note une stabilité du profil des patients. La prédominance masculine des patients sera à confirmer ou infirmer dans les années futures.

Origine géographique des patients

Lieu d'origine	Nombre de patients	%
Indre et Loire	143	87 % (92 % en 2015)
Région centre hors Indre et Loire	20	11 % (7 % en 2015)
Autres régions	4	2 % (1 % en 2015)

La répartition géographique des patients reste stable. La vocation régionale de l'USP reste quantitativement modeste (11 % des admissions), mais qualitativement importante. En effet, la coopération avec les autres départements se fait quasi exclusivement par le biais des Equipes d'Appui Départementales ou les HAD rattachées au Réseau régional de soins palliatifs. Cela concerne toujours des patients présentant des situations particulièrement complexes (douleurs réfractaires aux traitements classiques, arrêt de nutrition ou de ventilation, demande d'euthanasie...). Le recours à l'USP est pleinement justifié.

Le partenariat avec les EAD est plus particulièrement établi avec les EAD 37, 41 et 36 avec lesquelles nous travaillons régulièrement depuis la création de l'USP.

Modes d'admission

Auteur de la demande	Nombre de demandes	%
Services ou unité de soins du CH de rattachement de l'USP	2 (3 en 2015)	1 % (1 % en 2015)
Autres établissements	132 (126 en 2015)	60 % (56 % en 2015)
Domicile ou substitut	81 (96 en 2015)	39 % (43 % en 2015)
Total	215 (225 en 2015)	100

Comme les années précédentes, les demandes d'admission viennent des établissements hospitaliers (60 % versus 56 %) ou du domicile (39 % versus 43 % en 2014).

70 % des patients sont suivis par les équipes du CHU (117 patients sur 167).

71 % des patients ont été préalablement suivis ou seront suivis à leur sortie par une équipe de soins palliatifs, intra ou extrahospitalière.

Principales pathologies

Pathologies traitées	Total 2016	Durée moyenne du séjour 2016	Total 2015	Durée moyenne du séjour 2015
Cancer	149 séjours	15,1	169	12,3
Neurologie	45 séjours	14,8	36	14,8
Autres	21 séjours	14	20	14,3

La répartition des pathologies est peu modifiée si ce n'est une tendance à l'accroissement de l'accueil de patients atteints de SLA. Pour cette pathologie, les hospitalisations sont souvent répétées tout au long de leur pathologie (délibération sur les orientations de traitement, séjour de répit, symptômes non contrôlés, fin de vie, mise en œuvre d'un arrêt des traitements de suppléances des fonctions vitales). La charge en soins et en accompagnement est particulièrement importante compte tenu de leur complète dépendance et des assistances nutritionnelles et ventilatoires.

Modes de sortie

Mode de sortie	Effectif Année n	% Année n	Effectif Année n-1	% Année n-1
Transfert en CH ou en EHPAD	21	10 %	22	10 %
Domicile	88	40 %	98	43 %
Décès	106	50 %	105	47 %
Total	215	100,00	225	100,00

Comme les années précédentes, on note un pourcentage important de retour au domicile (40 % versus 43 % en 2013) ou de transfert (10 %). Le nombre de décès au sein de l'USP est relativement stable (50 % versus 47 %).

Cette activité témoigne d'une insertion en amont de la phase terminale dans une optique de construction d'un parcours de soins avec une articulation service référent, domicile, équipes mobiles de soins palliatifs et USP.

I- b. Informations concernant les séjours :

Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de séjours et de patients	198	201	200	207	209	225	215
	139 patients	161 patients	142 patients	152 patients	160 patients	164 patients	167 patients
DMS	15 jours	14,7 jours	14,7 jours	14,16 jours Médiane : 12 jrs	13, 9 jours		14, 9 jours Médiane : 13 j
Nombre de journées	2983	2954	2947	2933	2959	2899	2862

L'activité de l'USP de Luynes-CHU de Tours demeure très nettement supérieure aux moyennes nationales d'activité des USP de 10 lits : 215 séjours versus 182 séjours, DMS de 14,9 versus 17 jours (Rapport de l'Observatoire national de la fin de vie 2012). Cela est probablement lié à notre

souci initial de nous inscrire dans les phases palliatives, et non pas exclusivement terminales, des maladies létales.

La durée moyenne des séjours est 14,9 jours et la médiane 13,0 jours. Si on ne tient compte que des données pmsi, ces nombres sont respectivement 13,9 et 12,0 jours. Notons l'existence en 2016 de deux séjours particulièrement longs (84 et 97 jours) et deux séjours de 0 nuit.

I- c. Partenariats

Partenariat avec les équipes du CHU

Dans la poursuite des années précédentes, la collaboration avec les services du CHU reste étroite, notamment avec quatre principaux services : l'Oncologie médicale et l'HDJ oncologie, le service d'Hépatogastro-entérologie, le service de Pneumologie et le service de neurologie (Centre de référence SLA).

- Nous soulignons à nouveau le rôle premier des internes dans la constitution d'un maillage entre le CHU et l'USP, d'autant qu'au fil du temps, ces internes deviennent Chef de clinique, voire praticiens hospitaliers. La collaboration est facilitée.
- Certains médecins seniors n'hésitent pas à nous contacter, parfois en anticipation ou lors de situations de crises avec certains patients. Certains oncologues sont venus rendre visite à des patients hospitalisés à l'USP. Ces rencontres permettent de discuter avec le patient et/ou son entourage la pertinence ou non de poursuivre les chimiothérapies.
- L'UMASP joue un rôle majeur dans ce partenariat. Son implantation dans l'HDJ de cancérologie et sa participation aux staffs soins palliatifs des services lorsqu'ils existent permettent une prise en charge en amont de la phase terminale.
- La psychologue de l'USP exerce la moitié de son temps de travail au sein du service de pneumologie du CHU. Ce temps partagé a permis d'affiner les modalités de coopération avec les médecins et le suivi des patients transférés dans l'USP

Nous poursuivons notre collaboration avec le Centre régional de référence SLA du CHU de Tours.

- Le Dr V. Duchêne et le Dr D. Mallet ont proposé de redéfinir les objectifs des réunions mensuelles entre les acteurs de soins palliatifs du département et le Centre de coordination SLA. Lors de nos rencontres, nous échangeons sur nos pratiques en s'appuyant sur des situations particulièrement complexes que nous avons rencontrées. L'idée est de mettre en œuvre une pratique réflexive sur nos activités afin de mieux articuler nos interventions dans le cadre d'une filière de soins attentive au respect des spécificités de chaque équipe. Cette démarche pluridisciplinaire se fait en partenariat avec l'EADSP 37 et l'UMASP.
- Les deux équipes assurent une formation conjointe dans le cadre du DIU de soins palliatifs de Tours.
- Le Dr V. Duchêne intervient régulièrement au sein de la Fédération nationale des centres de références SLA coordonnée par le Pr Desnuelles (Nice). Une semi plénière consacrée aux patients atteints de SLA sera faite dans le cadre du Congrès national de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs qui aura lieu à Tours en Juin 2017.

La coopération avec le centre de la douleur du CHU se développe sur plusieurs axes.

- Sur le plan clinique, les deux équipes se transmettent les informations et échangent ensemble notamment lorsque les patients sont suivis conjointement.

- La formation médicale initiale (UE soins palliatifs-douleurs-anesthésie) est assurée par les deux équipes de même que le suivi des internes DESC médecine palliative-médecine de la douleur.

Partenariat avec l'UMASP (hors FIHUSP)

La coopération clinique avec l'Unité Mobile de soins palliatifs et d'accompagnement (UMASP) du CHU de Tours se poursuit selon les modalités précédemment décrites dans les précédents rapports d'activité :

- Construction d'une collaboration clinique en utilisant tous les moyens de communication possibles (téléphone, courriel, déplacement...)
- Pas de rôle direct de l'UMASP dans la sélection des patients admis en unité de soins palliatifs mais possibilité d'informer l'équipe médicale de l'USP de patients posant des problématiques particulièrement difficiles
- Retour aux équipes soignantes référentes sur le devenir des patients transférés à l'USP
- Réunion commune USP-UMASP-EAD 37, pluridisciplinaire, mensuelle où nous évoquons conjointement les patients que nous avons en commun
- Participation régulière aux astreintes et gardes
- Réflexions communes sur les problèmes rencontrés dans les services ou au sein de l'institution

Partenariat avec l'EAD 37 (hors FIHUSP)

Le Dr Sarah Gley contribue à structurer le travail clinique et interdisciplinaire de l'équipe d'appui départementale (EAD) ainsi que le partenariat entre l'EAD 37 –UMASP- USP

- Une réunion mensuelle réunit les 3 équipes avec l'analyse de parcours de soins de patients en commun.
- D'autres modalités de coopération entre les équipes sont utilisées selon les situations (téléphone, courrier, courriel...).
- L'EAD nous sollicite notamment pour les situations complexes en institutions de soins ou médico-sociales
- Nous identifions avant leur sortie de l'USP les patients qui pourraient bénéficier d'une intervention de l'EAD.
- Le Dr Sarah Gley participe aux gardes et astreintes de l'USP.
- Le Dr Sarah Gley nous a rejoints pour participer à la formation des étudiants en médecine.

Partenariat avec les autres équipes de soins palliatifs

Comme les années précédentes, nous avons essentiellement travaillé avec les équipes d'appui départementales (EAD) issues du 41 et parfois du 36.

Le partenariat avec les EAD peut apparaître quantitativement relativement faible. Mais les situations sont toujours particulièrement souffrantes, relatives, soit à des symptômes physiques complexes à soulager (douleurs chroniques), soit des problématiques psychiques intenses du patient ou de son entourage (épuisement du conjoint, demande d'euthanasie...), soit des problèmes éthiques, notamment la poursuite, la limitation ou l'arrêt des nutriments ou des ventilations artificielles. Les demandes des EAD concernent aussi des hospitalisations de répit, en particulier pour des patients atteints de SLA ou de SEP.

L'USP joue aussi un rôle symbolique. Selon certains membres des EAD, l'existence d'une unité de soins palliatifs dans la région leur permet de s'engager plus aisément et avec plus de confiance auprès des patients en abordant certaines questions relatives à la poursuite ou à l'arrêt des traitements, ou en évoquant la mort.

Nous avons initié un groupe de réflexion avec l'EAD 41, l'EAD 37 et l'UMASP consacré aux directives anticipées. Nous travaillons aussi avec le Dr G. Hirsch sur la pédagogie lors de stages des internes en structures de soins palliatifs (cf. partie recherche).

Partenariat avec les HAD

Comme les années précédentes, nous travaillons régulièrement avec les HAD du département ou de la région.

Dans les situations complexes, nous avons organisé des réunions au sein de l'USP avec les soignants des HAD afin de s'accorder sur les objectifs du soin et coordonner nos actions.

Partenariat avec le groupe d'éthique clinique du CHU de Tours à propos d'une situation complexe concernant une patiente cérébro-lésée hospitalisée dans un hôpital de la région

Nous avons été sollicités pour participer à une délibération relative à une demande d'arrêt de la nutrition artificielle pour une patiente cérébro-lésée. Cette demande émanait de l'entourage de la patiente. Trois réunions ont eu lieu avec l'ensemble de l'équipe soignante de la structure hébergeante ainsi que d'autres rencontres avec les neurologues du CHU et B Birmelé. La patiente a finalement été admise à l'USP où elle est décédée en présence de ses proches.

Partenariat avec l'association « la petite parenthèse »

L'association « la petite parenthèse » a été créée par des soignants de l'USP et contribue à assurer une décoration et des animations créatives au sein de l'Unité.

A chaque saison, les décors des couloirs et des lieux de vie sont changés avec une décoration adaptée (noël, printemps, été, automne...). La création de la décoration est faite dans la mesure du possible en associant les patients.

Des expositions de tableaux de peinture sont organisées avec une rotation régulière des œuvres picturales.

Les jours de fêtes, l'association décore de manière personnalisée les chambres et les plateaux de repas des patients.

L'espace famille peut aussi être décoré à la demande des patients ou des familles pour des temps particuliers (anniversaire, venue d'enfants ou petits-enfants....) avec divers supports (nappes, bougies, ballons....).

Cette décoration évolutive contribue à l'esthétique des lieux et est manifestement très appréciée par les patients et leur entourage. Les familles des patients utilisent ces décorations externes pour inciter les patients à sortir de leur chambre.

En ce qui concerne l'animation, les patients peuvent être déplacés au fauteuil ou en lit sur les lieux de vie de l'hôpital (cafeteria, terrasse, jardin) ou la salle de cinéma.

Des ateliers créatifs (peintures, musique, bricolage, plantations sur la terrasse, confection de compotes, création de bouquets...) leurs sont proposés, adaptés à leurs souhaits et leurs possibilités physiques. Les journaux peuvent être lus.

Les enfants ont une salle aménagée et peuvent réaliser des dessins qui seront mis dans la chambre de leur proche.

Le week-end et les jours de fêtes, l'association organise des animations à destination des patients et des familles (repas de crêpes, musiciens et musique pour la fête de la musique...).

L'association bénéficie d'un temps dédié pour deux soignants (2 X 3 heures) pour la confection et pose des décors quatre fois par an. Le reste des activités est faite sur du temps personnel.

Partenariat avec l'association Jalmalv

Avec quelques mouvements, quatre bénévoles de l'association Jalmalv interviennent de manière régulière au sein de l'USP en après-midi, en soirée et sur le week-end. Un groupe de paroles interne à l'USP leur est dédié, animé par la psychologue de l'USP, mais une seule réunion a eu lieu cette année.

Partenariat avec l'équipe de l'aumônerie catholique

L'équipe d'aumônerie est présente systématiquement une après-midi par semaine. En cas de besoin, des membres de l'équipe ou le prêtre de Luynes sont contactés à la demande du patient ou de son entourage.

II. Création d'une Fédération inter-hospitalière et universitaire de soins palliatifs entre le CHU de Tours et le CH de Luynes

Afin de contribuer à la diffusion des soins palliatifs sur le CHU de Tours et sur le CH de Luynes, il a été créé en octobre 2016 une Fédération Inter-Hospitalière et Universitaire de Soins Palliatifs entre le CHU de Tours et le CH de Luynes (FIHUSP).

II-a. Objectifs

Les trois objectifs de la FIHUSP sont :

Axe clinique

Développer les pratiques de soins palliatifs afin d'assurer une continuité des soins et de l'accompagnement pour les personnes en phase palliative ou terminale d'une maladie létale et/ou en fin de vie suivies par les équipes du CHU et/ou du CH de Luynes

- Insérer en amont le questionnaire relatif aux phases palliative et terminale afin d'anticiper les complications possibles et de construire un parcours de soins adapté
- Analyser les situations dans le cadre d'une pratique interdisciplinaire avec une approche globale du patient et une attention aux éléments contextuels
- Optimiser la collaboration entre les soignants et les équipes partenaires en intra et extra hospitalier (service référent, HAD, soignants libéraux, Médecins Généralistes, SSIAD, EHPAD, MAS, UMASP, EAD, USP...) afin d'assurer au mieux la continuité du parcours de soins

Axe Formation Professionnelle et Universitaire

Favoriser le développement des pratiques de soins palliatifs par la formation initiale et continue des intervenants des champs sanitaire et médico-social

Axe Recherche

Concevoir, mettre en œuvre et participer à des actions de recherche dans une dynamique pluridisciplinaire et si possible multicentrique dans les domaines de la recherche clinique et thérapeutique, de l'éthique, des sciences humaines et sociales et de la pédagogie en situations palliatives.

II-b. Fonctionnement

Sur le plan fonctionnel, la FIHUSP comprend :

Un comité de gouvernance :

- Le Directeur général du CHU de Tours,
- Le Directeur du CH de Luynes,
- Les Présidents de la CME du CHU de Tours et du CH de Luynes,
- Le Doyen de la Faculté de Médecine,
- Le trinôme des coordonnateurs de la Fédération
- Deux membres représentants du comité opérationnel,
- Un trinôme de coordonnateur comprenant un coordonnateur principal et deux coordonnateurs adjoints

Un comité opérationnel :

- Le trinôme des coordonnateurs,
- Les membres des équipes de soins palliatifs intégrées dans la FIHUSP
- Les représentants soins palliatifs des services avec LISP
- Un ou plusieurs représentants du Réseau régional de soins palliatifs

II-c. Création de la FIHUSP dans un contexte d'émergence du GHT 37

La création de la FIHUSP s'est trouvée d'emblée confrontée à l'émergence du GHT 37 d'autant qu'un des axes territorial choisis est le développement des soins palliatifs sur le département. Dans ce contexte, nous avons tenté de développer la dynamique de la FIHUSP et du GHT de manière synergique afin de ne pas multiplier des réunions ou projets qui sollicitent, dans les faits, les mêmes personnes. La visée, à terme, est d'insérer de manière graduée l'ensemble des projets dans le dispositif du GHT tout en respectant les spécificités de chaque établissement.

Il est cependant à noter que les territoires d'action de la FIHUSP et du GHT ne se recouvrent pas complètement. En effet, le GHT ne concerne que les structures publiques ou associatives alors que la fonction, par exemple de l'EAD 37, s'étend sur l'ensemble du département, que les structures demandeuses soient privées, publiques ou associatives.

En pratique :

- Une première réunion du Comité opérationnel de la FIHUSP a eu lieu le 13 octobre 2016 au CHU avec la présence des cadres et médecins des services LISP du CHU de Tours et de Chinon, des équipes opérationnelles territoriale de soins palliatifs, de représentants des directions des deux établissements, de l'équipe régionale de soins palliatifs-pédiatrie « Pallience », de représentants du Réseau régional de soins palliatifs.

- Une seconde réunion dans le cadre du GHT a eu lieu le 3 novembre 2016 au CH de Luynes avec la présence de représentants cadres, médicaux et administratifs du CH de Loches, d'Amboise, de Ste Maure de Touraine ainsi que des représentants cadres, médicaux et administratifs des 2 HAD.
- Une troisième rencontre a eu lieu le 16 novembre 2016 entre le Pr DIOT, le Pr CALAIS, Madame GERAIN BREUZARD et le Dr MALLET.

L'enjeu de ses trois rencontres était de faire un point sur les problématiques rencontrées en situation palliative et de dégager des axes pratiques à court et moyen terme.

II-d. Création de groupes opérationnels

Au terme de ces rencontres, il est décidé de créer des groupes opérationnels centrés sur des thématiques spécifiques et des acteurs.

- Groupe « LISP existants » :
L'axe central est de fédérer les référents en soins palliatifs des services LISP du CHU afin de maintenir et développer une démarche palliative de qualité en conformité aux critères nationaux des services avec LISP.
Certaines pistes de travail sont d'emblée dégagées : définition des fonctions du référent en soins palliatifs, rédaction de référentiels cliniques communs, formation permanente des soignants, échanges entre les acteurs afin de tirer profit des expériences des uns et des autres, rencontre annuelle avec le chef de service et le cadre de santé ...
Les services LISP du SSR et de médecine de Chinon ont rejoint d'emblée ce groupe de travail.
Le groupe LISP existant est coordonné par Sophie FRADIN et Sophie OLIVEREAU.
- Groupe « LISP en cours de création » :
Le but est d'aider les représentants institutionnels, les cliniciens et les soignants à structurer en anticipation les projets de création de LISP en s'appuyant sur les référentiels nationaux (circulaire) et l'expérience acquise dans les autres services de LISP.
Ce groupe comprend des membres des CH de Loches, d'Amboise et de St Maure de Touraine.
Sarah GLEY et Valérie DUCHENE coordonnent ce groupe.
- Groupe « Formations interdisciplinaires » :
L'axe « formation » est un vaste chantier qui ne peut être exclusivement couvert par les équipes de soins palliatifs. Dans un premier temps, ce groupe a comme fonction de maintenir la formation déjà existante sur 4 jours destinée aux soignants et aux médecins en l'intégrant à un modèle DPC. Dans un second temps, il s'agit de réfléchir sur de nouveaux types de formation à proposer en tenant compte du contexte du lieu de soins, du niveau d'apprentissage souhaité, de la disponibilité des soignants et des formateurs.
Ce groupe de formation pluridisciplinaire est coordonné par Nolwenn BEGAT et Agnès HELIE.
- Groupe « Equipe opérationnelle de soins palliatifs » :
Le but est d'accroître l'efficacité du partenariat entre les équipes de soins palliatifs du département aussi bien sur des objectifs internes (circulation des informations,

remplacements, rapprochements fonctionnels ou institutionnels, formation entre pairs...) qu'externes (accroissement des stages et projets pédagogiques pour les externes, formation des internes, répartition et coordination des formations, recherches...).

Ce groupe comprend des représentants de toutes les équipes référentes en soins palliatifs du département (EAD 37, UMASP, USP, EMSP de Chinon) ou de la région (Pallience).

Sophie FRADIN, François CHAUMIER, Donatien MALLET coordonnent ce groupe.

- Groupe « Recherches » :

A terme, si un renforcement des moyens humains est obtenu, un groupe recherche pourrait être créé. L'enjeu serait de développer des recherches en soins palliatifs au niveau régional et national (projet de création d'un Groupement De Recherche « médecine palliative et fin de vie » en lien avec le CNRS).

II-e. Thématiques ciblées

Parallèlement à ces groupes de travail, des thématiques ciblées peuvent être abordés lors de réunions explicitement dédiées à un sujet

- « Hospitalisations de répit » :

L'idée est de s'accorder sur un cadre et une organisation des hospitalisations de répit.

- « Coopération HAD – Services de soins » :

Il s'agirait de fluidifier la coopération entre les services et les HAD avec, notamment, l'anticipation et la préparation des retours à domicile, la transmission régulière des informations entre les différents acteurs, la clarification des critères d'inclusion ou d'exclusion d'admission dans les HAD.

II-f. Perspectives 2017

Pour l'année à venir, l'objectif est que chaque groupe acquiert sa propre dynamique et soit opérationnel.

Des points intermédiaires seront faits avec le comité opérationnel et le comité de pilotage de la FIHUSP ainsi qu'avec les représentants du GHT 37.

III- RESSOURCES HUMAINES

Composition de l'équipe

Fonction	Formations qualifiantes et/ou diplômantes en lien avec les soins palliatifs	ETP
IDE	/	0.8
IDE	DU Ethique	1
IDE	/	1
IDE	/	1
IDE	DU PEC de la douleur en SI	0.8
IDE	DU Soins Palliatifs	0.8
IDE	/	1
IDE	DU Douleur en cours	1
IDE	DU Soins Palliatifs	1
IDE	DU Soins Palliatifs	0.8
AS	/	1
AS	/	1
AS	/	1
AS	/	0.8
AS	DU Soins Palliatifs	1
AS	/	0.8
AS	DU Soins Palliatifs	1
AS	DU Soins Palliatifs	1
AS	/	1
AS	/	1
ASH	/	1
ASH	/	0.70
Psycho motricienne	/	0.5
Socio esthéticienne	/	0.2
Kinésithérapeute	/	0.08
Psychologue	/	0.4
Cadre de santé	DU Soins Palliatifs	0.8

Quantité de temps de travail par compétence en équivalent temps plein (ETP)

Fonction	Quotité prévue par la Circulaire du 25 mars 2008 (pour 10 lits)	ETP réalisés
Médecin	2,5 ETP	2.20
Assistante sociale	Un temps à prévoir	0.30
Psychologue	1 ETP	0.40
IDE	9 ETP	8.40

Aide-soignant	10 ETP	9.60
ASH	3,5 ETP	1.70
Cadre de santé	1 ETP	0.80
Kinésithérapeute	Un temps à prévoir	0.08
Psychomotricien	Un temps à prévoir	0.50
Compétence souhaitée : secrétaire		

Pourcentage de professionnels formés en soins palliatifs et/ou douleur (DU, DIU, Master, autres...)

- Pourcentage d'IDE formés aux soins palliatifs et/ou à la douleur : **44% (et une IDE formée à l'Ethique)**
- Pourcentage d'aides-soignants formés aux soins palliatifs et/ou à la douleur : **30%**

Formations reçues par les professionnels de l'USP dans l'année

Fonction	Titre / Thème de la formation	Nombre d'heures
3 IDE + 1 AS	Ethique et recherche	30h
1 IDE	Sensibilisation aux Soins Palliatifs	30h
1 IDE	Journée ERERC	7.5h
1 IDE + 2 AS	Journée SP en Pays de Loire	22.5h
1 IDE + 2 AS	Congrès SFAP 2016	67.5h
1 IDE + 1 AS + 1 ASH	Manutention	22.5h
1 IDE + 1 AS	Incendie	8h
1 IDE	Prévenir les petits conflits avec les familles	15h
1 IDE	DU Douleur	22.5h
3 IDE + 4 AS + 1 ASH	Utilisation des produits d'incontinence Hartmann®	8h
3 AS	Utilisation des produits d'incontinence Hartmann®	22.5h

2 AS	L'alimentation est un soin	15h
1 AS	Prévenir l'usure professionnelle	22.5h
1 Cadre	Ethique et management	3.5h
3 IDE + 4 AS + 1 ASH	PEC en psychomotricité	6h
3 IDE + 4 AS + 1 ASH + 1 cadre	Présentation Mémoire DU Ethique	6.75h
3 IDE + 1 cadre	Présentation Ligne de perfusion	3h
3 IDE + 4 AS + 1cadre	Utilisation du Picc-Line	6h
3 IDE + 4 AS + 1 ASH + 1 cadre	Sédation : Pratique, Loi et Ethique	9h
3 IDE + 4 AS + 1 ASH	Confusion et troubles cognitifs du sujet âgé	6h
3 IDE + 4 AS + 1 ASH	Prise en charge des douleurs neuropathiques	6h

Nombre de séances de supervisions dont l'équipe a pu bénéficier : 10

Le groupe d'analyses de pratiques professionnelles

Atelier Toucher-massage :

Tous les lundis de 14h30 à 15h30, un temps de toucher-massage est proposé à l'entourage des patients présents dans l'unité et les professionnels de l'établissement ont la possibilité de bénéficier de ce temps sur la base du volontariat en s'inscrivant au préalable auprès de l'équipe de l'unité.

Cérémonie du souvenir

Ce temps de commémoration des patients décédés dans l'USP au cours de l'année est préparé et animé par l'équipe soignante, la psychologue et les internes du service.

IV- FORMATION / ENSEIGNEMENT

Formation / enseignement dispensés par l'USP dans les Universités

Thème ou titre de la formation	Durée	Nombre et fonction des intervenants	Nombre d'heures mobilisées	Nombre et type de public
Formation médicale initiale (Licence et Master)				
- UE 5, soins palliatifs, cours magistraux	5 h	médecin, psychologue	5 h	260 étudiants en médecine
- UE 5, soins palliatifs ED	27 h	médecins	27 h	90 étudiants en médecine
- Enseignement éthique en DFGSM 3	6 h	médecin	6 h	260 étudiants en médecine
- Diplôme de préparation à la recherche SHS, éthique	20 h	médecins	20 h	15 étudiants en médecine
- UE sciences humaines L3 Ed relationnels	8 h	médecins psychologue	16 h	15 étudiants en médecine
Formation médicale initiale (Doctorat, DES et DESC)				
- DESC de médecine palliative, médecine de la douleur (Paris, Lille)	30 h	Médecin, infirmière	30 h	35 internes
DIU de soins palliatifs				
- Tours				
o Enseignements	21 h	Médecin, infirmière	21 h	5 médecins, 10 IDE, 8 AS, 3 psy, 3 divers
o Séminaires pédagogiques pour les mémoires réflexifs	9 h	Médecin, infirmière	9 h	1 médecin, 4 IDE, 1 psy
DU d'éthique				
- Tours	32 h	Médecin	32 h	5 médecins, 3 cadres, 2 directeurs, 3 psy, 2 IDE
- Journée de formation dans le cadre de l'Espace éthique de la région Centre	7 h	Médecin	7 h	8 médecins, 8 IDE, 4 psy, 4 cadres

Formation médicale initiale et continue des pharmaciens (Tours) - Formation médicale initiale (6 ième années, filière officine)	3h 2h 3h	Médecin, infirmière Médecin, infirmière psychologue psychologue	15 h	45 étudiants en master 2
Masters - Master national de recherche clinique en médecine palliative (Paris, Besançon, Tours) - Master de psychogériatrie (Tours)	32 h 8h	Médecin Médecin	32 h 8 h	6 médecins, 6 IDE, 3 psy
Total des formations universitaires	213 h		228 h	

Formation / enseignement dispensés par l'USP dans les Instituts de formation des soignants

Thème ou titre de la formation	Durée	Nombre et fonction des intervenants	Nombre d'heures mobilisées	Nombre et type de public
Soins Palliatifs	6h	1 IDE – 1 AS	15h	Promotion IFAS CRF Tours
PEC de la douleur	2h	1 IDE	/	Promotion IFSI CHU Tours
Accompagnement en fin de vie	2h30	1 IDE – 1 AS	15h	Promotion IFSI CRF Tours
Concept de mort, approches culturelles et religieuses	3h	1 IDE – 1 AS	7h30	Promotion IFAS CHU Tours
Législation et réglementation	3h	1 IDE – 1 AS	7h30	Promotion IFAS CHU Tours
Sensibilisation aux soins palliatifs	30h	1 Médecin - 5 IDE – 2 AS – 1 Psychologue – 1 Psychomotricienne – 1 socio esthéticienne – 1 cadre de santé	7h30	IDE et AS du CH Jean Pagès de LUYNES

Initiation au toucher massage	7h	1 IDE – 2 AS	7h	Promotion IFSI CHU Tours
Loi Léonetti, processus et étapes du deuil	3h	1 IDE – 1 AS	15h	Promotion IFSI CHU Tours
Besoins physiologiques et psychologiques en fin de vie	3h	1 IDE – 1 AS	7h30	Promotion IFSI CHU Tours
Présentation de l'USP	3h	1 IDE – 1 AS	/	IFSI ALLONNES (14 étudiants 3 ^{ème} année)
Présentation de l'USP	3h	1 IDE – 1 AS	/	IFSI VIERZON (8 étudiants 3 ^{ème} année)
Total des formations en Instituts de formation des soignants	65.5h		89h	

Total des formations universitaires	213	228
Total des formations en Instituts de formation des soignants	65.5	89
Total des formations	278.5 h	371 h

L'estimation réelle de la charge de travail de l'activité de formation et d'enseignement est minorée car il n'a été comptabilisé que le temps de présence effective en formation.

De plus, les soignants sont souvent sollicités sur des thématiques réflexives complexes (décision médicale, éthique, euthanasie, modifications du cadre légal et enjeux éthiques, approche philosophique de l'homme souffrant...) qui nécessitent un long temps de recherche et un souci pédagogique afin de rendre les présentations pertinentes et claires.

Par ailleurs, le temps consacré aux axes de formation nationaux ne sont pas non plus pris en compte, notamment la Présidence du Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs (cf. infra).

Cette année, la réforme des études médicales a occasionné un très important travail de coordination, de rencontres, de négociation et de rédaction de propositions remises au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (enseignements transversaux en soins palliatifs et FST de médecine palliative).

Nombre de suivis de mémoires, thèses, masters, DU, autres :

	Mémoires	Thèses	Masters	DU, DIU	Autres
Nombre	Récit réflexif, étudiants en médecine en stage : 17 Récit de situation complexe et authentique, Diplôme de préparation à la recherche en sciences humaines et sociales : 15	Jury thèse de médecine : 3	RSCA Master soins palliatifs : 15	Suivi DIU Soins Palliatifs : 6 Suivi DU éthique : 5	Jury DU éthique : 15 Jury DIU soins palliatifs : 10 Jury DESC médecine palliative 1 année : 8 Jury DESC médecine palliative 2 année : 10 Jury RSCA DPR SHS : 15

Nombre de suivis de Travaux de Fin d'Études par les non médicaux : 3

Fonction du professionnel	Thème du mémoire	Nombre d'heures mobilisées
Cadre de santé	Le masque du soignant face à la mort	6h
Cadre de santé	En route pour la qualité ! Sur le chemin de la relation d'aide, les émotions sont les pilotes	6h

Informations sur les stagiaires accueillis au sein de l'USP

Statut / fonction du stagiaire	Type de formation	Durée du stage
1 Médecin – 5 IDE – 3 AS – 1 Cadre de santé – 2 Internes	DU Soins Palliatifs	35h x 12
17 Etudiants	Externes Faculté de Médecine	35h x 17
2 IDE – 2 AS du service de Pneumologie du CHU de TOURS	Stage d'observation/échanges de pratiques	15h x 4
1 IDE Coordinatrice	Master de recherche palliative, éthique et maladies graves	70h
2 Etudiants Prépa Concours IDE	Stage d'observation	40h
1 Arthérapeute	Stage pratique	90h
1 Psychologue	Stage d'observation	35h
1 Psychologue	Stage pratique	220h

3 Etudiants infirmiers 3 ^{ième} année	IFSI	875h
1 Etudiante AS	IFAS	140h
1 IDE	Stage d'observation	35h
2 Etudiantes	Psychomotricienne	252h
1 Etudiante	Diététicienne	7.5h
Total stagiaires : 47 (2839.5h) (43 stagiaires en 2015)		

V- RECHERCHE

♦ Inscription au sein d'une équipe de recherche labellisée :

- Equipe émergente de recherche, « Education, éthique et santé : travailler ensemble et prendre soin », UFR de Tours
- RIRESP : réseau international de recherche en soins palliatifs-éthique (Université de Louvain)

♦ Inscription au sein d'équipe de recherche non labellisée

- Espace Ethique Région Centre
- Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs

♦ Thématiques de recherche

- Corps, clinique et délibération (HDR en cours)
- Délibération et décision médicale en soins palliatifs
- Pratiques soignantes, cadres légaux, questionnements éthiques :
Directives anticipées, droit à la sédation, dépénalisation de l'euthanasie, suicide assisté : réflexions éthiques.
- Pédagogie et soins palliatifs (N. Denis, C. Galle-Gaudin, G. Hirsch, D. Mallet)
 - Axes et repères pédagogiques pour les internes en médecine lors de stage en structures de soins palliatifs.
 - Etude qualitative en cours sur les apports et le vécu des internes lors de leurs stages dans une structure de soins palliatifs
 - Apprentissage de la compétence relationnelle en soins palliatifs.
 - Subjectivité de l'interne et du référent de stage lors de stages d'internes dans des structures de soins palliatifs Formation des internes sur les lieux de stage (Dr V. Duchêne, Dr N. Begat, coordination G. Hirsch)
- Satisfaction des Patients en Phase Avancée de Cancer, validation transculturelle et psychométrique du questionnaire de satisfaction des patients en phase avancée de cancer FAMCARE-Patient (F. Chaumier, travail de recherche en cours dans le cadre d'un Master de recherche en médecine palliative)
- Suivi de mémoires ou de thèses (DIU de soins palliatifs, DU d'éthique, Master de médecine palliative, thèse de doctorat en médecine).

- Membre de jury de thèses de médecine (Tours, Angers) ou de philosophie (Paris V, Université de Marne la vallée)

♦ Participation à des PHRC, PHRI et études :

Construction d'un référentiel de qualité indiquant le respect des directives anticipées de fin de vie des patients atteints de pathologie, incurables, / de maladie grave évolutive, de poly pathologie (Etude EREC, Fondation de France, N. Croyère)

♦ Publications, communications (références complètes) :

Livres

- D. Mallet, F. Chaumier in Aide-mémoire de soins palliatifs sous la coordination de A. Van Lander, A. Bioy, M.N. Belloir, D. Mallet, Dunod, Paris, publication prévue en 2017
 - « La personne humaine entre autonomie, vulnérabilité et dignité »
 - « Questions éthiques relatives à la nutrition et à l'hydratation artificielles en situation palliative »
 - « Questions éthiques relatives à la sédation en situation palliative »
 - « Questions éthiques relatives à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté »
 - « Questions éthiques relatives au droit à la sédation profonde et continue »
 - « Fonctions médicales et para-médicales en soins palliatifs » (avec M.-N. Belloir)
- D. Mallet, in Douleurs, soins palliatifs et accompagnement sous la direction de S. Perrot, N. Attal, M. Lanteri-Minet, P. Vinant, D. Mallet, Ed Medline, Paris, 2016, seconde édition
 - « Principaux repères cliniques en soins palliatifs »
 - « Identifier une situation relevant de soins palliatifs »
 - « Question éthiques spécifiques en situation palliative » (collaboration avec F. Chaumier)
- D. Mallet, F. Chaumier, « Eléments contextuels relatifs à la délibération chez les personnes cérébro-lésées », in Sédation et euthanasie : une éthique pour penser sous la direction de D. Jacquemin, Ed Lumen Vitae, Namur, 2017.
- D. Mallet, « Euthanasie » in *Dictionnaire du temps présent* sous la direction de Ch Hervé et Ch Zarka, publication prévue en 2017.

Articles dans revues à comité de lecture

- F. Chaumier, L. Touzet, S. Olivereau, D. Mallet, Prevalence of palliative patients with cancer treatment and high levels of discomfort in a french cancer center: is there a paradox?, *Journal of Palliative Medicine* 2016, 19(5), p. 477-80.
- F. Chaumier, E. Gyan, N. Vallet, B. Herault, D. Mallet, Acute myeloblastic leukemia in the elderly : how could palliative care teams and hematologics work together ?, *Journal of Palliative Medicine* (publication acceptée)
- N. Denis, D. Mallet, C. Galle-Gaudin, G. Hirsch, Apprentissage de la compétence relationnelle des internes en soins palliatifs : expérience pédagogique, *Médecine palliative* 2016, 15, p. 115-26.
- D. Mallet, F. Chaumier, Médecine, société et limites, quelles fonctions médicales ?, *Revue de psycho-oncologie* 2016, 10(1), p. 23-29.
- M. Mulot, C. Gallé-Gaudin, L. Montaz, B. Burucoa, D. Mallet, N. Denis-Delpierre, Formation des internes en Médecine de la Douleur et Médecine Palliative : Bilan des étudiants, *Médecine palliative* 2016, 15, p. 143-50.

Article dans revue sans comité de lecture

- D. Mallet, F. Chaumier, Ethique, psychique, pratique, sociétale : quatre fonctions pour les directives anticipées, Laennec, 2016, p. 41-57.

Communications dans un cadre international

- F. Chaumier, E. Gyan, N. Vallet, B. Herault, D. Mallet, Acute myeloblastic leukemia in the elderly : how could palliative care teams and hematologists work together ?, *European Association in Palliative Care* 2016, Dublin.
- D. Mallet, Fonctions soignantes et délibération chez les personnes cérébro-lésées, *Congres du Réseau international de recherche en éthique et soins palliatifs*, Bruxelles, 2016.
- N. Denis-Delpierre, C. Galle-Gaudin, G. Hirsch, D. Mallet, Evaluation du Diplôme d'Etudes Spécialisant en Soins Palliatifs par le mémoire réflexif : bilan d'une première expérimentation, *Congrès international de soins palliatifs*, Montréal, 2016.
- N. Denis-Delpierre, C. Galle-Gaudin, G. Hirsch, D. Mallet, Parcours pédagogique des internes en structure de soins palliatifs, *Congrès international de soins palliatifs*, Montréal, 2016.
- C. Galle-Gaudin, G. Hirsch, N. Denis-Delpierre, D Mallet, Evaluation par une étude qualitative faites auprès des internes d'un stage dans une structure de soins palliatifs, *Congrès pédagogie et accompagnement*, Tours, 2016.

Communications dans des conférences nationales et régionales

- D. Mallet, Directives anticipées : nouveau cadre légal, repères éthiques et pistes pratiques en oncologie, *Journée du Réseau régional Onco Centre*, Orléans, 2106.
- D. Mallet, Fonctions des soignants lors de la délibération chez des patients cérébro-lésés, *Journée de l'Espace éthique région Centre-Val de Loire*, 2016.
- D. Mallet, Demande sociale, cadre légal, réflexions éthique, *Colloque Loi Claeys-Leonetti*, Centre Laennec, Paris, 2016.
- D. Mallet, Directives anticipées : repères pratiques, *Journée du DIU de soins palliatifs*, Tours, 2016
- F. Chaumier, E. Gyan, N. Vallet, B. Herault, D. Mallet, Soins palliatifs et hématologie, vers une meilleure collaboration ? Exemple de la leucémie myéloblastique du sujet âgé, *Congrès de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs*, Dijon, 2016.
- D. Mallet, Réflexion sur le concept de l'éthique du corps épanou d'E Falques, *Journée régionale de l'Espace éthique régionale de la région Centre Val de Loire*, Tours, janvier 2016
- D. Mallet, Le récit en oncologie : fonctions, richesses et limites, *Congrès régional de l'association de psycho-oncologie du Haut Rhin*, Mulhouse, 2016.
- D. Mallet, Réflexion sur le concept de l'éthique du corps épanou d'E Falques, *Journée régionale de l'Espace éthique régionale de la région Centre Val de Loire*, Tours, janvier 2016

VI- DYNAMIQUE RESEAU

V-a Dynamique institutionnelle

Instances / Institutions	Thèmes	Fonction du participant
CME CLIN EPP Hémovigilance		Vice-présidence Présidence Responsable médical Vice-présidence
CLAN		IDE- AS
COMEDIMS		Médecins – IDE – cadre
CLUD		2 IDE – 1 AS – 1 Cadre
CSIRMT		1 IDE – 1 AS – 1 cadre
Formation	Sensibilisation aux soins palliatifs	Médecin – IDE – AS – Cadre
EPP	Constipation Soins de bouche Sédation	Médecin – IDE – AS Médecin – IDE – AS Médecin – IDE – AS
Groupe de réflexion	Ethique	Coordonateur du groupe Médecin – IDE – AS
Référent institutionnel	Douleur	IDE
Atelier Toucher-Massage		IDE – AS

V-b Dynamique départementale

Instances / Institutions	Thèmes	Fonction du participant
Adaspil	Rencontres départementales Journée mondiale de soins palliatifs	Médecin Cadre de santé
GHT 37	Volet cancérologie Volet soins palliatifs	Médecin

V-c Dynamique régionale

Instances / Institutions	Thèmes	Fonction du participant
Réseau régional de soins palliatifs	- Création d'un groupe de réflexion sur les directives anticipées - Membre du bureau du CPR	- Médecin – IDE - Cadre - Cadre

	- Groupe régional de réflexion sur la formation des internes sur les lieux de stages	- Médecins
Espace éthique régional de la région Centre Val de Loire	- Axe formation avec organisation conjointe de la formation médicale initiale et continue - Axe recherche - Intervention en éthique clinique (situation de personne en EVC ou EPR)	- Membre du Comité de pilotage régional
DESC médecine palliative médecine de la douleur	- Coordination interrégionale de l'enseignement et de la formation	- Responsable universitaire interrégional (Nantes, Brest, Angers, Poitiers, Rennes, Tours) - Membre de la commission nationale

V-d Dynamique nationale

Instances / Institutions	Thèmes	Fonction du participant
Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP)	Coordination du collège des professeurs associés en soins palliatifs Coordination, rédaction, présentation et discussion des propositions pour les Enseignements Transversaux en soins palliatifs (phase socle des DES de médecine) et la création d'une FST de médecine palliative dans le cadre de la restructuration du troisième cycle des études médicales (réforme LMD). Rapport Couraud-Prévot. Rencontre avec le Pr Couraud, puis le Pr Schlemmer. Liens avec le Collège national des collèges des enseignants en médecine (CNCEM) (Pr Mouthon, Pr Farges). Création d'un site national pour les étudiants en médecine avec mise en ligne du contenu du programme de l'ECN, items soins palliatifs (apports de connaissance, QCM, cas cliniques) (CNEFUSP, Société française de soins palliatifs). (www.sfap.org). Création, animation et/ou suivi des groupes de	Présidence

	travaux du CNEFUSP : - Animation du Master de recherche clinique en médecine palliative (Paris, cohabilitation par Besançon et Tours) - Renforcement de la formation en soins palliatifs dans le cadre de la réforme des études médicales. Seconde étude nationale sur la formation médicale initiale en soins palliatifs. Suivi de l'application de la réforme LMD, volet soins palliatifs. - Rédaction de cas clinique soins palliatifs à destination de la banque de l'ECN - Rédaction de « Préconisation de bonnes pratiques pour la formation continue non universitaire aux soins palliatifs » à destination des organismes assurant des formations en soins palliatifs (travail en lien avec l'HAS) - Définition des axes et de repères pédagogiques pour la formation des externes en médecine lors de stages dans des structures de soins palliatifs - Définition des axes et de repères pédagogiques pour la formation des internes lors de stages dans des structures de soins palliatifs - Définition d'axes et de repères pédagogiques pour la formation des internes à la compétence relationnelle lors de stages dans des structures de soins palliatifs. Création d'une grille d'auto-évaluation pour les internes - Formation à la pédagogie : approche pédagogique par compétences intégrées et famille de situation - Réflexion sur la réforme du DIU en ciblant les priorités (réforme à construire)	
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche Réforme LDM des études médicales Plan national de développement des soins palliatifs 2015-18 Axe formation	Coordination, rédaction et présentation des propositions pour la formation médicale transversale en soins palliatifs et la création d'une FST de médecine palliative. Restructuration du troisième cycle des études médicales. Rapport Couraud-Prévot. Puis, coordination par Pr Schlemmer Projet de création d'une « Plateforme nationale de recherche sur la médecine palliative et la fin	Coordinateur du groupe

	de vie » (CNRS, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche)	
Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD)	- Comité scientifique du congrès national de la SFAP (2017, Tours) - Comité organisationnel du congrès national de la SFAP (2017, Tours) - Coordination du livre avec S Perrot, P Vinant, V Blanchet, F Chaumier à destination des étudiants en médecine, Edition Medline, ECN, douleur-soins palliatifs, publication en 2014 sous l'égide de la SFETD et la SFAP. Rédaction en cours d'une seconde édition en 2016. - Comité scientifique du Manuel de soins palliatifs sous la direction de D. Jacquemin, Ed Dunot, publication en 2014	Médecin Cadre Coordinateur
Revue médecine palliative	Relecteur pour la revue « Médecine palliative » (articles éthiques ou réflexifs)	Relecteur

CONCLUSION

Dans la prolongation de ce qui fut initié depuis 10 ans, l'année 2016 reste marquée par une activité soutenue de l'USP aussi bien dans les champs de la clinique, de la formation et de la recherche. Cette activité continue de se déployer aux niveaux local, départemental, régional et national.

Parmi les nouveaux axes qui vont structurer les années à venir, on peut noter :

- La création de la Fédération inter hospitalo-universitaire de soins palliatifs CHU de Tours-CH de Luynes (FIHUSP).
Cette Fédération s'inscrit dans la continuité de la coopération clinique entre les deux établissements déjà instaurée depuis 10 ans. Mais elle lui donne une assise institutionnelle permettant de renforcer la collaboration et le rapprochement entre les équipes de soins palliatifs, construire et mettre en œuvre des projets communs, se positionner comme interlocuteur officiel des responsables médicaux, administratifs et universitaires des deux établissements.
- L'insertion dans le GHT 37 avec l'animation de l'axe « soins palliatifs » du département.
- L'investissement sur une nouvelle thématique de recherche consacrée au corps par le biais d'une HDR de philosophie et sciences et de la vie.

Si l'on peut se réjouir du maintien d'une dynamique collective, nous ne pouvons que constater et déplorer la souffrance éprouvée par l'ensemble de l'équipe soignante tout au long de l'année dans un contexte de remplacement insuffisant des soignants (congrès maternités...). Les arrêts prolongés de deux infirmières attestent des limites des capacités humaines à travailler avec qualité dans des USP si les effectifs ne sont pas maintenus de manière sécurisée et pérenne.

III- L'UNITE DE SOINS PALLIATIFS DU CHR D'ORLEANS

L'unité de soins palliatifs (USP) du Centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO) fait partie d'une unité fonctionnelle dénommée « Centre d'activité douleur et soins palliatifs » (CADSP) regroupant l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs (EADSP), la Consultation d'évaluation et traitement de la douleur (CETD) et l'Unité de traitement de la douleur (UTD).

Elle a débuté son activité le 1^{er} mars 2014, d'abord sur le site Porte Madeleine, puis dans des locaux temporaires sur le site de La Source en janvier 2015, à proximité immédiate du Nouvel hôpital d'Orléans (NHO). Son déménagement définitif au sein même du NHO s'est effectué en début de cette année 2016. L'UTD, adossée physiquement à l'USP, a débuté son activité en mars 2016. **Le début de l'année a donc été marqué par l'installation progressive de l'équipe dans ses locaux définitifs.**

I- ACTIVITE CLINIQUE

I-a. Informations concernant les patients :

- File active² = **233 patients** (189 patients en 2015)
- Nombre de séjours = **248**
- Performance status OMS à l'admission = 2 pour 9 patients (3 %), 3 pour 51 patients (20 %), 4 pour 188 patients (77 %)
- Âge moyen = 74 ans [20 ans – 100 ans]
- Répartition en fonction du sexe = 103 femmes (44 %), 130 hommes (56 %)

Origine géographique des patients (lieu de résidence habituel des patients)

Lieu d'origine	Nombre	%
Cher (18)	4	<i>ns</i>
Eure et Loir (28)	8	3,2 %
Loir et Cher (41)	9	3,5 %
Loiret (45)	219	88 %
Autres régions	8	3,2 %
Total	248	100 %

² Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année.

Nous avons comptabilisé dans ce tableau l'origine géographique des patients pour chacun de leur séjour, dans l'hypothèse d'un changement de résidence en cas de plusieurs admissions d'un même patient. Logiquement, la grande majorité des patients accueillis ont leur lieu de résidence dans le département du Loiret. Près de 12 % des admissions concernaient des patients dont le lieu de résidence était hors du département. 8 patients (3,4 %) résidaient en dehors de la région Centre : il s'agissait d'un rapprochement familial dans le cadre de pathologies en phase très avancée (tous sont décédés dans l'unité).

Modes d'admission

Auteur de la demande	Nombre de demandes	%
Services ou unité de soins du CH de rattachement de l'USP (dont le SAU)	158	64
Autres établissements de santé et médico-sociaux (MAS, FAM...)	34	13,5
EHPAD, domicile ou substituts (MARPA, foyers-logements...)	56	22,5
Total	248	100
dont en lien avec EMSP / EADSP = 74 (soit 30 %)		

Les modalités de recrutement des patients se sont modifiées par rapport à l'année précédente. En effet, la proportion de patients en provenance du CHR a diminué en passant de 76 % à 64 %, au profit d'un recrutement extérieur. Plusieurs explications sont possibles, notamment : meilleure connaissance des missions de l'USP parmi les médecins et établissements extérieurs, renforcement de l'articulation EAD-USP, augmentation du nombre de LISP au sein du CHR.

Principales pathologies

Pathologies	Nombre	%
Cancers et pathologies hématologiques	144	62 %
SLA	4	2 %
Pathologies neurologiques dégénératives hors SLA (dont démences)	20	8,5 %
Insuffisance cardiaque terminale	15	6,4 %
Insuffisance respiratoire terminale	15	6,4 %
Autres pathologies, pathologies associées (non cancéreuses)	35	15 %
Total	233	100 %

La proportion de patients souffrant de pathologie cancéreuse reste la plus élevée, même si l'ensemble des pathologies non cancéreuses n'est pas négligeable (38%). Les pathologies neurodégénératives représentent près de 11 % des patients, mais la « filière » SLA reste faible. La majorité des patients (77%) avaient un *Performance Status OMS* à 4 (donc charge en soins lourde).

Nombre de patients pour lesquels une assistante sociale a été sollicitée : 97

Nombre de patients pour lesquels un dossier social a été constitué (demande de subventions, fonds FINESS, aide sociale...) : 70

Modes de sortie

Modalité	Nombre	%
Décès	183	73,5 %
Retour à domicile	35	14 %
Transfert dans le service d'origine	15	6 %
Transfert ou admission en EHPAD/EHPA	7	3 %
Transfert en SSR	4	1,5 %
Transfert en USLD	1	NS
Autres	3	1 %
Total	248	100

L'USP s'inscrit encore majoritairement dans une prise en charge de fin de vie (avec la même proportion que l'année précédente). Parmi les 22,5 % de patients admis depuis le domicile (ou substitut), seuls 14 % d'entre eux ont pu regagner leur lieu de résidence. Les admissions pour répit sont faibles en proportion.

I- b. Informations concernant les séjours :

Nombre de séjours	Nombre d'hospitalisations	Durée Moyenne de Séjour
248	3754	15,5

13 patients ont été admis deux fois au cours de l'année, 1 patient a été hospitalisé trois fois, 1 patient quatre fois. Ces données confirment la faible proportion de patients admis pour répit.

I- c. Partenariats :

Les partenariats mentionnés au bilan d'activité de l'année précédente se sont maintenus, avec sur un plan clinique :

- les autres services de soins du NHO, dont la proximité facilite les échanges directs, parfois au sein même de l'USP. Mentionnons un étroit partenariat avec le service de neurochirurgie (analgésie intrathécale), le service d'anesthésie-chirurgie ambulatoire (PAC, pic-line) et l'unité psychiatrique de liaison ;
- l'EMSP, dont les locaux sont situés au même étage. Les praticiens de l'EMSP participent aux astreintes de l'USP ;

- l'EADSP avec (notamment) un praticien en temps partagé avec l'USP. Même remarque pour les astreintes ;
- la CETD et l'UTD, avec la pose de neurostimulateurs transcutanés externes et l'utilisation de la toxine botulique pour des contractures musculaires réfractaires. Même remarque pour les astreintes ;
- la pharmacie du CHR, avec la participation d'un praticien à la visite une fois par semaine ;
- les HAD, aussi bien dans le cadre de l'admission de patients que dans celui d'un retour au domicile.

De même, il existe des liens avec le CHS Georges Daumezon (patients en long séjour au CHS nécessitant une admission), avec visites des soignants habituels des patients dans l'USP.

Enfin, l'association JALMALV intervient régulièrement dans le service.

Autres partenariats :

- un quatuor de musiciens du Conservatoire d'Orléans, qui se déplace deux fois par mois ;
- le lycée horticole d'Orléans, qui confectionne et livre des compositions florales chaque mois ;
- l'association « paroles d'enfants », qui propose un temps de rencontre (qui se déroule en dehors du CHR et dans le cadre d'un goûter) pour le soutien des enfants dont un parent est atteint d'un cancer. Elle a été créée par un médecin psychiatre du CADSP et est animée par un médecin, des infirmières et psychologues du CADSP et du CHR.

II- RESSOURCES HUMAINES

Composition de l'équipe et quotité de temps de travail par compétence (en ETP)

Fonction		Quotité prévue par la Circulaire du 25 mars 2008 (pour 10 lits)	ETP réalisés (pour 12 lits)
Médecin		2,5 ETP	2,6
Assistante sociale		Un temps à prévoir	0,5
Psychologue		1 ETP	0,5
IDE		9 ETP	8,7
Aide-soignant		10 ETP	11,5
ASH		3,5 ETP	1 (voir commentaires *)
Cadre de santé		1 ETP	1
Kinésithérapeute		Un temps à prévoir	à la demande
Psychomotricien		Un temps à prévoir	à la demande
Autres compétences	Secrétaire		0,5
	Pharmacien		0,1
	Socio-esthéticienne		à la demande
	Psychiatre		à la demande

Un médecin de l'équipe a poursuivi son activité à la CETD (½ journée / semaine). Un praticien a un temps partagé entre l'USP (0,6 ETP) et l'EADSP (0,4 ETP).

Pour information, les praticiens de l'USP participent également (obligatoirement) aux gardes en semaine du service d'accueil des urgences (SAU).

Les professionnels intervenant « à la demande » sont issus soit d'équipes transversales, soit d'autres services de soins.

Les astreintes médicales sont assurées par 9 PH. L'astreinte est commune avec l'UTD. Un interne est également de garde sur place chaque nuit ainsi qu'en journée les week-end et jours fériés, pour tous les services.

Le poste d'interne a été occupé cette année par deux internes en 5^{ème} semestre et un interne en 6^{ème} semestre.

Comme l'année précédente, un pharmacien du CHR intervient dans le service une matinée par semaine. Cette collaboration, probablement originale dans une USP, s'avère précieuse. Elle est aussi un élément formateur pour les internes.

Il n'y a plus de temps spécifique de kinésithérapeute à l'USP. Nous devons donc solliciter le pool des kinésithérapeutes du CHR.

Le service de psychiatrie de liaison intervient sur demande (notamment pour les patients qui présentaient une pathologie psychiatrique chronique déstabilisée).

Nombre de professionnels formés en soins palliatifs et/ou douleur (DU, DIU, Master, autres...)

- Nombre de médecins (PH) ayant un DU ou DIU de soins palliatifs : DU = 2 et DIU = 1 (100 %)
- Nombre de médecins ayant une formation à la douleur : capacité = 2, DU = 2 (100 %)
- Nombre d'IDE ayant un DU ou DIU de soins palliatifs = 3 (34 %)
- Nombre d'aides-soignants ayant un DU ou DIU de soins palliatifs = 5 (43 %)

Remarque : la majorité des IDE et AS ont reçu la formation institutionnelle DPC en soins palliatifs, de 4 x 2 jours. L'interne du service assiste également à cette formation.

- Cadre de santé (CS) ayant un DU de soins palliatifs = 1
- Autres formations :
 1. DU « éthique » = 1 PH, 1 IDE et 1 AS
 2. formation « hypnose » = 1 AS
 3. licence de Sciences de l'éducation = 1 CS
 4. DU « stress, traumatismes et pathologies » = 1 PH
 5. formation en sophrologie / réflexologie = 1 CS

Formations reçues par les professionnels de l'USP dans l'année*

Fonction	Titre / Thème de la formation	Nombre d'heures
1 médecin, 1 IDE, 1 AS	Congrès national SFAP (Dijon)	60
1 IDE	Congrès national SFETD (Paris)	60
AS-IDE-CS	Journée régionale du réseau (Orléans)	6
médecin, IDE, AS, cadre, psy	Colloque éthique (ERERC) (Orléans)	7,5

Nous n'avons mentionné que les formations en relation avec les soins palliatifs (et l'éthique). En effet, de nombreuses journées d'information et de formations diverses en relation avec les soins en général (manutention, gestion conflictuelle, bientraitance...) ou hors relation directe (gestion du stress au travail, incendie...) ont eu lieu au sein du CHR, dans le cadre institutionnel.

Nombre de séances de supervisions dont l'équipe a pu bénéficier : 8

III- FORMATION / ENSEIGNEMENT

Formation / enseignement dispensés par l'USP

Thème ou titre de la formation	Durée	Nombre et fonction des intervenants	Nombre d'heures mobilisées	Nombre et type de public
Loi fin de vie (<i>Formation institutionnelle CHR « soins palliatifs (DPC) »</i>)	2 h x 2 (soit 4 h)	1 médecin	non comptabilisé	20 soignants du CHR (médecins, IDE, AS, psy)
Douleur et personnes âgées, placebo, céphalées, droit et douleur (<i>Formation institutionnelle CHR « douleurs »</i>)	3 h x 2 (soit 6 h)	1 médecin	(idem)	
Aspects sociaux en fin de vie	2 h	1 assist. sociale	(idem)	
La (les) sédation (s)	1h30	IDE des services USP, oncologie, radiothérapie	(idem)	15 IDE
Master 2 « droit médical » (<i>Université Paris-Lumières, P8</i>)	30 h	1 médecin	(idem)	25 étudiants
IFSI, thèmes « Soins palliatifs »	3 h x 3 (soit 9 h)	1 médecin	(idem)	groupes étudiants
IFSI (TP et ateliers)	2 h x 8 + 4 h x 4 (soit 32 h)	4 IDE, 1 AS	(idem)	groupes étudiants
IFSI, pharmacologie et thérapeutiques antalgiques	3 h	1 médecin	(idem)	amphi 3 ^{ème} année
Les lois relatives à la fin de vie (<i>inter-CLUD, CHS Daumezon</i>)	3 h	1 médecin	(idem)	≈ 15 IDE
Introduction à l'éthique (<i>groupe des secrétaires réseau soins palliatifs</i>)	2 h	1 médecin	(idem)	≈ 10 secrétaires
Réflexion éthique	2 x 2 h (soit 4 h)	1 médecin	(idem)	25 lycéens x 2

L'USP ne participe pas aux formations universitaires en soins palliatifs ou éthique de la région Centre. Elle intervient régulièrement à l'IFSI d'Orléans. Elle participe à la formation initiale des étudiants en droit médical et de la santé à l'Université Paris Lumières (P8).

Au niveau institutionnel, elle prend part à la formation en soins palliatifs organisée par l'EMSP (validation DPC), ainsi qu'à celle relative à la douleur organisée par la CETD (validation DPC).

Nombre de suivis de mémoires, thèses, masters, DU, autres

	Mémoires	Thèses	Masters	DU	Autres
Nombre	-	2 en cours (direction de thèse en médecine générale)	Partiels M2 droit santé	-	Exposé éthique (lycéens)

Nombre de suivis de Travaux de Fin d'Études (TFE) par les non médicaux

Fonction du professionnel	Thème du mémoire	Nombre d'heures mobilisées
IDE	Soins palliatifs	2 h + jury
IDE	Deuil	2 h + jury
CS	Soins palliatifs	2 h + jury
CS	Soins palliatifs	2 h + jury

♦ **Autres** : jury TIR « compétences de formateurs »

Informations sur les stagiaires accueillis au sein de l'USP

Statut / fonction du stagiaire	Type de formation	Durée du stage
6 EIDE	initiale	5 / 10 semaines
2 EAS	initiale	4 semaines
2 AS	Stage DU soins palliatifs	1 semaine
11 (IDE, AS)	Formation institutionnelle soins palliatifs	1 journée
1 médecin (chirurgien)	Formation institutionnelle soins palliatifs	1 journée
Internes en médecine	initiale	1 semestre
Total stagiaires : 24		

On retient la faible sollicitation de l'USP pour l'accueil de stagiaires dans le cadre d'un DU ou DIU de soins palliatifs. L'accueil d'étudiants en stage d'externat de médecine pourrait être envisagé, dans la limite des possibilités en locaux.

IV- RECHERCHE

Thèmes de recherche (et adossements):

Les commentaires mentionnés au bilan d'activité de 2015 restent d'actualité. La thématique principale porte sur le consentement (aussi : la volonté, l'autonomie, la disposition de soi...) du patient dans le champ juridique avec une approche méta-disciplinaire. Elle s'effectue sous l'égide de *l'Institut de recherche juridique de la Sorbonne* par l'intermédiaire de son École doctorale (ED 565).

En sus de cette thématique principale, l'intérêt porte tout particulièrement sur la place du droit dans le champ de la relation médecin-patient-entourage, la responsabilité médicale, la normativité, la dignité, avec un intérêt pour la fin de vie.

L'USP participe également à certains thèmes de réflexion et de recherche dans le cadre de *l'ERER Centre-Val de Loire* (ERERC). Une collaboration s'est ainsi nouée avec Mme Arhab-Girardin, maître de conférences en droit à la faculté de droit de Tours, membre du comité de pilotage et du groupe « relation soignant-soigné » de l'ERERC.

Toujours sur le plan juridique, des relations se sont nouées avec *la faculté de droit d'Orléans*. Mme Cheynet de Beaupré (Professeure de droit) et Mme Mauclair (MdC, codirectrice de l'Ecole de droit) participent aux réflexions du comité d'éthique du CHR.

Publications, communications, posters :

- *Le consentement éclairé du patient (du droit au respect de sa volonté)*, in S. Bornstein (dir.), « Traité de psychiatrie légale », Bruxelles, Bruylant, 2017, pp. 1299-1350 (ISBN-10 : 2802757512, ISBN-13 : 9782802757511).
- *Le secret médical, entre protection et partage*, in C. Puigelier (dir.), « Mélanges en l'honneur de Monsieur Claude Grellier », Paris, Mare et Martin, *sous presse*.

Communications orales :

- Congrès / colloques internationaux :
 - *Juxtaposer médecine et droit*, colloque « Les chercheurs de la relève : imaginer de nouvelles avenues en droit et sciences humaines », 6 mai 2016, Faculté de droit, Université de Montréal
- Congrès / colloques nationaux :
 - *Le droit du patient au respect de sa volonté*, atelier « Directives anticipées - législation », 11^e Congrès national de la SFAP, 16 juin 2016, Palais des congrès, Dijon.
- Congrès / colloques / conférences régionaux, locaux :
 - *Évolution de la loi relative à la fin de vie : quels enjeux pour le médecin, quelles conséquences pour la relation soignant-soigné ?*, conférence-débat, 19 avril 2016, HAD 45, Olivet.
 - *Le refus de soins : aspects juridiques*, colloque « Le soignant confronté au refus de soins : quel bien et pour qui ? », Espace éthique de la région Centre-Val de Loire, 10 mai 2016, salle de conférences, CHR d'Orléans.
 - *La bientraitance*, conférence-débat organisée par l'ARS 45, la CRSA et la Mutualité française, auditorium de la médiathèque d'Orléans, 30 septembre 2016.
 - *La loi visant à renforcer le droit des malades et des personnes en fin de vie*, conférence débat, clinique Oréliance, Orléans, 6 octobre 2016.

V- DYNAMIQUE RESEAU

V-a Dynamique institutionnelle

Instances / Institutions	Thèmes	Fonction du participant
Direction CHR	Préparation au déménagement 2016	équipe USP
Directoire commun CHR-CHU	Présentation USP et UTD	médecin
Direction, services	Groupe LISP	médecin, cadre (CS)
Comité éthique	Divers	Médecins (dont présidence), IDE, AS, CS, psy
Commission « soins palliatifs »	Soins palliatifs	médecins (dont présidence), IDE, AS, CS, psy
CME	-	2 médecins membres
CLUD	Variés	médecin, IDE, CS
DUQC	CRUQPC	médecin
DUQC	Médiations médicales	médecin
DUQC, certification HAS « droits des patients »	Pilotage, entretien d'évaluation sur la thématique, visite de certification	médecin
DUCQ	Participation à l'élaboration de documents institutionnels (information, personne confiance, dir. anticipées, livret décès...)	médecin
CACQSS	Variés	médecin
Direction, CACQSS	Conférence « EI liés aux soins »	médecins
Direction des soins	Ateliers des correspondants LISP	IDE, AS, CS
Commission des soins	Participation	CS
Formation institutionnelle (DPC) soins palliatifs	Participation, interventions	médecin, assist. sociale
Groupe « Journée mondiale de SP »	Soins palliatifs	CS, IDE, AS
Groupe USP	Réflexologie, aromathérapie, hypnose	médecin, CS, IDE, AS
Groupe « symptômes prévalent en soins palliatifs »	Soins palliatifs	CS, IDE, AS
SRPI	Référents hygiène	IDE, AS

La participation des professionnels de l'USP aux différentes instances, commissions et groupes de travail de l'institution reste importante. Au-delà de son objet propre, elle instaure une dynamique institutionnelle et une représentativité de l'USP au sein du CHR.

L'USP a été évaluée par les experts-visiteurs de l'HAS. Un médecin de l'USP a été audité dans le cadre de la thématique « droit des patients » (en tant que pilote de cette thématique).

V-b Dynamique départementale

Instances / Institutions	Thèmes	Fonction du participant
CD 45 - CHR	Journée mondiale de SP (animation des stands)	Equipe USP-EMSP-EADSP et instances CHR, bibliothèque
CD 45 - CHR	Journée mondiale de SP (conf. débat sur les lois relatives à la fin de vie)	médecin
CD 45	Réunions	CS, AS
CD 45	Conférence-débat lois relatives à la fin de vie	médecin

V-c Dynamique régionale

Instances / Institutions	Thèmes	Fonction du participant
Rencontres inter-équipes (oct. 2016)	-	médecin, CS, IDE, AS
ERERC	Conseil d'orientation	médecin
EREC, groupe « relation soignant-soigné »	Préparation du colloque annuel	médecin
ERERC	Participation au film du colloque « relation soignants-soignés »	CS
Groupe de réflexion sur les postes d'internes en SP	Participation aux réflexions du groupe	médecin
Comité scientifique du Congrès SFAP 2017	Participation	médecin
Comité scientifique du Congrès SFAP 2017	Sélection des résumés « cadres, normes, règles »	médecin
Comité organisationnel du Congrès SFAP 2017	Participation	CS
Réseau	Rencontre inter-équipes	médecin, IDE, AS

V-d Dynamique nationale

Instances / Institutions	Thèmes	Fonction du participant
Congrès SFAP 2017	Préparation du congrès	médecin, CS

IV - L'ÉQUIPE RESSOURCE REGIONALE EN SOINS PALLIATIFS PEDIATRIQUES : PALLIENCE

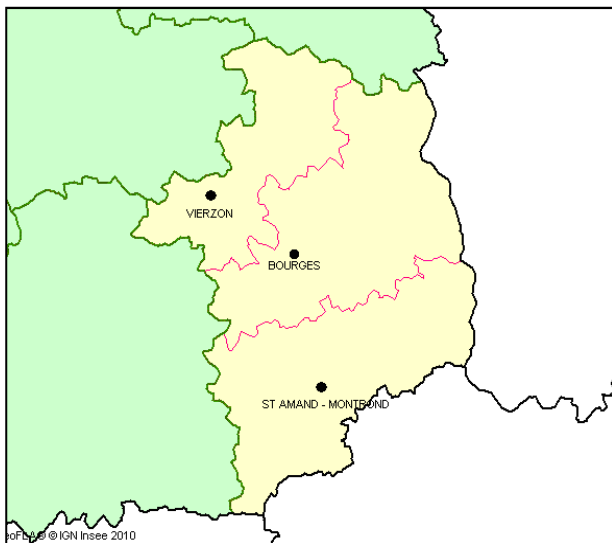
Les données d'activité de Pallience seront transmises ultérieurement.

5EME PARTIE :

DECLINAISON DE L'ACTIVITE AU SEIN DE CHAQUE DEPARTEMENT

I- LE CHER (18)

1- Données contextuelles départementales



- Superficie (en km²) : 7235
- Nombre d'habitants (au 01/01/2013) : 311650
→ dont personnes de 75 ans et plus : 37022, soit 11,9%
- Nombre et densité (/100000 hab.) au 01/01/2016 :
→ Médecins généralistes libéraux : 235 (75)
→ Infirmiers libéraux : 376 (121)
- Nombre de décès (en 2013) : 3597
→ Dont décès par tumeurs : 1073
- Taux comparatifs de mortalité prématurée par tumeurs :
→ hommes 119 (région CVDL : 102.8)
→ femmes 66.1 (région CVDL : 64.3)

* Source STATISS 2016

2- Comité Départemental

Le Comité Départemental de Soins Palliatifs du Cher est constitué sous la forme associative et se dénomme : CD 18.

Président du CD (nom/prénom) : Mme le Dr Anne DAVID-BREARD, Praticien Hospitalier, CH Sancerre.

BILAN D'ACTIVITE 2016
<u>Nombre de réunions :</u> 3
<u>Actions réalisées :</u> → Préparation et organisation de la Journée Mondiale de Soins Palliatifs 2016 avec l'association JAMAVIE
PERSPECTIVES EN 2017
<u>Projets à mettre en place :</u> → Projet USP ; → 13 ^{ème} Journée Mondiale de soins palliatifs 2017 ;

3- Lits Identifiés en Soins Palliatifs (cf tableaux pages 52 à 54)

4- Activité des équipes de soins palliatifs

Il existe quatre équipes mobiles sur le territoire :

- Une EMSP à vocation intra-hospitalière au CH de Bourges ;

- Une EMSP à vocation intra-hospitalière au CH de St Amand Montrond
- Une EMSP à vocation intra hospitalière au CH de Vierzon, avec aussi une activité dans les établissements de proximité
- Une équipe travaillant partout dans le département, à domicile ou en institutions sanitaires ou médico-sociales : l'EADSP 18.

♦ Composition des équipes de soins palliatifs et formation des acteurs (cf. tableau 2 page 33)

♦ Activité des équipes

Nombre total de personnes ayant bénéficié de l'intervention d'au moins une des équipes opérationnelles du département : **1291** (1277 en 2015, 1130 en 2014, 1118 en 2013, 1154 en 2012).

➤ **EADSP 18**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	283
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	70

- La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement du patient (5%), soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 32% des cas, la demande émane d'un médecin.

- 76% des patients sont atteints de cancer, 11% de pathologie neurologique.

- 226 patients ont été suivis à leur domicile, 53 en EHPAD et 4 en institution.

- La moyenne d'âge des patients est de 73 ans.

- L'équipe a eu connaissance du décès de 186 patients : 53 sont décédés chez eux, 41 en EHPAD et 92 en institution.

- Le nombre de personnes rencontrées pour un soutien psychologique à leur demande et pour lesquelles il y a eu une rencontre programmée dans un lieu et sur un temps déterminé est répertorié dans le tableau ci-dessous. **Il s'ajoute au nombre de patients.**

<i>Soutien d'une personne dont un proche est gravement malade</i>	1
<i>Soutien d'une personne dont un proche est décédé</i>	7
<i>Soutien d'un professionnel à titre individuel</i>	/
<i>Soutien d'un groupe de professionnels</i>	4
Total dossiers soutien, dont nouveaux en 2016	12 dont 10 nouveaux

➤ *Actions*

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **23 jours** (lié à l'absence de recrutement médical)

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	395
<i>Dont visites conjointes</i>	46
<i>Accueil dans les locaux</i>	23

<i>Contacts téléphoniques</i>	3247
<i>Courriers</i>	1175
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	5
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	2

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>		100%
<i>Conseil</i>		95%
<i>Évaluation</i>		91%
<i>Aide à la coordination</i>		74%
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	91%
	<i>Entourage</i>	82%
	<i>Professionnels</i>	82%

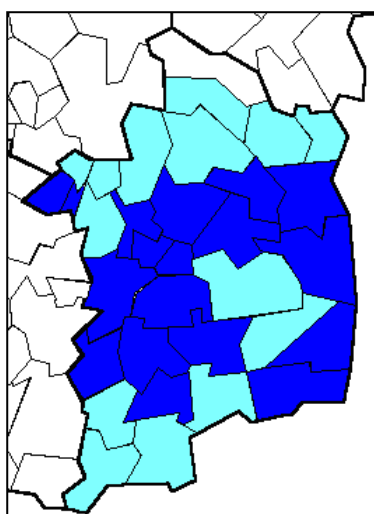
➤ *Collaborations*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients	
	2015	2016
<i>USP</i>	2	6
<i>EMSP / EADSP</i>	92	146
<i>Services disposant de LISP</i>	2	78
<i>HAD</i>	34	39
<i>Autres réseaux de Soins Palliatifs</i>	10	6
<i>Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques</i>	0	2

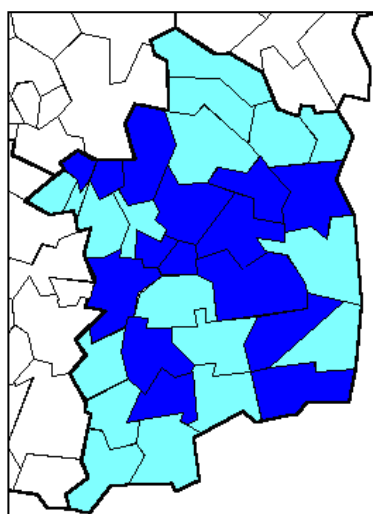
Collaborations pour anticipation		
	2015	2016
<i>SAMU</i>	4	2
<i>Urgences</i>	-	-

➤ Lieux d'intervention de l'EADSP 18

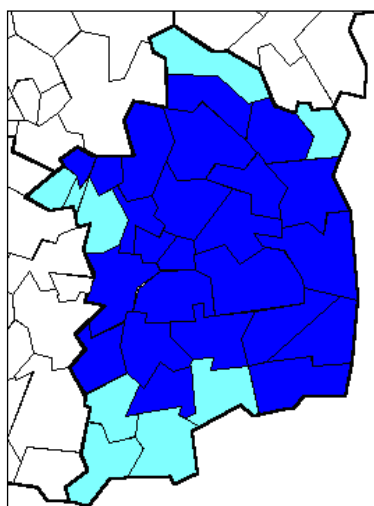
En 2012



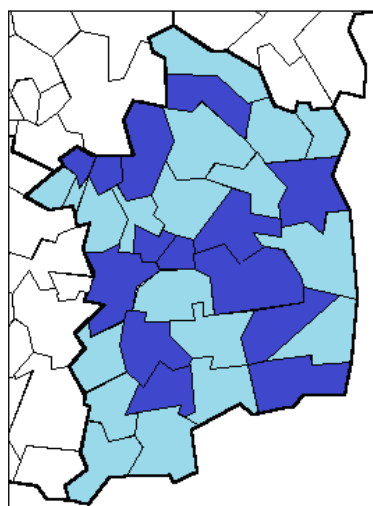
En 2013



En 2014

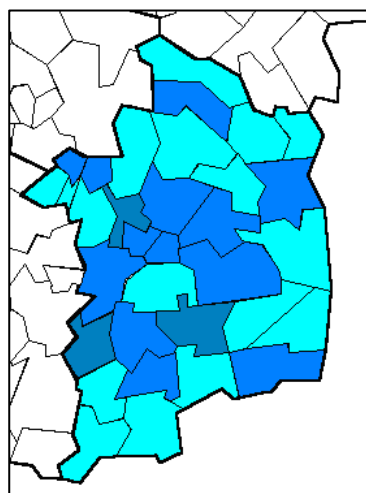


En 2015



- On n'y est jamais allé
- On y est allé 1 à 3 fois
- On y va régulièrement

En 2016



➤ **EMSP du CH de Bourges**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	526
---	------------

- 71% des patients sont atteints de cancer.
- La moyenne d'âge des patients est de 71 ans.

➤ **Actions**

Nature des actions	Nombre
Evaluation douleur et symptômes d'inconfort	2352
Rencontre et/ou soutien des proches	536
Soutien patient	888
Préparation du retour à domicile	177
Difficultés techniques des soignants	99
Difficultés sociales	40
Procédures collégiales	17
Directives anticipées	13
Conseils	199
Débriefings	15

➤ **Collaborations :**

L'EMSP collabore régulièrement avec d'autres structures de soins palliatifs :

- **L'EADSP 18** : En 2016, **67 relais** de prise en charge ont été effectués par l'EMSP vers l'EADSP 18. Il existe des liens étroits entre ces deux équipes : **8 réunions** ont été organisées cette année pour évoquer les patients pris en charge en commun. A cela s'ajoute des contacts téléphoniques réguliers et des transmissions par le biais du médecin (commun aux deux équipes cette année).

- **L'HAD** : En 2016, **12 relais** de prise en charge ont été effectués vers un service d'HAD (service HAD de Bourges ou HAD du Berry). Pour les patients communs, des contacts téléphoniques permettent d'anticiper le retour à domicile et la ré hospitalisation au mieux.

- **Association de bénévoles JAMA'VIE** : collaboration en 2016 pour **181 prises en charges**. Un temps de transmission hebdomadaire est prévu entre les bénévoles qui interviennent sur l'hôpital (site Jacques Cœur) et l'EMSP. Par ailleurs, une rencontre est organisée tous les ans pour faire le bilan de cette collaboration.

➤ **Lieux d'intervention :**

Services	Nb de patients
<i>Cardiologie</i>	15
<i>Endocrinologie</i>	3
<i>Gastro-entérologie</i>	45
<i>Gérontologie</i>	8
<i>Hématologie</i>	2
<i>Hémodialyse</i>	0
<i>HDJ Oncologie</i>	72
<i>Médecine Interne/infectiologie</i>	22
<i>Médecine Polyvalente</i>	57
<i>Néphrologie</i>	16
<i>Neurologie</i>	14

ORL	17
Orthopédie 2	7
Pneumologie	94
SSR A (J. Cœur)	31
SSR 1 et 2 (Taillegrain)	8
UHTCD	52
Urgences	13
Urologie	12
USIC	7
Chirurgie Viscérale et Vasculaire	17
Gynécologie	11
Pédiatrie	1

➤ **EMASP du CH de St Amand-Montrond**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	140
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	3

- Pour tous les patients il y a eu une rencontre physique avec le patient et /ou son entourage et/ou les soignants.

- La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement du patient ou de son entourage (0,5%). Dans 95% des cas, la demande d'intervention émane d'un médecin.

- 71% des patients sont atteints de cancer, 10 % de pathologie neurologique.

- La moyenne d'âge des patients est de 77,72 ans.

- L'équipe a eu connaissance du décès de 88 patients au Centre Hospitalier de St Amand-Montrond.

➤ **Actions :**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	570
<i>Dont visites conjointes</i>	111
<i>Accueils dans les locaux</i>	24
<i>Contacts téléphoniques</i>	89
<i>Courriers</i>	24
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	34
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	5

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
Information		30%
Conseil		
Évaluation		88%
Aide à la coordination		96%
Soutien	Patient	100%

	<i>Entourage</i>	100%
	<i>Professionnels</i>	100%

Nature des actions	Nombre
Douleur et autres symptômes	85
Rencontre et/ou soutien des proches	76
Difficultés psy et/ou morales du malade	135
Réunions soignants, staffs, aide à la décision	21
Difficultés psy et/ou morales des soignants	12
Difficultés sociales	15
Aide à la coordination	134
Evaluation globale	124
Prise de nouvelles	259
Information / conseil	42

➤ *Collaborations :*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients	
	<i>2015</i>	<i>2016</i>
<i>USP</i>	/	1
<i>EMSP / EADSP</i>	12	25
<i>Services disposant de LISP</i>	/	/
<i>HAD</i>	14	6
<i>Autres réseaux de Soins Palliatifs</i>	1	3
<i>Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques</i>	/	/

➤ **EMSP du CH de Vierzon**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	342
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	152

▪ La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement du patient ou de son entourage (4%), soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 24% des cas, la demande émane d'un médecin.

▪ 79% des patients sont atteints de cancer, 6% de pathologie neurologique.

▪ La moyenne d'âge des patients est de 64 ans.

▪ L'équipe a eu connaissance du décès de 153 patients, 5 sont décédés chez eux, 18 en EHPAD, et 139 en institution.

Le nombre de personnes rencontrées pour un soutien psychologique à leur demande et pour lesquelles il y a eu une rencontre programmée dans un lieu et sur un temps déterminé est répertorié dans le tableau ci-dessous. **Il s'ajoute au nombre de patients.**

<i>Soutien d'une personne dont un proche est gravement malade</i>	42
<i>Soutien d'une personne dont un proche est décédé</i>	16
<i>Soutien d'un professionnel à titre individuel</i>	4
<i>Soutien d'un groupe de professionnels</i>	10
Total dossiers soutien, dont nouveaux en 2016	42 dont 38 nouveaux

➤ *Actions :*

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **24 heures**

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>		23%
<i>Conseil</i>		64%
<i>Évaluation</i>		100%
<i>Aide à la coordination</i>		55%
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	100%
	<i>Entourage</i>	68%
	<i>Professionnels</i>	4%

➤ *Collaborations :*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients	
	2015	2016
<i>USP</i>	0	0
<i>EMSP / EADSP</i>	5	2
<i>Services disposant de LISP</i>	190	192
<i>HAD</i>	5	54
<i>Autres réseaux de Soins Palliatifs</i>	0	/
<i>Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques</i>	0	0

Collaborations pour anticipation		
	2015	2016
<i>SAMU</i>	CH Bourges	/
<i>Urgences</i>	CH Vierzon	20

➤ *Lieux d'intervention :*

A noter que l'équipe se déplace hors les murs du centre hospitalier de Vierzon pour des prises en charge de proximité.

Services	Nb de patients	Dont hospitalisés sur LISP
<i>Médecine Générale</i>	210	186
<i>HDJ Médical</i>	70	
<i>Chirurgie Générale</i>	2	
<i>USC</i>	2	
<i>Urgences</i>	2	
<i>SSR</i>	5	
<i>EHPAD</i>	2	
<i>Consultations douleurs chroniques</i>	48	
<i>Gynéco obstétrique</i>	1	

♦ L'activité de formation sur le département

L'ensemble des formations données est récapitulé dans les tableaux 3 et 4 (pages 34 à 45).

Toutes les équipes du département ont une activité de formation : 86h de formation ont été délivrées par l'EADSP 18, 24h par l'EMSP de St Amand Montrond et 45h par l'EMSP de Vierzon. Soit un **total de 155h**.

Les formations sont données en divers lieux du territoire, ce qui participe à la dynamique territoriale du réseau.

♦ L'encadrement des stagiaires sur le département

Huit stagiaires ont été accueillis par les équipes du département (cf. tableau 5 pages 46-47).

♦ L'activité en lien avec la dynamique réseau

Toutes les équipes participent à des travaux institutionnels, mais aussi à des travaux territoriaux, régionaux, nationaux.

■ Au niveau du département, la dynamique territoriale se traduit à travers les différentes collaborations existantes, tant en intra-hospitalier (cf. les lieux d'intervention des EMSP) qu'avec les structures sanitaires (dont les structures « spécialisées » en soins palliatifs) ou médico-sociales et les libéraux, comme en témoigne le tableau des partenaires de l'EADSP 18 :

S T R U C T U R E S		Nombre
	<i>Hôpitaux publics</i>	20
	<i>SSIAD</i>	14
	<i>EHPAD</i>	20
	<i>Institutions privées (cliniques)</i>	4
	<i>Établissements pour personnes en situation de handicap</i>	4
	<i>SSR</i>	5
	<i>Établissements psychiatriques</i>	1
	<i>HAD</i>	2
	<i>Associations et Services d'aides à domicile</i>	8
	<i>Associations de bénévoles</i>	1
	<i>UCSA</i>	-
	<i>SMPR</i>	-
	<i>Autres</i>	8

L I B E R A U X	Professionnels	Nombre
	<i>Médecins</i>	136
	<i>IDE</i>	97
	<i>Autres</i>	15

- La dynamique réseau s'inscrit également dans les réunions et actions de communication :

● **EADSP 18**

- *Actions de communication sur les soins palliatifs destinées au grand public :*
 - Participation à l'action de communication organisée par l'équipe St Amand à destination du grand public dans le cadre de la Journée Mondiale de Soins Palliatifs.
- *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*
 - Réunions EADSP18/EMSP de Bourges concernant les patients et les formations ;
 - Communications téléphoniques par e-mail et par télécopie avec les EMSP du Cher ;
 - Réunions avec les EHPAD pour travailler sur la cartographie du territoire ;
 - CLUD : plénières et sous-commission « Soins palliatifs ».
- *Participation à des actions départementales :*
 - Réunion d'échanges autour des prises en soins communes des patients (HAD de Bourges, HAD du Berry, EMSP de Bourges).
- *Participation aux travaux du réseau régional :*
 - Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région ;
 - Représentation du Cher à la commission communication du réseau ;
 - Participation aux réunions des IDE des EADSP de la région.

● **EMSP du CH de Bourges**

- *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*
 - CLUD : plénières, sous-commission « Soins palliatifs » et « Douleur » ;
 - Groupe d'aide éthique.
- *Participation à des actions départementales :*
 - Réunions du Comité Départemental de Soins Palliatifs du Cher (secrétariat) ;
 - Réunions inter-équipes mobiles de soins palliatifs du Cher ;
 - Soirée RMCC soins palliatifs.
- *Participation aux travaux du réseau régional :*
 - Participation à une rencontre inter-équipes de soins palliatifs de la région.

● **EMASP du CH de St-Amand-Montrond**

- *Actions de communication sur les soins palliatifs destinées au grand public :*
 - Conseils et orientation des EHPAD extérieurs concernant les besoins en soins palliatifs ;
 - Intervention pour présenter l'équipe à l'IFAS ;
 - Pièce de théâtre suivie d'un débat dans le cadre de la Journée Mondiale des Soins Palliatifs ;
 - Formation Snoezelen ;
 - Sensibilisation à la douche au lit ;
 - Réunion et information référents soins palliatifs ;
 - Elaboration des nouvelles plaquettes EMAPS et loi Léonetti ;
 - Réunions inter-équipes mobiles de soins palliatifs du Cher ;
 - Congrès Soins Palliatifs à Dijon.
- *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*
 - Participation au CLUD ;
 - Participation active à la certification ;
 - Accueil, encadrement et formation des bénévoles ;
 - Présentation de l'équipe aux EIDE dans les différents services ;
 - Liens EMASP/EADSP ;
 - Procédures collégiales / Staffs.
- *Participation aux travaux du réseau régional :*
 - Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région.

- **EMSP du CH de Vierzon**

- *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*
 - Participation au CLUD du CH de Vierzon pour la journée mondiale de lutte contre la douleur.
- *Participation à des actions départementales :*
 - Réunions départementales de soins palliatifs.
- *Participation aux travaux du réseau régional :*
 - Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région.

II- L'EURE-ET-LOIR (28)

1- Données contextuelles départementales



- Superficie (en km²) : 5880
 - Nombre d'habitants (au 01/01/2013) : 432967
→ dont personnes de 75 ans et plus : 39229 soit 9.1%
 - Nombre et densité (/100000 hab.) au 01/01/2016 :
→ médecins généralistes libéraux : 300 (69)
→ infirmiers libéraux : 347 (80)
 - Nombre de décès (en 2013) : 3865
→ dont par tumeurs : 1098
 - Taux comparatif de mortalité prématurée par tumeurs :
→ hommes 99.7 (102.8 région CVDL)
→ femmes 61.5 (63.4 région CVDL)
- * Source STATISS 2016

2- Comité Départemental

Le Comité Départemental de Soins Palliatifs de l'Eure-et-Loir est constitué sous la forme associative et se dénomme : ARESPEL.

Président du CD (nom/prénom) : Mme Chantal NEVES, Cadre de santé retraitée.

BILAN D'ACTIVITE 2016
<u>Nombre de réunions :</u> 4
<u>Thématiques abordées :</u> → Journée mondiale → Projet de conférence « Droits de la personne âgée dépendante » → Vie du réseau / GHT → Formations → Congrès 23 ^{ème} congrès SFAP → Comité de pilotage régional → Conférence « Bientraitance pour tous, agissons ensemble » → Communication
<u>Actions réalisées :</u> → Journée mondiale : 2 manifestations ont été organisées, l'une à Chartres au cinéma Les enfants du paradis, et l'autre à Dreux au ciné centre. Pour les 2, projection du film de la SFAP « Le temps qu'il nous reste à vivre », suivie d'un débat avec la salle. → Formations : - Loi Claeys Léonetti à Châteaudun le 4 février 2016 - Conférence « Bientraitance pour tous, agissons ensemble » aux enfants du paradis à Chartres le 25 novembre 2016 → GHT Dreux / Chartres : Travail d'élaboration d'une convention constitutive du GHT en cours avec les établissements du

département (Dreux, Chartres, Châteaudun, Nogent, Bonneval et La Loupe) Le volet « Soins palliatifs » est en discussion. → Congrès SFAP de Dijon : l'ARESPEL a financé une inscription. → Participation au CPR et au CA d'ONCO 28 → Participation aux CO et CS du congrès de la SFAP 2017 à Tours → Mise à jour continue du site internet → Réactualisation des dépliants « Directives anticipées » et « ARESPEL / ressources en soins palliatifs dans le département »
PERSPECTIVES EN 2017
<u>Projets à mettre en place :</u> → Conférence « Droits de la personne âgée dépendante » à Châteaudun le 9 mars 2017 organisée avec JALMALV → Participation à la préparation du congrès SFAP 2017 à Tours → Remise à jour des documents sur les antalgiques opioïdes → Journée mondiale : réfléchir à quelque chose qui mobilise davantage → Continuer les formations sur les structures qui nous sollicitent → Envisager des formations courtes et ciblées en direction des professionnels de soirée → Réfléchir sur la création d'un espace de parole neutre pour les soignants car il semble y avoir une demande qui reste à clarifier → Création d'une page Facebook ?
<u>Nombre de rencontres prévues : 5</u>

3- Lits Identifiés en Soins Palliatifs (cf tableaux pages 52 à 54)

4- Activité des équipes de soins palliatifs

Il existe trois équipes sur le territoire :

- Deux EMSP travaillant strictement en intra-hospitalier (Chartres et Dreux),
- Une équipe travaillant partout dans le département, hors de ces institutions, à domicile ou en institutions sanitaires ou médico-sociales : l'EADSP 28.

♦ **Composition des équipes de soins palliatifs et formation des acteurs** (cf. tableau 2 page 33).

♦ **Activité des équipes**

Nombre total de personnes* ayant bénéficié de l'intervention d'au moins une des équipes opérationnelles du département : **1347** (1250 en 2015, 1169 en 2014, 991 en 2013, 1022 en 2012).

➤ **EADSP 28**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	320
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	22

- La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement du patient ou de l'entourage (12 %) soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 30 % des cas, la demande émane d'un médecin.

- 60 % des patients sont atteints de cancer, 20 % de pathologie neurologique.

- 150 patients ont été suivis à leur domicile, 123 en EHPAD et 45 en institution sanitaire.

- L'équipe a eu connaissance du décès de 179 patients : 51 sont décédés chez eux, 67 en EHPAD et 59 en institution.

- Le nombre de personnes rencontrées pour un soutien psychologique à leur demande et pour lesquelles il y a eu une rencontre programmée dans un lieu et sur un temps déterminé est répertorié dans le tableau ci-dessous. **Il s'ajoute au nombre de patients.**

<i>Soutien d'une personne dont un proche est gravement malade</i>	4
<i>Soutien d'une personne dont un proche est décédé</i>	4
<i>Soutien d'un professionnel à titre individuel</i>	1
<i>Soutien d'un groupe de professionnels</i>	7
Total dossiers soutien, dont nouveaux en 2016	16 dont 16 nouveaux

➤ Actions

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **4 jours**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	319
<i>Dont visites conjointes</i>	143
<i>Accueils dans les locaux</i>	3
<i>Contacts téléphoniques</i>	1710
<i>Courriers</i>	454
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	21
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	1

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
Information		94 %
Conseil		82 %
Évaluation		60 %
Aide à la coordination		15 %
Soutien	Patient	20 %
	Entourage	30 %
	Professionnels	34 %

➤ Collaborations

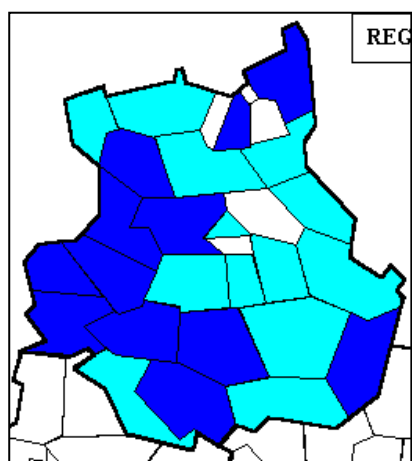
Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients	
	<i>2015</i>	<i>2016</i>
<i>USP</i>	27	29

<i>EMSP / EADSP</i>	34	44
<i>Services disposant de LISP</i>	21	36
<i>HAD</i>	34	30
<i>Autres réseaux de Soins Palliatifs</i>	1	3
<i>Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques</i>	0	0

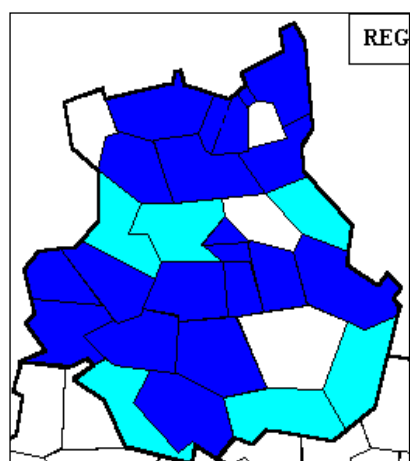
Collaborations pour anticipation		
	<i>2015</i>	<i>2016</i>
<i>SAMU</i>	1	3
<i>Urgences</i>	1	0

➤ Lieux d'intervention de l'EADSP 28

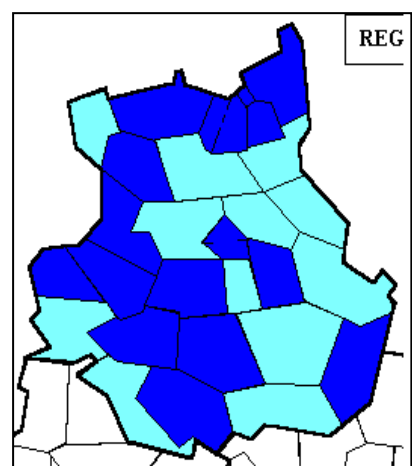
En 2012



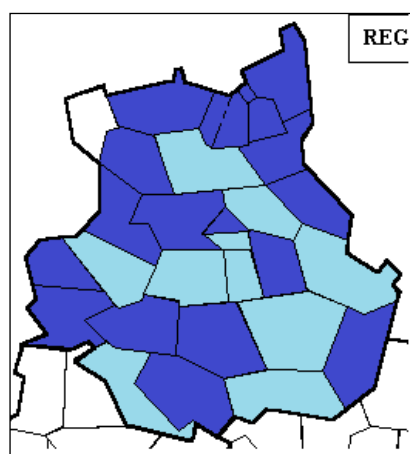
En 2013



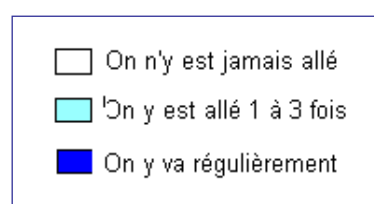
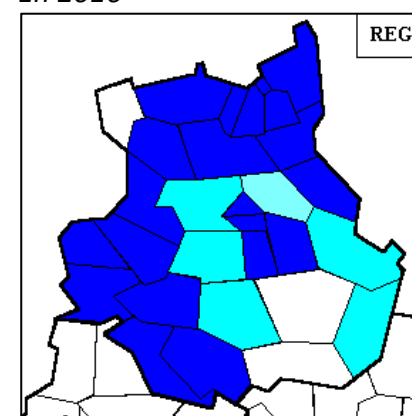
En 2014



En 2015



En 2016



➤ **EMSP du CH de Chartres**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	427
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	18

▪ La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement du patient ou de son entourage (36%) soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 58% des cas, la demande émane d'un médecin.

▪ 41 % des patients sont atteints de cancer, 7% de pathologie neurologique.

▪ L'équipe a eu connaissance du décès de 162 patients.

▪ La moyenne d'âge est de 71 ans.

▪ Le nombre de personnes rencontrées pour un soutien psychologique à leur demande et pour lesquelles il y a eu une rencontre programmée dans un lieu et sur un temps déterminé est répertorié dans le tableau ci-dessous. **Il s'ajoute au nombre de patients.**

<i>Soutien d'une personne dont un proche est gravement malade</i>	74
<i>Soutien d'une personne dont un proche est décédé</i>	55
<i>Soutien d'un professionnel à titre individuel</i>	6
<i>Soutien d'un groupe de professionnels</i>	34
Total dossiers soutien, dont nouveaux en 2016	169

➤ **Actions**

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **<48 heures**

▪ Actions lors des interventions cliniques de l'équipe auprès des patients :

Analyse de situation et consultance clinique	1072
Consultation du dossier médical	357
Rencontre soignant	590
Rencontre patient	763
Rencontre proche	59
Conseil ponctuel	27
Aide à la réflexion	107
Procédure collégiale médicale	42
Autre discussion éthique	35
Conseil ou aide/relationnel	55
Soutien d'équipe lors d'intervention clinique	34
Compagnonnage dans le soin	4
Réunions de débriefing formels	7
Réunions d'analyse de pratiques formalisées	13
Réunions de concertation clinique collective	23
Apports théoriques	1
Prise en charge et orientation des proches	-
Personnes suivies en situation de deuil	55

Interventions dans le cadre d'une annonce de mauvaises nouvelles	46
Personnes orientées vers un professionnel ou une association extérieurs	13

- Actions auprès des soignants hors des interventions cliniques auprès d'un patient :

Type d'action (écoute, conseil, analyse de pratique, débriefing)	Nombre
Actions auprès de professionnels en individuel	156
Actions auprès de professionnels de services ayant des LISP en collectif	35
Actions auprès de professionnels de services n'ayant pas de LISP en collectif	31

Lieux d'intervention :

Services	Nb de patients vus dans le service	Agrément LISP	Nombre de LISP du service
<i>Pneumologie</i>	41	X	6
<i>Gastro-entérologie</i>	29	X	3
<i>Diabétologie</i>	20	X	
<i>Neurologie</i>	27	X	4
<i>Rhumatologie</i>	15	X	
<i>Oncologie</i>	12	X	6
<i>Cardiologie</i>	24		
<i>Gériatrie</i>	37		
<i>Néphrologie</i>	12		
<i>Réanimation</i>	3		
<i>SSR</i>	19	X	2
<i>Urgences</i>	15		
<i>EHPAD</i>	15		
<i>Chirurgie</i>	4		
<i>Gynécologie</i>	3		
<i>Pédiatrie</i>	3		
<i>Extérieur</i>	148		

➤ EMSP du CH de Dreux

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	600
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	484

▪ La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement du patient ou de son entourage (5 %) soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 25 % des cas, la demande émane d'un médecin.

- 49 % des patients sont atteints de cancer, 6 % de pathologie neurologique.

➤ Actions :

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **24 heures**

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Conseil</i>		46%
<i>Évaluation</i>		100%
<i>Aide à la coordination</i>		7%
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	100%
	<i>Entourage</i>	53%
	<i>Professionnels</i>	57%

➤ *Lieux d'intervention :*

Services	Nb de patients
<i>Cardiologie</i>	47
<i>Oncologie / pneumologie</i>	211
<i>Chirurgie</i>	65
<i>Endocrinologie</i>	10
<i>Gastro-entérologie</i>	80
<i>Maternité/Gynécologie</i>	1
<i>Médecine Gériatrique</i>	83
<i>Médecine Polyvalente</i>	49
<i>Neurologie</i>	37
<i>Pédiatrie</i>	0
<i>Réanimation + Surveillance continue</i>	5
<i>USLD</i>	Non répertorié
<i>SSR</i>	23
<i>EHPAD</i>	15
<i>Urgences</i>	41

➤ *Collaborations*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients
<i>USP</i>	44
<i>EMSP / EADSP</i>	30
<i>Services disposant de LISP</i>	-
<i>HAD</i>	0
<i>Autres réseaux de Soins Palliatifs</i>	0
<i>Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques</i>	0

♦ L'activité de formation sur le département

L'ensemble des formations données est récapitulé dans les tableaux 3 et 4 (pages 34 à 45).

Toutes les équipes du département ont une activité de formation : 69h30 de formation ont été délivrées par l'EADSP 28, 141h30 par l'EMSP de Chartres, et 159 h par l'EMSP de Dreux. Soit un **total de 370 h**.

Les formations sont données en divers lieux du territoire, ce qui participe à la dynamique territoriale du réseau.

♦ L'encadrement des stagiaires sur le département

Onze stagiaires ont été accueillis par les équipes du département (cf. tableau 5 pages 46-47).

♦ L'activité en lien avec la dynamique réseau

Toutes les équipes participent à des travaux institutionnels, mais aussi à des travaux territoriaux et régionaux.

■ Au niveau du département, la dynamique territoriale se traduit à travers les différentes collaborations existantes, tant en intra-hospitalier (cf. les lieux d'intervention des EMSP) qu'avec les structures sanitaires (dont les structures « spécialisées » en soins palliatifs) ou médico-sociales et les libéraux, comme en témoigne le tableau des partenaires de l'EADSP 28 :

		Nombre
S T R U C T U R E S	<i>Hôpitaux publics</i>	21
	<i>SSIAD</i>	14
	<i>EHPAD</i>	36
	<i>Institutions privées (cliniques)</i>	3
	<i>Établissements pour personnes en situation de handicap</i>	3
	<i>SSR</i>	1
	<i>Établissements psychiatriques</i>	0
	<i>HAD</i>	2
	<i>Associations et services d'aides à domicile</i>	13
	<i>Associations de bénévoles</i>	0
	<i>UCSA</i>	0
	<i>SMPR</i>	0
	<i>Autres</i>	5

	Professionnels	Nombre
L I B E R A U X	<i>Médecins</i>	119
	<i>IDE</i>	53
	<i>Autres</i>	/

■ La dynamique territoriale s'inscrit également dans les réunions et actions de communication :

- **EADSP 28**

- *Actions de communication sur les soins palliatifs envers le grand public :*
 - Conférence Mr Léonetti au théâtre de Dreux 400 personnes
- *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*
 - Réunion EADSP 28 et EMSP Dreux
- *Participation à des actions départementales :*
 - Rencontre groupe LISP 28
- *Participation aux travaux du réseau régional :*
 - Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région ;
 - Participation aux rencontres IDE du réseau ;
 - Participation au groupe de travail « accueil des internes au sein des équipes de soins palliatifs ».
- *Participation à des actions régionales ou nationales :*
 - Participation aux comités organisationnel et scientifique du congrès SFAP 2017 ;
- *Participation à la journée mondiale Soins Palliatifs 2016 (ARESPÉL)*

- **EMSP du CH de Chartres**

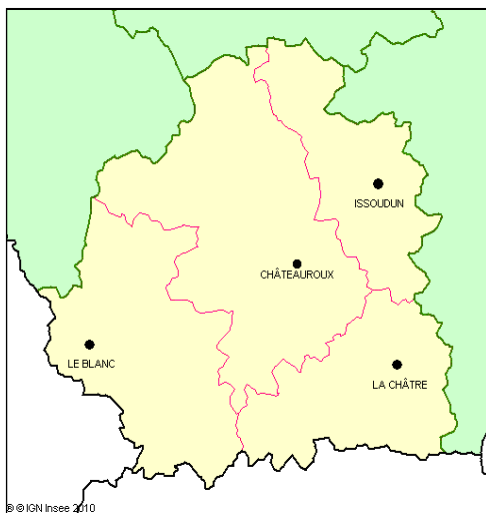
- *Participation aux travaux et actions du réseau régional :*
 - Participation aux réunions du comité de Pilotage Régional et du Bureau ;
 - Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région.

- **EMSP du CH de Dreux**

- *Actions de communication sur les soins palliatifs, à destination du grand public :*
 - Soirée Jean Léonetti au théâtre de Dreux
 - Groupe d'entraide pour personnes endeuillées
- *Participation aux travaux du réseau régional :*
 - Participation aux réunions du comité de Pilotage Régional et du Bureau
 - Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région
- *Participation à des actions régionales ou nationales :*
 - Participation au congrès de la SFAP à Dijon

III- L'INDRE (36)

1- Données contextuelles départementales



- Superficie (en km²) : 6791
 - Nombre d'habitants (01/01/2013) : 228091
→ dont personnes de 75 ans et plus : 30703, soit 13,5%.
 - Nombre et densité (/100000 hab.) au 01/01/2016 :
→ médecins généralistes libéraux : 184 (81)
→ infirmiers libéraux : 335 (148)
 - Nombre de décès (en 2013) : 3051
→ dont tumeurs : 853
 - Taux comparatif de mortalité prématurée par tumeurs :
→ hommes 107.2 (102.8 région Centre)
→ femmes : 64.7 (63.4 région Centre)
- * Source STATISS 2016

2- Comité Départemental

Le Comité Départemental de Soins Palliatifs de l'Indre est constitué sous la forme associative et se dénomme : CODESPA 36.

Président du CD (nom/prénom) : M. Philippe SCHNEIDER, représentant de La Ligue contre le Cancer.

BILAN D'ACTIVITE 2016

Nombre de réunions :

3 CA, 1 AG, 4 commissions gérontologiques, 4 commissions LISP, 3 commissions « handicap et fin de vie », 3 réunions « maison de l'accompagnement », 4 réunions de préparation du congrès SFAP 2017 à Tours, 4 réunions à l'EADSP et au CH de Châteauroux, 2 réunions du groupe de réflexion sur la mise en œuvre de la loi Claeys-Léonetti, 17 réunions diverses (CORESP, DPDS, MAIA, Centre du bénévolat, EKR, ALAVI, ONCOBERRY, IFSI, PNR Brenne)

Thématiques abordées :

- Formation du personnel des EHPAD dans le cadre du DPC, bilan 2015 et organisation de la formation 2016
- Accompagnement des EHPAD dans la démarche palliative
- Réflexion sur la loi Claeys-Léonetti
- Participation au contrat local de santé du parc national de la Brenne
- Participation au prix OCIRP
- Projet médical du GHT
- Augmentation du nombre de LISP dans l'Indre
- Difficultés de l'EADSP
- Concertation sur l'élaboration d'une fiche de transfert des patients en soins palliatifs
- Cahier des charges des LISP
- Maison de l'accompagnement
- Congrès SFAP 2017 à Tours : mise en place d'un groupe de travail
- Formation des professionnels des établissements pour adultes handicapés, mise en place d'un groupe de travail

→ Attribution d'une subvention pour une intervention au congrès de Toronto
<u>Actions réalisées :</u> → Accompagnement d'un EHPAD dans la prise en charge palliative → 3^{ème} session de formation du personnel des EHPAD → Participation à la finalisation d'un dossier de demande de LISMP supplémentaires au CDGI → Rédaction et envoi de recommandations pour l'application de la loi Claeys-Léonetti, en collaboration avec le conseil de l'ordre, aux médecins de l'Indre → Réalisation d'un café-échanges sur les soins palliatifs dans le cadre du parc national de la Brenne → Journée mondiale des soins palliatifs : organisation d'une soirée ciné-débat et participation à la manifestation du centre hospitalier de Châteauroux → Elaboration d'une intervention au congrès de la SFAP à Tours → Participation aux réunions de travail sur les difficultés rencontrées par l'EADSP → Diffusion de documents émanant des groupes de travail de la commission handicap et fin de vie : critères d'identification d'un résident en fin de vie et écriture du volet soins palliatifs du projet d'établissement → Diffusion d'une fiche pour le transfert des patients en soins palliatifs et d'une trame commune des indicateurs de suivi des LISP → Tenue d'un stand à la soirée EKR → Participation à la conférence-débat de Chloé RENAULT → Maintien à jour du site internet
<u>Nombre de participants en moyenne :</u> → AG : 30 → CA : 9 → Commission « LISP » : 13 → Commission « soins palliatifs gérontologiques » : 17 → Commission « handicap et fin de vie » : 21
PERSPECTIVES EN 2017
<u>Projets à mettre en place :</u> → Poursuite de l'ensemble des chantiers en cours → Participation à la filière soins palliatifs du GHT où le CODESPA occupe un rôle central → Mener une réflexion sur une USP du Berry
<u>Nombre de rencontres prévues :</u> → 4 CA → 1 AG → 4 commissions gérontologiques → 4 commissions LISP → 4 commissions « handicap et fin de vie » → 1 journée mondiale des soins palliatifs → diverses manifestations pour le grand public, les IFSI et IFAS

3- Lits Identifiés en Soins Palliatifs (cf tableaux pages 52 à 54)

4- Activité des équipes de soins palliatifs

Il existe deux équipes sur le territoire :

- Une EMSP travaillant strictement en intra-hospitalier (CH de Châteauroux) ;
- Une équipe à vocation territoriale (domicile, structures sanitaires et médicosociales..): EADSP 36.

♦ Composition des équipes de soins palliatifs et formation des acteurs (cf. tableau 2 page 33)

♦ Activité des équipes

- Nombre total de personnes ayant bénéficié de l'intervention d'au moins une des équipes opérationnelles du département : **713** (764 en 2015, 627 en 2014, 757 en 2013, 727 en 2012).

➤ **EADSP 36**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	408
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	61

- La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement du patient ou de son entourage (6%) soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 61% des cas, la demande émane d'un médecin.
- 62% des patients sont atteints de cancer, 15% de pathologie neurologique.
- 119 patients ont été suivis à leur domicile, 68 en EHPAD et 208 en institution sanitaire.
- La moyenne d'âge des patients est de 76 ans.
- L'équipe a eu connaissance du décès de 263 patients : 48 sont décédés chez eux, 44 en EHPAD et 164 en institution (et 1 ignoré).
- Le nombre de personnes rencontrées pour un soutien psychologique à leur demande, et pour lesquelles il y a eu une rencontre programmée dans un lieu et sur un temps déterminés, est répertorié dans le tableau ci-dessous. **Il s'ajoute au nombre de patients.**

<i>Soutien d'une personne dont un proche est gravement malade</i>	-
<i>Soutien d'une personne dont un proche est décédé</i>	8
<i>Soutien d'un professionnel à titre individuel</i>	-
<i>Soutien d'un groupe de professionnels</i>	1
Total dossiers soutien, dont nouveaux en 2016	9 dont 3 nouveaux

➤ *Actions*

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **6 jours**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	762
<i>Dont visites conjointes</i>	63
<i>Accueils dans les locaux</i>	120
<i>Contacts téléphoniques</i>	3371

<i>Courriers</i>	218
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	84
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	6

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>		90%
<i>Conseil</i>		74%
<i>Évaluation</i>		44%
<i>Aide à la coordination</i>		23%
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	14%
	<i>Entourage</i>	19%
	<i>Professionnels</i>	10%

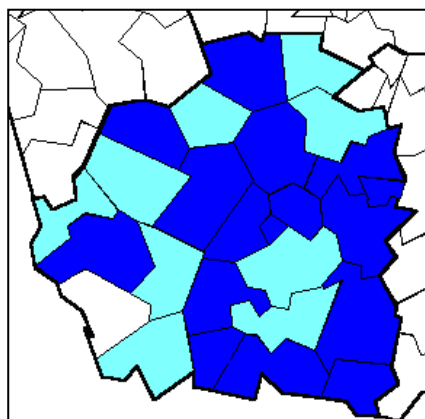
➤ *Collaborations*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients	
	2015	2016
<i>USP</i>	7	8
<i>EMSP / EADSP</i>	76	70
<i>Services disposant de LISP</i>	129	140
<i>HAD</i>	32	39
<i>Autres réseaux de Soins Palliatifs</i>	1	/
<i>Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques</i>	/	1

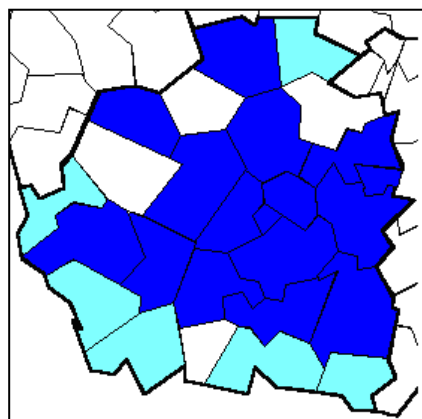
Collaborations pour anticipation		
	2015	2016
<i>SAMU</i>	11	11
<i>Urgences</i>	/	1

➤ Lieux d'intervention

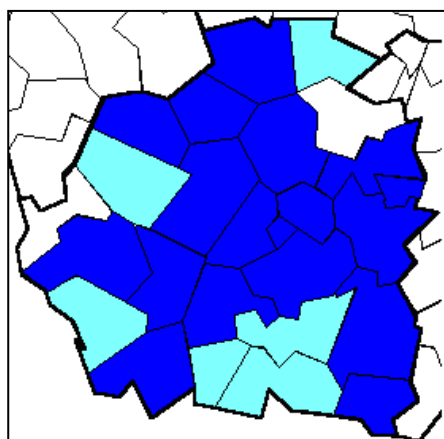
En 2012



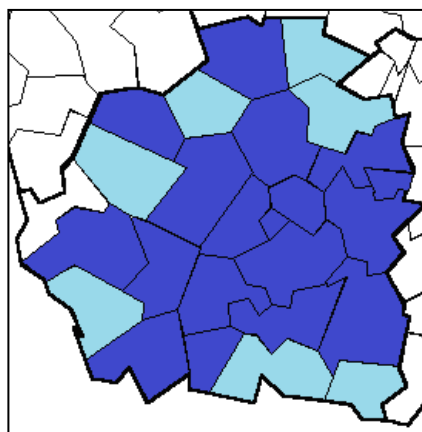
En 2013



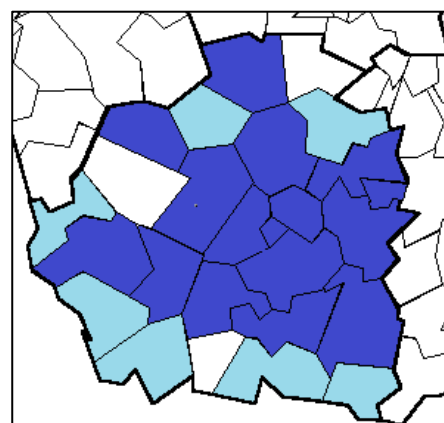
En 2014



En 2015



En 2016



On n'y est jamais allé
On y est allé 1 à 3 fois
On y va régulièrement

➤ **EMSP du CH de Châteauroux**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	305
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	16

- La demande d'intervention émane soit directement du patient ou de l'entourage (3%) soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 94% des cas, la demande émane d'un médecin.
- 72% des patients sont atteints de cancer, 4% de pathologie neurologique.
- L'équipe a eu connaissance du décès de 202 patients au sein de l'institution.
- La moyenne d'âge des patients est de 73,65 ans.
- Le nombre de personnes rencontrées pour un soutien psychologique à leur demande, et pour lesquelles il y a eu une rencontre programmée dans un lieu et sur un temps déterminés, est répertorié dans le tableau ci-dessous. **Il s'ajoute au nombre de patients.**

<i>Soutien d'une personne dont un proche est gravement malade</i>	2
<i>Soutien d'une personne dont un proche est décédé</i>	5
<i>Soutien d'un professionnel à titre individuel</i>	0
<i>Soutien d'un groupe de professionnels</i>	1
Total dossiers soutien, dont nouveaux en 2016	8 dont 2 nouveaux

➤ **Actions :**

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **24 – 48 heures**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	1366
<i>Dont visites conjointes</i>	776
<i>Accueils dans les locaux</i>	85
<i>Contacts téléphoniques</i>	542
<i>Courriers</i>	688
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	280
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	11

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>		71%
<i>Conseil</i>		62%
<i>Évaluation</i>		98%
<i>Aide à la coordination</i>		24%
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	97%
	<i>Entourage</i>	43%
	<i>Professionnels</i>	8%

➤ *Collaborations*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients	
	2015	2016
USP	1	1
EMSP / EADSP	58	72
Services disposant de LISP	155	190
HAD	6	4
Autres réseaux de Soins Palliatifs	1	4
Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques	0	1

Collaborations pour anticipation		
	2015	2016
SAMU	0	0
Urgences	0	0

➤ *Lieux d'intervention :*

Services	Nb de patients	Dont hospitalisés sur LISP
Gastro-entérologie		30
Oncologie		132
Pneumologie	14	
Médecine Interne	26	
Neurologie et Gériatrie		9
Cardiologie	25	
Chirurgie Viscérale	13	
Chirurgie Orthopédique	5	
Chirurgie ORL		9
Chirurgie Vasculaire	10	
Gynécologie-obstétrique	1	
Réanimation Polyvalente	2	
USIC Cardiologie	9	
SHCD	1	
SMPU	5	
Pédiatrie	1	
Psychiatrie	3	
SSR		10

♦ L'activité de formation sur le département

L'ensemble des formations données est récapitulé dans les tableaux 3 et 4 (pages 34 à 45).

Toutes les équipes du département ont une activité de formation : 89h de formation ont été délivrées par l'EADSP 36 et 89h15 par l'EMSP de Châteauroux, soit un **total de 178h15**.

Les formations sont données en divers lieux du territoire, ce qui participe à la dynamique territoriale du réseau.

♦ L'encadrement des stagiaires sur le département

Neuf stagiaires ont été accueillis par les équipes du département (cf. tableau 5 pages 46-47).

♦ L'activité en lien avec la dynamique réseau

Toutes les équipes participent à des travaux institutionnels, mais aussi à des travaux territoriaux et régionaux.

■ Au niveau du département, la dynamique territoriale se traduit à travers les différentes collaborations existantes, tant en intra-hospitalier (cf. les lieux d'intervention des EMSP) qu'avec les structures sanitaires (dont les structures « spécialisées » en soins palliatifs) ou médico-sociales et les libéraux, comme en témoigne le tableau des partenaires de l'EADSP 36 :

		Nombre
S T R U C T U R E S	<i>Hôpitaux publics</i>	13
	<i>SSIAD</i>	13
	<i>EHPAD</i>	29
	<i>Institutions privées (cliniques)</i>	3
	<i>Établissements pour personnes en situation de handicap</i>	9
	<i>SSR</i>	7
	<i>Établissements psychiatriques</i>	1
	<i>HAD</i>	3
	<i>Associations d'aides à domicile</i>	4
	<i>Associations de bénévoles</i>	2
	<i>UCSA</i>	/
	<i>SMPR</i>	/
	<i>Autres</i>	14

	Professionnels	Nombre
L I B E R A U X	<i>Médecins</i>	110
	<i>IDE</i>	NR
	<i>Autres</i>	NR

- La dynamique réseau s'inscrit également dans les réunions et actions de communication :

- **EADSP 36**

- *Actions de communication sur les soins palliatifs destinées au grand public :*

- Soirée cinéma « Ma compagne de nuit » dans le cadre de la Journée Mondiale des Soins Palliatifs ;
- Information sur la loi sur la fin de vie à Prissac ;
- Participation à la table ronde organisée par la Mutualité Française sur la « bientraitance pour tous, agissons ensemble » ;

- *Participation à des actions départementales :*

- CODESPA (CD 36) : Participation aux réunions (AG et CA), Participation à la commission gériatrique (participation au groupe de travail sur la formation en soins palliatifs auprès des personnels des EHPAD), participation à la commission handicap et fin de vie, groupe de réflexion sur la loi Claeys Léonetti, commission LISP ;
- Centre Départemental des Grands Chênes : participation aux réunions du CLUD, participation aux staffs pluridisciplinaires dans le cadre de la prise en charge des patients en soins palliatifs ; projet de Maison de l'Accompagnement (réunions de travail, COPIL, groupes de travail) ;
- Staffs pluridisciplinaires dans le cadre de la prise en charge des patients en soins palliatifs au sein de plusieurs établissements du département : CH de La Châtre, CH d'Issoudun, CH de Valençay, Clinique St François de Châteauroux.

- *Participation aux travaux du réseau régional :*

- Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs ;
- Participation aux réunions inter secrétaires ;
- Participation aux réunions des IDE des EADSP de la région.

- *Participation à des actions régionales ou nationales :*

- Espace de Réflexion Ethique de la région centre-Val de Loire (ERERC) : participation aux réunions du conseil, et à la Journée Ethique et Recherche organisée par l'ERERC.

- **EMSP du CH de Châteauroux**

- *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*

- Travaux dans le cadre du CORESP (Comité de Réflexion en Soins palliatifs) ;
- Groupe de travail LISP ;
- Participation aux commissions CODESPA ;
- Participation à la CME ;
- Comité d'éthique ;
- Participation au CLUD ;
- Réunions des référents douleur ;
- Formation Douleur à destination des IDE ;
- Rencontres EMSP/psychiatrie ;
- Rencontres-coordination EMSP/EADSP 36.

- *Actions de communication sur les soins palliatifs destinées au grand public :*

- Soirée grand public au Cinémoïda de Châteauroux dans le cadre de la Journée Mondiale de Soins Palliatifs.

- *Participation aux travaux du réseau régional :*

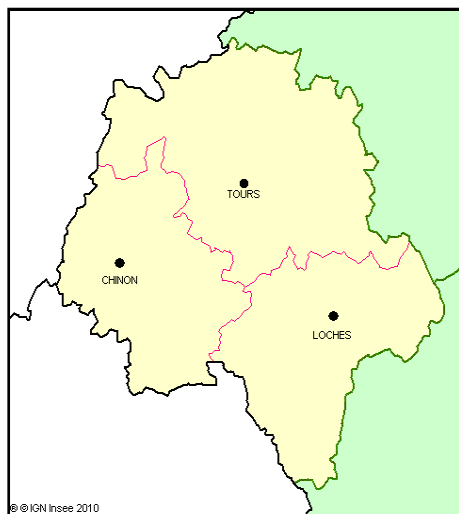
- SFAP, Ministère de la Santé à Paris

- *Participation à des actions nationales :*

- Participation aux rencontres inter-équipes du réseau ;
- Participation aux Comités de Pilotage Régional du réseau

IV- L'INDRE-ET-LOIRE (37)

1- Données contextuelles départementales



- Superficie (en km²) : 6127
 - Nombre d'habitants (au 01/01/2013) : 600252
→ dont personnes de 75 ans et plus : 61724 soit 10,3%
 - Nombre et densité (/100000 hab.) au 01/01/2016 :
→ médecins généralistes libéraux : 674 (112)
→ infirmiers libéraux : 632 (105)
 - Nombre de décès (en 2013) : 5415
→ dont par tumeurs : 1582
 - Taux comparatifs de mortalité prématurée par tumeurs :
→ hommes 92.0 (102.8 région CVDL)
→ femmes 56.3 (63.4 région CVDL)
- * Source STATISS 2016

2- Comité Départemental

Le Comité Départemental de Soins Palliatifs de l'Indre-et-Loire est constitué sous la forme associative Loi 1901 et se dénomme : Association Départementale d'Accompagnement et de Soins Palliatifs d'Indre et Loire (ADASPIL).

Président du CD (nom/prénom) : M. le Dr Nicolas CHAPEL, Médecin généraliste.

BILAN D'ACTIVITE 2016
<u>Nombre de réunions :</u> - 3 réunions - 1 assemblée générale
<u>Thématiques abordées :</u> → <u>Journée Mondiale des Soins Palliatifs 2016 :</u> -Conférence-débat « La fin de vie dans son lieu de vie » : environ 120 personnes, → Organisation du 23 ^{ème} congrès national SFAP 2017 : implication des membres dans le comité scientifique et le comité organisationnel ; → Le président de l'ADASPIL assure la co présidence du comité scientifique du congrès →Présentation de diverses thématiques (mémoire de DU, thérapeutiques non conventionnelles) ;
PERSPECTIVES EN 2017
<u>Projets à mettre en place :</u> → actions de communication envers le grand public, formation en EHPAD ... → Rencontres professionnelles ; → Présentations de divers travaux concernant les soins palliatifs ;
<u>Nombre de rencontres prévues :</u> 6

3- Lits Identifiés en Soins Palliatifs (cf tableaux pages 52 à 54)

4- Activité des équipes de soins palliatifs

Il existe trois équipes sur le territoire :

- Deux EMSP travaillant strictement en intra-hospitalier (Chinon et Tours) ;
- Une équipe travaillant partout dans le département, hors de ces institutions : l'EADSP 37.

♦ **Composition des équipes de soins palliatifs et formation des acteurs** (cf. tableau 2 page 33).

♦ **Activité des équipes**

▪ Nombre total de personnes ayant bénéficié de l'intervention d'au moins une des équipes opérationnelles du département : **1611** (2016 en 2015, 1999 en 2014, 1525 en 2013, 1507 en 2012).

* On entend par personnes ayant bénéficié de l'intervention d'une des équipes les patients suivis, ainsi que leurs famille, et toute personne ou équipe ayant bénéficié d'un soutien formalisé à sa demande, cette demande donnant lieu à une rencontre programmée dans un lieu ou sur un temps déterminé.

➤ **EADSP 37**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	401
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	76

▪ La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement de l'entourage du patient (6 %) soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 61 % des cas, la demande émane d'un médecin.

La moyenne d'âge des patients est de 73 ans.

▪ 70 % des patients sont atteints de cancer, 12 % de pathologie neurologique.

▪ 274 patients ont été suivis à leur domicile, 84 en EHPAD et 19 en institution sanitaire.

▪ L'équipe a eu connaissance du décès de 189 patients : 69 sont décédés chez eux, 46 en EHPAD et 68 en institution.

<i>Soutien d'une personne dont un proche est gravement malade</i>	18
<i>Soutien d'une personne dont un proche est décédé</i>	7
<i>Soutien d'un professionnel à titre individuel</i>	0
<i>Soutien d'un groupe de professionnels</i>	10
<i>Patient(s)</i>	22
Total dossiers soutien	57

➤ *Actions*

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **7 jours**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	397
<i>Dont visites conjointes</i>	152
<i>Accueils dans les locaux</i>	3
<i>Contacts téléphoniques</i>	6935
<i>Courriers</i>	1165
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	143
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	56

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>		93%
<i>Conseil</i>		94%
<i>Évaluation</i>		74%
<i>Aide à la coordination</i>		74%
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	6%
	<i>Entourage</i>	35%
	<i>Professionnels</i>	4%

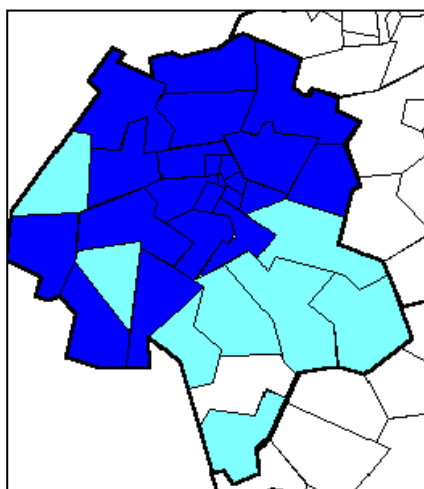
➤ *Collaborations*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients	
	<i>2015</i>	<i>2016</i>
<i>USP</i>	47	39
<i>EMSP / EADSP</i>	111	108
<i>Services disposant de LISP</i>	54	52
<i>HAD</i>	146	89
<i>Autres réseaux de Soins Palliatifs</i>	8	15
<i>Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques</i>	0	1

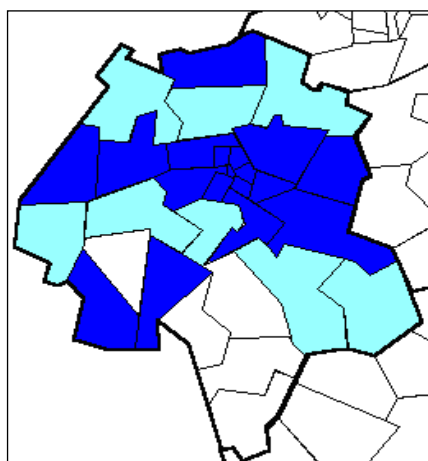
Collaborations pour anticipation		
	<i>2015</i>	<i>2016</i>
<i>SAMU</i>	3	4
<i>Urgences</i>	1	1

➤ Lieux d'intervention de l'EADSP 37

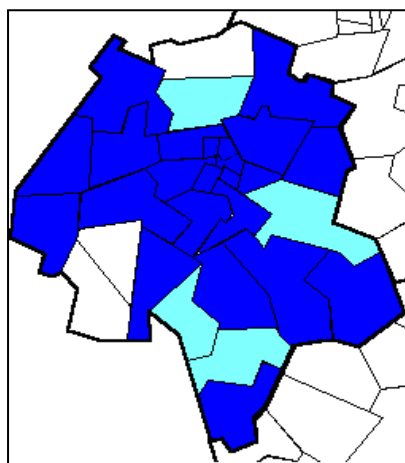
En 2012



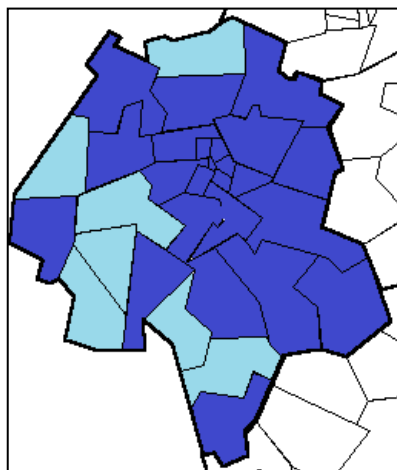
En 2013



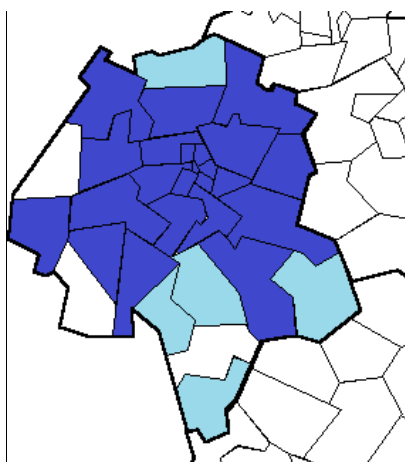
En 2014



En 2015



En 2016



-  On n'y est jamais allé
-  On y est allé 1 à 3 fois
-  On y va régulièrement

➤ **EMSP du CH de Chinon**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	477
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	NR

- 73% des patients sont atteints de cancer et 3% des patients sont atteints de maladies neurodégénératives.
- L'équipe a eu connaissance du décès de 147 patients.
- La psychologue a réalisé 94 consultations de suivi de deuil.

➤ **Actions :**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	2178
<i>Contacts téléphoniques</i>	NR

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>		NR
<i>Conseil</i>		NR
<i>Évaluation</i>		65%
<i>Aide à la coordination</i>		NR
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	12%
	<i>Entourage</i>	2%
	<i>Professionnels</i>	1%

➤ **Lieux d'intervention :**

Services	Nb de patients
<i>Oncologie</i>	44
<i>Médecine</i>	159
<i>SSR</i>	110
<i>EHPAD</i>	11
<i>USLD</i>	21
<i>SAU/Urgences</i>	5
<i>HTCD</i>	
<i>Externe-Soins Palliatifs</i>	126
<i>Conseils téléphoniques</i>	10

➤ **UMASP du CHRU de Tours**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	733
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	152

- La moyenne d'âge des patients est de 64,9 ans.

- 69% des patients sont atteints de cancer, 3% de pathologie neurologique.
- La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement de l'entourage du patient (1%), soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 99% des cas, la demande émane de l'équipe soignante.
- 26% des patients pris en charge par l'équipe sont décédés au CHRU.

➤ *Actions :*

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	2814
<i>Contacts téléphoniques</i>	1648

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>		NR
<i>Conseil</i>		NR
<i>Évaluation</i>		41%
<i>Aide à la coordination</i>		14%
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	84%
	<i>Entourage</i>	40%
	<i>Professionnels</i>	12%

➤ *Lieux d'intervention :*

A BRETONNEAU

Services	Nb de patients
<i>HS Cancérologie/Curiethérapie</i>	18
<i>Gynécologie</i>	6
<i>Hématologie (2 LISP)</i>	31
<i>Hémodialyse</i>	5
<i>HDJ Commun « Kaplan »</i>	131
<i>HDJ de Pneumologie</i>	7
<i>Médecine Interne Gériatrique (2 LISP)</i>	14
<i>Médecine</i>	55
<i>Néphrologie</i>	12
<i>Neurochirurgie</i>	6
<i>Neurologie</i>	16
<i>Neurovasculaire</i>	22
<i>Oncologie Médicale (6 LISP)</i>	107
<i>Oto-rhino-laryngologie</i>	12
<i>Pneumologie (4 LISP)</i>	72
<i>Urologie</i>	7

A TROUSSEAU

Services	Nb de patients
<i>Gastro-entérologie – onco-gastro (4 LISP)</i>	93
<i>HDJ Gastro-entérologie</i>	4

<i>Transplantation hépatique</i>	3
<i>Orthopédie</i>	7
<i>Dermatologie (2 LISP)</i>	53
<i>Chirurgie Digestive</i>	13
<i>Chirurgie viscérale</i>	1
<i>Cardiologie</i>	4
<i>Chirurgie Vasculaire</i>	2
<i>Hépatologie</i>	6
<i>Rhumatologie</i>	1
<i>Chirurgie Maxillo-plastique</i>	6
<i>UHCD</i>	5
<i>USCI</i>	3

AUTRES SITES

Site	Nb de patients
<i>Ermitage (EHPAD/USLD/SSR)</i>	5
<i>Psychiatrie A</i>	3
<i>Psychiatrie B</i>	2
<i>Psychiatrie D</i>	1

♦ L'activité de formation sur le département

L'ensemble des formations données est récapitulé dans les tableaux 3 et 4 (pages 34 à 45).

Toutes les équipes du département ont une activité de formation : 54h de formation ont été délivrées par l'EADSP 37, 72h par l'EMSP de Chinon, et 196h par l'UMASP de Tours. Soit un **total de 237h**.

Les formations sont données en divers lieux du territoire, ce qui participe à la dynamique territoriale du réseau.

♦ L'encadrement des stagiaires sur le département

Neuf stagiaires ont été accueillis par les équipes du département (cf. tableau 5 pages 46-47).

♦ L'activité en lien avec la dynamique réseau

Toutes les équipes participent à des travaux institutionnels, mais aussi à des travaux territoriaux et régionaux.

■ Au niveau du département, la dynamique territoriale se traduit à travers les différentes collaborations existantes, tant en intra-hospitalier (cf. les lieux d'intervention des EMSP) qu'avec les structures sanitaires (dont les structures « spécialisées » en soins palliatifs) ou médico-sociales et les libéraux, comme en témoigne le tableau des partenaires de l'EADSP 37 :

		Nombre
S	<i>Hôpitaux publics</i>	4
T	<i>SSIAD</i>	6
R	<i>EHPAD</i>	37
U	<i>Institutions privées (cliniques)</i>	3
C	<i>Établissements pour personnes en situation de handicap</i>	4
T	<i>SSR</i>	2

U R E S	<i>Établissements psychiatriques</i>	2
	<i>HAD</i>	2
	<i>Associations et services d'aides à domicile</i>	5
	<i>Associations de bénévoles</i>	2
	<i>UCSA</i>	0
	<i>SMPR</i>	0
	<i>Autres</i>	/

	Professionnels	Nombre
L I B E R A U X	<i>Médecins</i>	263
	<i>IDE</i>	113
	<i>Autres</i>	NC

■ La dynamique réseau s'inscrit également dans les réunions et actions de communication :

● **EADSP 37**

- *Actions de communication sur les soins palliatifs destinées au grand public :*
 - Participation à la JMSP : stands dans le hall des sites du CHRU.
- *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*
 - Participation à la mise en place de la Fédération Inter-Hospitalo-Universitaire de Soins Palliatifs (FIHU SP) ;
 - Réunions GHT ;
 - Informatisation de l'EADSP 37 sur le DPP du CHU ;
 - Elaboration du dossier commun UMASP/EADSP ;
- *Participation aux travaux du réseau régional :*
 - Participation aux réunions du Comité de Pilotage Régional ;
 - Participation au groupe de travail « Accueil des internes au sein des équipes et structures de soins palliatifs » ;
 - Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région ;
 - Participation aux réunions des IDE des EADSP ;
- *Participation à des actions régionales ou nationales :*
 - Participation aux comités scientifique et organisationnel du Congrès SFAP 2017
 - Présentation éventail soins de bouche par les IDE au congrès de la SFAP de Dijon.

● **EMSP du CH de Chinon**

- *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*
 - Participation aux réunions mensuelles de soins de support ;
 - CLUD (présidence) ;
 - Comité d'éthique ;
 - Staffs : Cancérologie, SSR, Médecine, LISP.
- *Participation à des actions départementales :*
 - Rencontres EADSP 37/EMSP Chinon

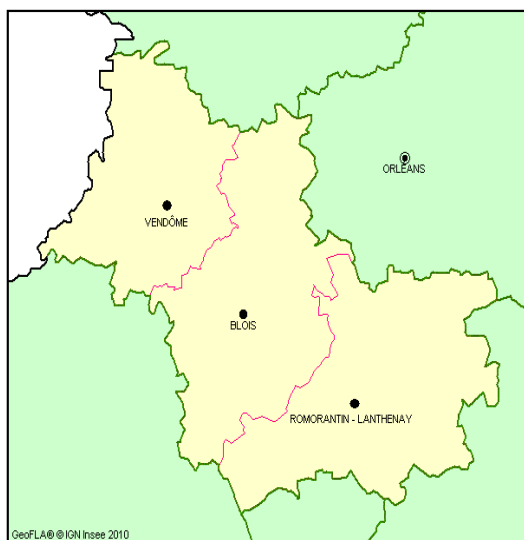
- *Participation aux travaux du réseau régional :*
 - Participation aux rencontres inter-équipes de la région.
- *Participation à des actions régionales ou nationales :*
 - Participation au Comité Scientifique du Congrès SFAP 2017.

- **UMASP du CHRU de Tours**

- *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*
 - Staffs hebdomadaires UMASP/EADSP 37, et staffs mensuels EADSP 37/UMASP/USP Luynes ;
 - Staffs des services suivants : neurologie, hématologie, oncologie, Hôpital de jour de cancérologie, Onco gastro, ORL, Gynécologie, Médecine, Clocheville, Psychiatrie ;
 - Eventail « soins de bouche » ;
 - Comité scientifique protocole « SPPAC » ;
 - Mise en place onglet « soins de support » sur le DPP (opérationnel depuis avril 2016) ;
 - Réalisation d'une page « soins palliatifs » dans l'intranet ;
 - Mise en place de correspondants soins palliatifs ;
 - Rapprochement des équipes douleur-EAD-UMASP ;
 - Elaboration du dossier commun douleur-EAD-UMASP ;
 - Groupe de travail Fédération Inter Hospitalo Universitaire de Soins Palliatifs.
- *Participation aux travaux du réseau régional :*
 - Participation aux rencontres inter-équipes de la région.
- *Participation à des actions régionales ou nationales :*
 - Participation aux comités scientifique et organisationnel du Congrès SFAP 2017.

V- LE LOIR-ET-CHER (41)

1- Données contextuelles départementales



- Superficie (en km²) : 6343
 - Nombre d'habitants (au 01/01/2013) : 332001
→ dont personnes de 75 ans et plus : 39557 soit 11.9%
 - Nombre et densité (/100000 hab.) au 01/01/2016:
→ médecins généralistes libéraux : 287 (86)
→ infirmiers libéraux : 358 (108)
 - Nombre de décès (en 2013) : 3652
→ dont tumeurs : 1113
 - Taux comparatif de mortalité prématurée par tumeurs :
→ hommes 96.9 (102.8 région CVDL)
→ femmes 64.2 (63.4 région CVDL)
- * Source STATISS 2016

2- Comité Départemental

Le Comité Départemental de Soins Palliatifs du Loir-et-Cher est constitué sous la forme associative et se dénomme : CD 41.

Président du CD (nom/prénom) : Mme Catherine VESPIER, Cadre supérieur de santé, CH de Romorantin-Lanthenay.

Nombre moyen de participants au CD : 7

BILAN D'ACTIVITE 2016
<u>Nombre de réunions :</u> → 3 réunions de bureau → 1 AG
<u>Thématiques abordées :</u> → Journée mondiale des soins palliatifs 2016 : action prioritaire du CDSP 41 → Préparation de l'AG et bilan → Transmission d'informations concernant l'avancée du projet de l'USP territoriale, le congrès SFAP 2017 à Tours, les journées de formation, de conférence,... pouvant intéresser les membres du CDSP 41, retour sur la commission communication du réseau de soins palliatifs.
<u>Actions réalisées :</u> → Dans le cadre des JMSP 2016 : - CH de Blois : Conférence-débat « Le temps du mourir a-t'il encore un sens ? » animée par Stéphane AMAR, jeudi 13 octobre - CH de Montoire : Soirée ciné-débat projection du film documentaire de la SFAP « Vivre le temps qu'il reste à vivre » suivi d'un débat animé par les Dr GRANGE et Dr BAUDRON, 08 septembre - Polyclinique de Blois : Conférence-débat « Droit à la fin de vie, que dit la loi ? Quelles

conséquences pour les soignants ? » animée par le professeur Donatien MALLET, mercredi 19 octobre - CH de ST Aignan et CH de Montrichard : Conférence « La mort, question d'époques ? » par Jean-François MARTINE, historien d'art, mardi 11 octobre et mercredi 12 octobre - CDSP 41 : Conférence dans le cadre des 19^{ème} Rendez-vous de l'Histoire « La fin de vie, un chemin sur fond d'histoire(s) » par Mr Tanguy CHATEL, jeudi 16 octobre. → Transmission des informations régionales et départementales : - Implication du CDSP 41 dans le projet USP : Poursuite de l'implication de plusieurs membres du CD 41 au groupe projet départemental USP du Loir-et-Cher. Compte-rendu oral de l'avancée du projet USP au cours des réunions du CD 41. Information générale sur le projet faite lors de l'assemblée générale. - Transmission des informations transmises par le réseau régional, échanges d'informations avec la commission communication du réseau. → Vie associative : - Organisation de l'assemblée générale : Intervention du Dr Valérie DUCHENE, médecin de l'USP de Luynes-CHRU Tours sur la thématique SLA : « Place des soins palliatifs dans la prise en charge des patients atteints de SLA »
<u>Nombre de participants en moyenne : 7</u>
PERSPECTIVES EN 2017
<u>Projets à mettre en place :</u> → Poursuite de l'inscription dans d'autres modalités d'intervention auprès du grand public : soirée ciné-débat, notamment en partenariat avec l'association JALMALV → Continuer à soutenir des actions de formation auprès des professionnels du département → Implication dans le congrès SFAP 2017 à Tours : projet de financement de 4 inscriptions pour des professionnels en EHPAD et du domicile → Journée mondiale des soins palliatifs 2017 : soutien à l'organisation de toutes manifestations organisées dans le département.

3- Lits Identifiés en Soins Palliatifs (cf tableaux pages 52 à 54)

4- Activité des équipes de soins palliatifs

Il existe trois équipes sur le territoire :

- Une EMSP à vocation intra-hospitalier au CH de Blois,
- Une EMSP au CH de Vendôme à vocation intra hospitalière et de proximité
- Une équipe travaillant partout dans le département, hors de ces institutions : l'EADSP 41.

♦ Composition des équipes de soins palliatifs et formation des acteurs (cf. tableau 2 page 33).

♦ Activité des équipes

- Nombre total de personnes* ayant bénéficié de l'intervention d'au moins une des équipes opérationnelles du département : **1141** (1100 en 2015, 1063 en 2014, 1061 en 2013, 1060 en 2012).

➤ **EADSP 41**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	421
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	39

- La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement du patient ou de son entourage (11%) soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 47% des cas, la demande émane du médecin traitant du patient.
- 63% des patients sont atteints de cancer, 12% de pathologie neurologique.
- La moyenne d'âge des patients est de 77 ans.
- 253 patients ont été suivis à leur domicile, 113 en EHPAD et 55 en institution sanitaire.
- L'équipe a eu connaissance du décès de 213 patients : 72 sont décédés chez eux, 58 en EHPAD et 79 en institution (4 ignorés).
- Le nombre de personnes rencontrées pour un soutien psychologique à leur demande, et pour lesquelles il y a eu une rencontre programmée dans un lieu et sur un temps déterminés, est répertorié dans le tableau ci-dessous. **Il s'ajoute au nombre de patients.**

<i>Soutien d'une personne dont un proche est gravement malade</i>	5
<i>Soutien d'une personne dont un proche est décédé</i>	17
<i>Soutien d'un professionnel à titre individuel</i>	22
<i>Soutien d'un groupe de professionnels</i>	5
Total dossiers soutien, dont nouveaux en 2016	27, dont 18 nouveaux

➤ *Actions*

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **8 jours**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	348
<i>Dont visites conjointes</i>	222
<i>Accueils dans les locaux</i>	23
<i>Contacts téléphoniques</i>	2869
<i>Courriers</i>	396
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	16
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	4

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>		21%
<i>Conseil</i>		27%
<i>Évaluation</i>		88%
<i>Aide à la coordination</i>		29%
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	5%
	<i>Entourage</i>	10%
	<i>Professionnels</i>	13%
<i>Action post-décès</i>		25%

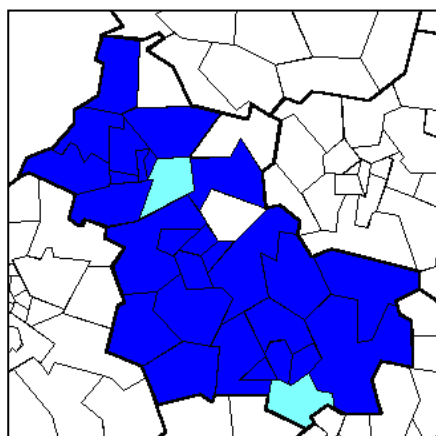
➤ *Collaborations*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients	
	<i>2015</i>	<i>2016</i>
<i>USP</i>	8	8
<i>EMSP / EADSP</i>	79	82
<i>Services disposant de LISP</i>	64	99
<i>HAD</i>	82	63
<i>Autres réseaux de Soins Palliatifs</i>	3	4
<i>Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques</i>	1	1

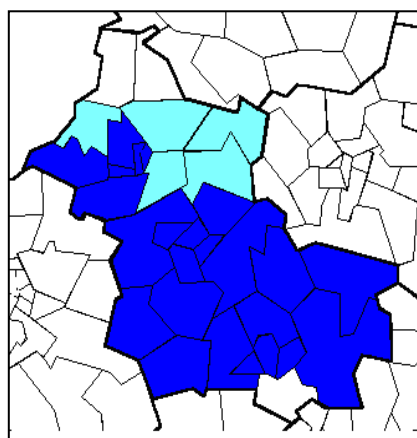
Collaborations pour anticipation		
	<i>2015</i>	<i>2016</i>
<i>SAMU</i>	5	10
<i>Urgences</i>	/	10

➤ Lieux d'intervention de l'EADSP 41

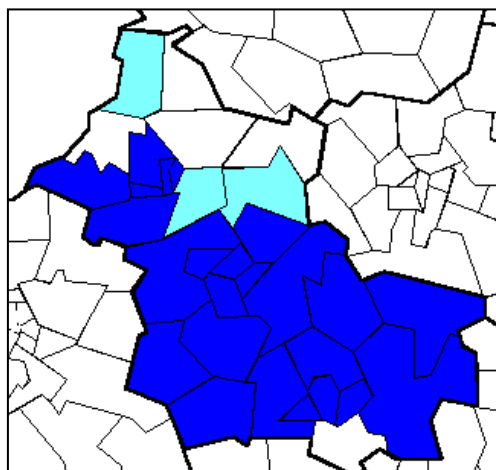
En 2012



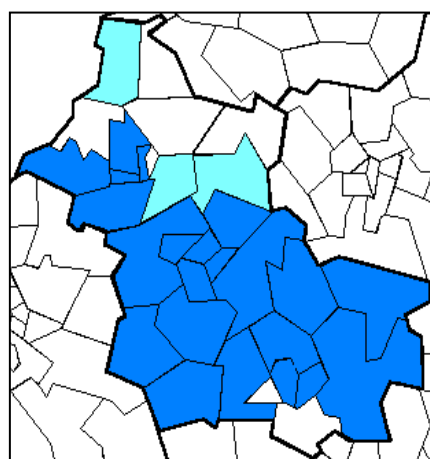
En 2013



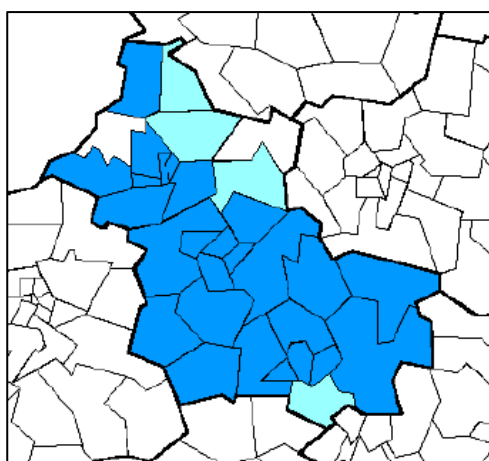
En 2014



En 2015



En 2016



- On n'y est jamais allé
- On y est allé 1 à 3 fois
- On y va régulièrement

➤ **EMSPA du CH de Blois**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	531
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	NR

- 55% des patients sont atteints de cancer, 19% de pathologie neurologique.
- L'équipe a eu connaissance du décès de 283 patients.

➤ *Collaborations*

Collaboration au cours de la prise en charge	Nombre de collaborations
<i>EADSP</i>	41
<i>HAD</i>	11
<i>EMG</i>	4
<i>USP</i>	2
<i>PALLIENCE</i>	1
<i>3C</i>	1

Il peut y avoir plusieurs types de collaborations pour un même patient lors de l'organisation de son transfert.

➤ Lieux d'intervention :

UF Hôte	Nombre d'actions cliniques effectuées par l'EMSPA
<i>Onco-Hématologie</i>	89
<i>SSR (SSR 2A, SSR 2B, SSR 3A, SSR 3B, UCC)</i>	34
<i>Gastro-entérologie/ ORL/ Maxillo</i>	87
<i>Pneumologie</i>	66
<i>Urgences</i>	2
<i>Rhumatologie</i>	1
<i>USLD La Cisse</i>	11
<i>Chirurgie polyvalente</i>	9
<i>Médecine Interne à orientation Diabétologie</i>	7
<i>Réanimation et surveillance continue</i>	22
<i>Hospitalisation de jour (gastro-onco-pneumo)</i>	7
<i>Médecine Interne à orientation Infectiologie</i>	38
<i>Neurologie</i>	18
<i>Cardiologie –USIC</i>	38
<i>La Forêt (EHPAD)</i>	28
<i>UHTCD</i>	3
<i>La Beuvron (EHPAD)</i>	5
<i>Chirurgie Orthopédique et Traumatologique</i>	3
<i>Maison de retraite Gaston d'Orléans EHPAD</i>	2
<i>MIG</i>	20
<i>L'orangerie (EHPAD)</i>	6
<i>USLD Le Loir</i>	4
<i>Le Lac (EHPAD)</i>	3
<i>Oasis (EHPAD)</i>	3

➤ **EMSP du CH de Vendôme**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	189
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	17

▪ La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement du patient ou de son entourage (0%), soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 39% des cas, la demande émane du médecin traitant du patient.

▪ 75% des patients sont atteints de cancer, 7% de pathologie neurologique.

▪ L'équipe a eu connaissance du décès de 132 patients : 129 sont décédés en institution (et 3 ignorés).

➤ **Actions :**

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **48 heures**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	860
<i>Dont visites conjointes</i>	12
<i>Accueils dans les locaux</i>	93
<i>Contacts téléphoniques</i>	>500
<i>Courriers</i>	56
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	157
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	6

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>		78%
<i>Conseil</i>		25%
<i>Évaluation</i>		77%
<i>Aide à la coordination</i>		2%
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	57%
	<i>Entourage</i>	44%
	<i>Professionnels</i>	53%

➤ **Lieux d'intervention :**

Services	Nb de patients	Dont hospitalisés sur LISP
<i>Pneumologie / Cardiologie</i>	32	27
<i>CSAG</i>	24	17
<i>Médecine</i>	98	91
<i>USC</i>	23	/
<i>UAU</i>	1	/
<i>SSR 2</i>	10	/
<i>EHPAD</i>	1	/

➤ *Collaborations*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients
USP	/
EMSP / EADSP	0
Services disposant de LISP	3
HAD	1
Autres réseaux de Soins Palliatifs	/
Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques	/

Collaborations pour anticipation	
SAMU	/
Urgences	/

♦ **L'activité de formation sur le département**

L'ensemble des formations données est récapitulé dans les tableaux 3 et 4 (pages 34 à 45).

Toutes les équipes du département ont une activité de formation : 44h30 de formation ont été délivrées par l'EADSP 41, 97h30 par l'EMSPA de Blois, et 91h30 par l'EMSP de Vendôme. Soit un **total de 233h30**.

Les formations sont données en divers lieux du territoire, ce qui participe à la dynamique territoriale du réseau.

♦ **L'encadrement des stagiaires sur le département**

11 stagiaires ont été accueillis par les équipes du département (cf. **tableau 5 pages 46-47**).

♦ **L'activité en lien avec la dynamique réseau**

Toutes les équipes participent à des travaux institutionnels, mais aussi à des travaux territoriaux et régionaux.

■ Au niveau du département, la dynamique territoriale se traduit à travers les différentes collaborations existantes, tant en intra-hospitalier (cf. les lieux d'intervention des EMSP) qu'avec les structures sanitaires (dont les structures « spécialisées » en soins palliatifs) ou médico-sociales et les libéraux, comme en témoigne le tableau des partenaires de l'EADSP 41 :

		Nombre
S T R U C T U R E S	Hôpitaux publics	15
	SSIAD	17
	EHPAD	41
	Institutions privées (cliniques)	5
	Établissements pour personnes en situation de handicap	8
	SSR	8
	Établissements psychiatriques	2
	HAD	1
	Associations et services d'aides à domicile	2
	Associations de bénévoles	1
	UCSA	0
	SMPR	0

	<i>Autres</i>	11
--	---------------	----

	Professionnels	Nombre
L I B E R A U X	<i>Médecins</i>	127 généralistes et 1 spécialiste
	<i>IDE</i>	35
	<i>Autres</i>	4 (pharmaciens, kinés, orthophonistes)

- La dynamique réseau s'inscrit également dans les réunions et actions de communication :

- **EADSP 41**

- *Actions de communication sur les soins palliatifs destinées au grand public :*

- Participation aux manifestations organisées dans le cadre de la Journée Mondiale de Soins Palliatifs, CH Montrichard ;

- *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*

- Réunions de la CME, du Directoire ;
- Réunions du Bureau de Pôle ;
- Contrat de pôle ;
- Réunions EADSP/EMSP ;
- Groupe « Réflexion sur les activités transversales » ;
- Réunions du CLUD ;
- Groupe de travail sur la PCA ;
- Collège des psychologues ;
- Groupe de travail de recherche Ide EADSP 41/EMSPA Blois ;
- Groupe de travail « Démarche palliative » des LISP ;
- Réunion des secrétaires médicales ;
- Groupe de travail « Accueil des internes » ;

- *Participation à des actions départementales :*

- GHT Développement des soins palliatifs, réunions du comité de pilotage ;
- Participation aux réunions du Groupe départemental LISP ;
- Réunions trimestrielles avec les services ayant des LISP de l'Hôpital de Montrichard ;
- Réunion CH Montoire sur l'avenir des LISP ;
- Participation aux réunions concernant le projet USP du CH de Blois : plénières, projet architectural, comité de pilotage, groupes de travail ;
- Participation au CD 41 : réunions du Bureau, Assemblée Générale ;
- Schéma départemental Personnes âgées / Personnes handicapées : comité technique ;
- CTA du Blaisois ;
- Rencontres inter-CLUD clinique de la Borde ;
- Rencontre EHPAD La Grande Borde pour signature de la convention ;
- Rencontre EHPAD Droué pour signature de la convention ;
- Rencontre EHPAD Le Guéré-Viau pour échanges autour de leur collaboration ;
- Rencontre équipe à l'hospitalet de Montoire ;
- Echanges autour des dispositifs de la fin de vie à l'HOSPI-PHARM ;
- Echanges autour de la collaboration au Centre de soins THERAE ;

- Echanges autour de la collaboration au SSIAD de Noyers/Cher-St Aignan ;
- Présentation et échanges autour de la collaboration au MAIA Nord 41 ;
- Echanges autour de la collaboration au service de médecine CH de St Aignan ;
- Réseau Onco41 : Participation au bureau de l'association, réflexion autour de la collaboration avec l'EADSP 41.

➤ *Participation aux travaux du réseau régional :*

- Groupe de travail « Accueil des internes au sein des équipes et structures de soins palliatifs » ;
- Participation aux réunions du Comité de Pilotage Régional et du Bureau ;
- Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région ;
- Participation aux réunions des IDE des EADSP ;
- Participation au groupe des secrétaires ;
- Participation à la Commission Communication ;

➤ *Participation à des actions régionales ou nationales :*

- Participation au groupe régional CNEFUSP ;
- Réflexion sur les directives anticipées ;
- Département universitaire de médecine G ;
- Rencontre des associations et collèges hospitaliers de psychologues en région Centre-Val de Loire ;
- Participation aux comités scientifique et organisationnel du Congrès SFAP 2017 ;
- Groupe de travail des secrétaires pour la SFAP ;
- Participation à la CNEFUSP ;
- Coordination nationale des rencontres nationales des inter-collèges régionaux des psychologues ;
- Comité de suivi du plan national de développement des soins palliatifs, comité plénier, co-coordination de l'axe 3 ;
- HAS : participation à titre d'expert au groupe de travail « Démarche palliative ».

● **EMSPA du CH de Blois**

➤ *Actions de communication sur les soins palliatifs destinées au grand public :*

- JMSP : organisation d'une conférence publique s'inscrivant dans les « Rendez-vous de l'histoire » sur Blois, animé par Tanguy Châtel sur le thème « Partir ».

➤ *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*

- Participation du médecin et du cadre au bureau de pôle ;
- Présidence de CME par le médecin de l'équipe, travail important en lien avec la mise en place du GHT 41 ;
- Participation aux groupes de travail issus du CLUD sur les PCA ;
- Participation au bureau de la CSIRMT par la cadre et une IDE ;
- Pilotage du Comité de Pilotage DOPAMINE réunissant les différents professionnels du CH de Blois et du CH de Vendôme ;
- Participation aux réunions du collège des psychologues ;
- Participation aux réunions plénières du collectif DOLOPLUS ;
- Participation aux réunions du Comité pédagogique du DIU SP

➤ *Participation à des actions départementales :*

- Participation aux réunions LISP Départementales ;
- Animation du groupe territorial infirmier de recherche avec les compétences infirmières des différentes équipes du 41 sur la thématique de la sédation ;
- Participation au CD 41 ;
- Participation au groupe de travail du GHT 41

➤ *Participation aux travaux du réseau régional :*

- Participation aux réunions inter équipes de soins palliatifs ;
- Participation au groupe de travail « accueil des internes » ;
- Participation aux comités d'organisation du Congrès SFAP Tours 2017

● **EMSP du CH de Vendôme**

➤ *Actions de communication sur les soins palliatifs destinées au grand public :*

- Manifestations organisées dans le cadre de la Journée Mondiale de Soins Palliatifs : stands d'information à destination du grand public et conférence « Les soins palliatifs à l'hôpital : encore plus de vie... » ;
- Conférence Jean Léonetti à Dreux

➤ *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*

- Réunions du CLUD ;
- Visite de l'USP au Vinci ;
- Présentation de l'EMSP à la journée d'accueil des nouveaux arrivants au CH de Vendôme ;
- Rencontre hypnothérapie au CH de Vendôme ;
- Restitution certification au CH Vendôme.
- Intervention au CME et au conseil de surveillance.

➤ *Participation à des actions départementales :*

- Journée éthique à Blois ;
- Réunion procédures directives anticipées ;
- Réunion LISP ;
- Réunion nouvel espace éthique.

➤ *Participation aux travaux du réseau régional :*

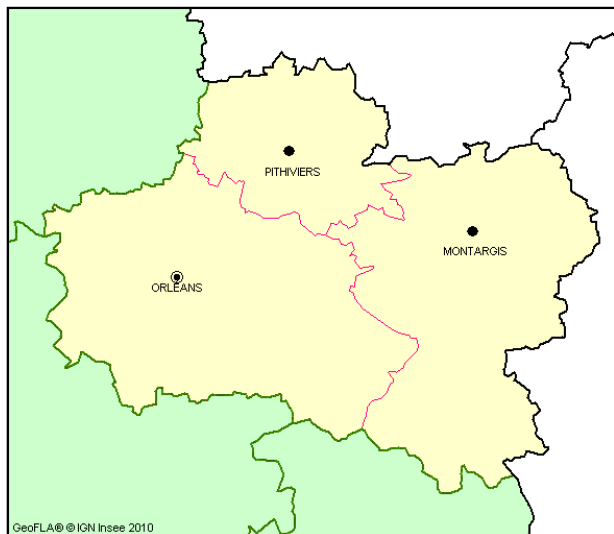
- Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région ;
- Inter-CLUD CH Blois ;
- Participation au groupe des secrétaires.

➤ *Participation à des actions régionales ou nationales :*

- Journée régionale d'éthique à Blois.

VI- LE LOIRET (45)

1- Données contextuelles départementales



- Superficie (en km²) : 6775
 - Nombre d'habitants (au 01/01/2013) : 665587
→ dont personnes de 75 ans et plus : 61690 soit 9,3%
 - Nombre et densité (/100000 hab.) au 01/01/2016:
→ médecins généralistes libéraux : 521 (78)
→ infirmiers libéraux : 578 (86)
 - Nombre de décès (en 2013) : 5790
→ dont tumeurs : 1725
 - Taux comparatif de mortalité prématurée par tumeurs :
→ hommes 90.5 (102.8 région CVDL)
→ femmes 54.3 (63.4 région CVDL)
- * Source STATISS 2016

2- Comité Départemental

Le Comité Départemental de Soins Palliatifs du Loiret est constitué sous la forme associative et se dénomme : CD SP 45.

Président du CD (nom/prénom) : Mr Guillaume DELAS

Nombre d'adhérents et/ou de participants au CD: 31.

BILAN D'ACTIVITE 2016
<u>Nombre de réunions :</u> 9 (6 Conseils d'Administration et 3 réunions du bureau).
<u>Actions réalisées :</u> - <u>Formations :</u> → « La gestion des doubles contraintes » → « Deuil, un temps de fragilité à accompagner » → « Relation d'aide et techniques d'écoute, utiliser l'écoute dans une relation soignant-soigné » « Réflexion éthique : comment apprendre à réfléchir ensemble, une place pour tous » - <u>Ateliers pratiques :</u> → Sophrologie : « un temps pour le soignant » et « apprendre à mieux accompagner les personnes dans la souffrance » → « Le prendre soin : prendre soin de l'autre, prendre soin de soi » - <u>12^{ème} Journée Mondiale des Soins Palliatifs :</u> → 30 septembre 2016 : animations sur les soins palliatifs en musique dans le hall du nouvel hôpital, 3 conférences sur « soins palliatifs et neurologie » « la fin de vie » et « soins palliatifs et pédiatrie » : 200 visiteurs et 100 professionnels → 08 octobre 2016 : « cycl' autour des soins palliatifs » → JALMALV : présentation des missions à la Maison des associations, 25 participants
<u>Nombre de participants en moyenne :</u> (Bureau : 5 ; Conseils d'administration : 12).

PERSPECTIVES EN 2017

Projets à mettre en place :

- Développement du programme de formations
- Développement de la communication
- Investissement SP 45 dans le comité organisationnel et comité scientifique du 23^{ème} congrès de la SFAP
- 13^{ème} Journée Mondiale de soins palliatifs 2017 ;
- Projet maison d'accompagnement.

3-Lits Identifiés en Soins Palliatifs (cf tableaux pages 52 à 54)

4- Activité des équipes de soins palliatifs

Il existe trois équipes sur le territoire :

- Deux EMSP travaillant strictement en intra-hospitalier au CHR d'Orléans, et au CH de Montargis,
- Une équipe travaillant partout dans le département, hors de ces institutions : l'EADSP 45.

♦ **Composition des équipes de soins palliatifs et formation des acteurs (cf. tableau 2 page 33).**

♦ Activité des équipes

- Nombre total de personnes* ayant bénéficié de l'intervention d'au moins une des équipes opérationnelles du département : **1114** (1189 en 2015, 1492 en 2014, 1372 en 2013, 1205 en 2012).

➤ EADSP 45

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	362
Dont patients connus avant 2016 (report et réouvertures)	46

- La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement de l'entourage du patient (13%) soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 51% des cas, la demande émane d'un médecin.

La moyenne d'âge des patients est de 72 ans.

- 56% des patients sont atteints de cancer, 21% de pathologie neurologique.
- 184 patients ont été suivis à leur domicile, 91 en EHPAD et 70 en institution sanitaire.
- L'équipe a eu connaissance du décès de 171 patients : 37 sont décédés chez eux, 45 en EHPAD et 83 en institution.

Le nombre de personnes rencontrées pour un soutien psychologique à leur demande et pour lesquelles il y a eu une rencontre programmée dans un lieu et sur un temps déterminé est répertorié dans le tableau ci-dessous. **Il s'ajoute au nombre de patients.**

<i>Soutien d'une personne dont un proche est gravement malade</i>	3
<i>Soutien d'une personne dont un proche est décédé</i>	10
<i>Soutien d'un professionnel à titre individuel</i>	1
<i>Soutien d'un groupe de professionnels</i>	11
Total dossiers soutien, dont nouveaux en 2016	25 dont 11 nouveaux

➤ *Actions*

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **6 jours**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	182
<i>Dont visites conjointes</i>	79
<i>Accueils dans les locaux</i>	6
<i>Contacts téléphoniques</i>	2230
<i>Courriers</i>	557
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	121
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	16

Nature des actions	% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>	97%
<i>Conseil</i>	65%
<i>Évaluation</i>	38%
<i>Aide à la coordination</i>	35%

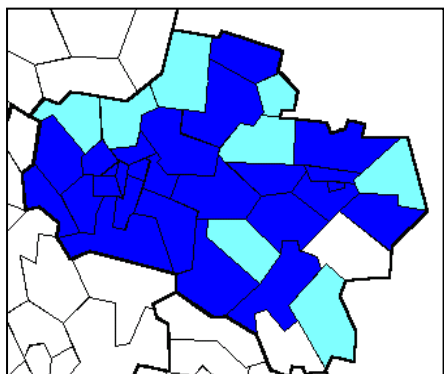
➤ *Collaborations*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients	
	<i>2015</i>	<i>2016</i>
<i>USP</i>	22	38
<i>EMSP / EADSP</i>	79	67
<i>Services disposant de LISP</i>	63	86
<i>HAD</i>	71	91
<i>Autres réseaux de Soins Palliatifs</i>	15	18
<i>Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques</i>	3	3

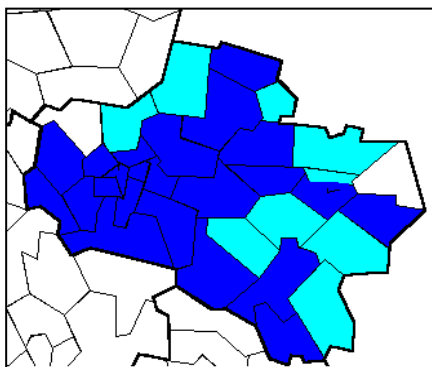
Collaborations pour anticipation		
	<i>2015</i>	<i>2016</i>
<i>SAMU</i>	4	20
<i>Urgences</i>	3	0

➤ Lieux d'intervention de l'EADSP 45

En 2012

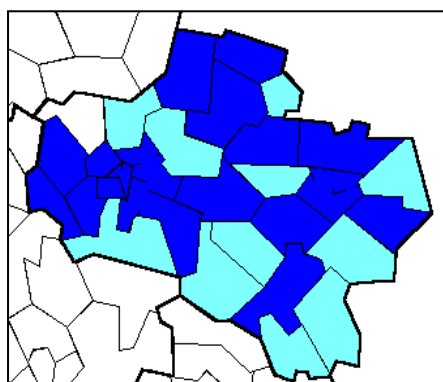


En 2013

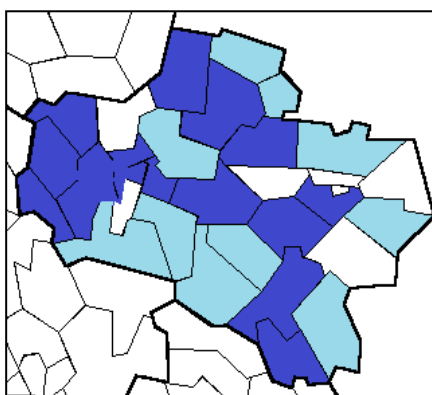


On n'y est jamais allé
 On y est allé 1 à 3 fois
 On y va régulièrement

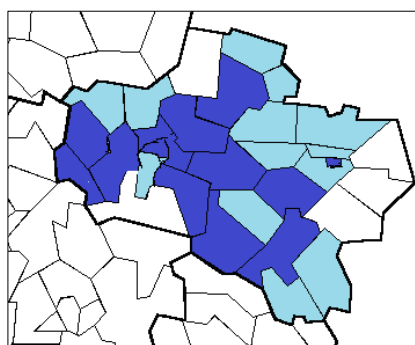
En 2014



En 2015



En 2016



➤ **EMSP du CH de Montargis**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	313
Dont patients connus avant 2016 (reports et réouvertures)	38

- La demande d'intervention de l'équipe émane soit directement de l'entourage ou du patient (3%) soit des professionnels, bénévoles ou autres intervenants. Dans 43% des cas, la demande émane d'un médecin.

La moyenne d'âge des patients est de 74 ans.

- 70% des patients sont atteints de cancer, 8% de pathologie neurologique.
- L'équipe a eu connaissance du décès de 162 patients, dont 161 au sein de l'institution et 1 à domicile.

Le nombre de personnes rencontrées pour un soutien psychologique à leur demande et pour lesquelles il y a eu une rencontre programmée dans un lieu et sur un temps déterminé est répertorié dans le tableau ci-dessous. **Il s'ajoute au nombre de patients.**

<i>Soutien d'une personne dont un proche est gravement malade</i>	19
<i>Soutien d'une personne dont un proche est décédé</i>	15
<i>Soutien d'un professionnel à titre individuel</i>	/
<i>Soutien d'un groupe de professionnels</i>	1
Total dossiers soutien en 2016	35

➤ **Actions :**

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **24 heures**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	1743
<i>Dont visites conjointes</i>	NR
<i>Accueils dans les locaux</i>	111
<i>Contacts téléphoniques</i>	18
<i>Courriers</i>	NR
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	27
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	19

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
Information		79%
Conseil		
Évaluation		100%
Aide à la coordination		30%
Soutien	Patient	98%
	Entourage	33%
	Professionnels	44%

➤ *Lieux d'intervention :*

Services	Nombre de patients
<i>Gastro-entérologie</i>	7
<i>Oncologie+HDJ+Médecine Interne (Médecine B)</i>	137
<i>Pneumologie</i>	7
<i>Endocrinologie/Gériatrie (Médecine A)</i>	36
<i>Rhumatologie (Médecine D)</i>	22
<i>Médecine Aigüe Gériatrique</i>	12
<i>Cardiologie (Médecine C)</i>	11
<i>Chirurgie Générale (Urologique, Ambulatoire)</i>	5
<i>Chirurgie Orthopédique</i>	4
<i>Chirurgie Viscérale</i>	19
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	8
<i>Réanimation</i>	13
<i>USC</i>	6
<i>Psychiatrie: UHP</i>	2
<i>SSR</i>	18
<i>USLD</i>	4
<i>EHPAD</i>	1

➤ **EMSPA du CHR d'Orléans**

Nombre total de patients comptabilisés en 2016	439
Dont patients connus avant 2016 (reports et réouvertures)	17

- Pour tous les patients, il y a eu une rencontre physique avec le patient et ses soignants, voire son entourage.
- La moyenne d'âge des patients est de 71,2 ans.
- Pour tous les cas, la demande d'intervention de l'équipe émane des médecins.
- 49% des patients sont atteints de cancer, 10% de pathologie neurologique.
- L'équipe a eu connaissance du décès de 262 patients, tous décédés au sein du CHRO.

➤ *Actions :*

Délai moyen d'intervention de l'équipe entre une demande de prise en charge et la première visite ou évaluation : **24 heures**

Modalités d'intervention	
<i>Visites</i>	1844
<i>Dont visites conjointes</i>	NR

<i>Accueils dans les locaux</i>	NR
<i>Contacts téléphoniques</i>	NR
<i>Courriers</i>	NR
<i>Réunions pluridisciplinaires</i>	201 (pour 331 patients staffés)
<i>Dont participation à une procédure collégiale</i>	183

Nature des actions		% de dossiers dans lesquels une action de cette nature est notée
<i>Information</i>		100%
<i>Conseil</i>		100%
<i>Évaluation</i>		73%
<i>Aide à la coordination</i>		99%
<i>Soutien</i>	<i>Patient</i>	65%
	<i>Entourage</i>	30%
	<i>Professionnels</i>	52%

➤ *Collaborations*

Structures avec lesquelles il y a eu collaboration à propos d'un patient	Nombre de patients	
	2015	2016
<i>USP</i>	45	36
<i>EMSP / EADSP</i>	52	145
<i>Services disposant de LISP</i>	62	338
<i>HAD</i>	7	6
<i>Autres réseaux de Soins Palliatifs</i>	14	/
<i>Équipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques</i>	0	0

Collaborations pour anticipation		
	2015	2016
<i>SAMU</i>	1	1
<i>Urgences</i>	NR	NR

➤ *Lieux d'intervention :*

Services	Nb de patients vus par l'EMSPA	Nb de patients staffés avec l'EMSPA	Nb de Z515 (DP et DAS)	Nb de codages LISP (< au nb DP Z515 déclarés)
<i>Gastro-entérologie*</i>	53	36	169	99
<i>Oncologie médicale et Hématologie*</i>	20 + 29	2 + 8	99 + 165	63 + 46
<i>Onco-radiothérapie*</i>	9	5	112	68
<i>Pneumologie*</i>	67	44	189	116
<i>Cardiologie*</i>	32	24	41	7
<i>Dermatologie*</i>	21	20	26	16
<i>Rhumatologie</i>	1	0	2	4
<i>Neurologie*</i>	17	10	24	12
<i>Médecine Interne*</i>	5	5	18	7

<i>Infectiologie</i>	13	4	16	NR
<i>Endocrinologie</i>	5	5	5	NR
<i>Gériatrie*</i>	8	4	176	74
<i>Néphrologie</i>	17	5	16	1
<i>UGD dans SSR (MCO) en 2015*</i>	38	36	95	57
<i>Chir digestive</i>	7	2	9	NR
<i>Chir ORL</i>	6	0	4	NR
<i>Neuro chir</i>	3	3	3	NR
<i>Chir URO</i>	4	0	16	NR
<i>Chir ortho</i>	3	0	7	NR
<i>Chir vasculaire</i>	4	3	2	NR
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	1	0	1	NR
<i>Réa chirurgicale</i>	1	1	3	NR
<i>Réa médicale</i>	5	3	85	NR
<i>SAU</i>	1	0	50	NR
<i>HTCD</i>	5	2		NR
<i>Pédiatrie</i>	0	0	13	4
<i>Psychiatrie (CHS Daumezon)</i>	NR	NR	NR	NR
<i>SSR*</i>	63	63	75	NR
<i>USLD</i>	1	1	NR	NR
<i>EHPAD</i>	NR	NR	NR	NR
<i>USP</i>	NR	12	230	208
<i>EADSP</i>	NR	8	NR	NR
<i>Non renseignés</i>	NR	25	NR	NR
<i>Totaux</i>	439	331	1651	782

* Services disposant de LISP

♦ L'activité de formation sur le département

L'ensemble des formations données est récapitulé dans les tableaux 3 et 4 (pages 34 à 45).

Toutes les équipes du département ont une activité de formation : 151h30 de formation ont été délivrées par l'EADSP 45, 63h par l'EMSP de Montargis, et 252h par l'EMSPA d'Orléans. Soit un **total de 466h30**.

Les formations sont données en divers lieux du territoire, ce qui participe à la dynamique territoriale du réseau.

♦ L'encadrement des stagiaires sur le département

Trente et un stagiaires ont été accueillis par les équipes du département (cf. tableau 5 pages 46-47).

♦ L'activité en lien avec la dynamique réseau

Toutes les équipes participent à des travaux institutionnels, mais aussi à des travaux territoriaux et régionaux.

■ Au niveau du département, la dynamique territoriale se traduit à travers les différentes collaborations existantes, tant en intra-hospitalier (cf. les lieux d'intervention des EMSP) qu'avec les structures sanitaires (dont les structures « spécialisées » en soins palliatifs) ou médico-sociales et les libéraux, comme en témoigne le tableau des partenaires de l'EADSP 45 :

S T R U C T U R E S		Nombre
	<i>Hôpitaux publics</i>	18
	<i>SSIAD</i>	8
	<i>EHPAD</i>	35
	<i>Institutions privées (cliniques)</i>	2
	<i>Établissements pour personnes en situation de handicap</i>	10
	<i>SSR</i>	5
	<i>Établissements psychiatriques</i>	1
	<i>HAD</i>	2
	<i>Associations d'aides à domicile</i>	4
	<i>Associations de bénévoles</i>	2
	<i>UCSA</i>	0
	<i>SMPR</i>	0
	<i>Autres</i>	0

L I B E R A U X	Professionnels	Nombre
	<i>Médecins</i>	189
	<i>IDE</i>	20
	<i>Autres</i>	1

■ La dynamique réseau s'inscrit également dans les réunions et actions de communication :

● EADSP 45

➤ Actions de communication sur les soins palliatifs destinées au grand public :

- Colloque Caritas Obsèques;
- Sensibilisation « Les vœux des personnes en fin de vie » (JALMALV) ;
- Participation aux manifestations organisées au CHRO et dans le département (SP45) dans le cadre de la Journée Mondiale de Soins Palliatifs.

➤ Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :

- Réunions MAIA ;
- Réunions du GHT ;
- Participation au CLUD ;
- Participation à la Commission de Soins Infirmiers ;
- Participation à la Commission éthique ;
- Participation à la Commission SP ;
- Participation au Bureau de Pôle ;

- Réunions des référents LISP ;
- Réunions consultation douleur et CADSP

➤ *Participation à des actions et réunions départementales :*

- Réunion du groupe de travail 3.1 : Eviter les ruptures de prise en charge, développer les parcours de santé des personnes souffrant de maladies chroniques et ALD ;
- Réunions SLA ;
- Réunion des LISP à la Clinique de l'Archette ;
- Commission Gériatrique à l'EHPAD Le Doyenné du Baron ;
- Participation aux réunions du CD SP45, dont préparation de la Journée Mondiale de Soins Palliatifs.
- Groupes de paroles, soutien, accompagnement des équipes de soignants des établissements et services sociaux et médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, HAD...) : 62h15
- Rencontres avec les référents LISP (hors CHRO) sur les thématiques de l'alimentation en fin de vie, de la sédation et la fiche des critères d'inclusion... : 23h

➤ *Participation aux travaux du réseau régional :*

- Participation aux réunions du Comité de Pilotage Régional ;
- Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région ;
- Participation aux réunions des IDE des EADSP de la région ;
- Participation aux réunions des secrétaires des EADSP/EMSP de la région ;
- Participation au groupe de travail « Accueil des internes » ;

➤ *Participation à des actions régionales ou nationales :*

- Participation au Comité Scientifique du congrès SFAP 2017 ;
- 14^{ème} journée annuelle du réseau Oncocentre.

● **EMSPA d'Orléans**

➤ *Actions de communication sur les soins palliatifs destinées au grand public :*

- Manifestation organisée au CHRO dans le cadre de la Journée Mondiale de Soins palliatifs.

➤ *Participation aux travaux institutionnels des établissements de référence des équipes :*

- Réunions des 3C ;
- Groupes « Paroles d'enfant » du CMP ;
- Réunions DIM (projet promotion démarche palliative) ;
- Commission soins palliatifs ;
- Préparation et présentation diverses réunions polaires (MFC + MI) sur le plan démarche palliative ;
- Réunions avec temps de préparation du groupe de correspondants SP en services LISP ;
- Préparation aux dossiers d'agrément des LISP au NHO ;
- Développement d'une filière SP sur le GHT Loiret ;
- Projet d'accueil d'un interne EMSPA/EADSP ;
- Réunion groupe régional d'accueil des internes en SP ;
- Projet poste de PH de recherche régional en SP ;
- Projet de service EMSPA / plan national SP 2015-2018 ;
- Réunions EADSP 45/ EMSPA du CHRO ;
- Participation à la certification (pilotage) ;
- Réactualisation de la fiche d'appel ;
- Commissions de soins ;
- Dossier d'agrément DPC de la formation institutionnelle SP ;

- Commission DPC/EPP/APP ;
 - Réunions avec service d'hématologie, de cardiologie, de pneumologie / Démarche palliative et collaboration avec EMSPA ;
 - Participation à la filière gériatrique GHT ;
 - Préparation de cours pour le DPC du CHRO et pour IFPM (y compris gestion logistique) ;
 - Coordination Livret Décès ;
 - Réunions du CLUD ;
 - Réunions du CLAN ;
 - Etude ELIPSE ;
 - Direction de TIR ;
 - Préparation et présentation du bilan des soins palliatifs sur le CHRO à la CME ;
 - Coordination UPAC ;
 - Bilan d'activité EMSPA ;
 - Réunions de la fédération CADSP.
- *Participation aux travaux du réseau régional :*
- Participation aux rencontres inter-équipes de soins palliatifs de la région ;
 - Participation aux groupes de travail
- *Participation à des actions régionales ou nationales :*
- Participation au Comité Organisationnel du Congrès SFAP 2017 ;
 - Travail de publication au congrès SFAP 2017 ;
 - Préparation présentation congrès FFCD

CONCLUSION - PERSPECTIVES

Cette année 2016 a été marquée par des réalisations de projets importants dans l'évolution du réseau :

- La conduite et l'organisation du Congrès National de la Société Française d'Accompagnement en Soins Palliatifs 2017 à Tours,
- l'évolution positive de l'offre en soins palliatifs en région,
- le partenariat avec les autres instances régionales (ERERC, Oncocentre, Neurocentre...),
- l'implication du réseau dans la procédure d'attribution des agréments de nouveaux LISP,
- le renforcement de la formation universitaire en soins palliatifs et de son inscription dans la formation initiale des professionnels,
- les travaux de recherches, des publications réalisées par les équipes,
- les nombreuses actions de communication destinées au grand public organisées sur chaque département

Une activité sur chaque territoire qui ne cesse de progresser avec une couverture territoriale de plus en plus étendue. Cette évolution nécessite de retravailler les partenariats locaux et l'articulation entre les équipes compte tenu de la demande grandissante d'intervention en dehors des murs de l'hôpital, au domicile des patients ainsi que dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Pour les prochaines années, il nous faut :

- construire la mise en œuvre du plan soins palliatifs 2015-2018, en allouant des crédits complémentaires prévus par le plan afin de renforcer les moyens des équipes permettant de maintenir ou renforcer les réponses aux besoins de la population,
- Asseoir la démarche palliative en s'appuyant sur un co-pilotage du dispositif de soins palliatifs entre le Réseau et l'ARS grâce au PRS 2
- Organiser le dispositif dans les territoires et en région en lien avec les autres filières, dispositifs, en intégrant le virage ambulatoire et ainsi offrir une prise en charge fluide et décloisonnée.
- veiller à la poursuite de la dynamique du réseau dans le cadre du prochain projet régional de santé dans un contexte plus contraint au regard du contrôle de l'utilisation des crédits de soins palliatifs,
- Renforcer la dimension recherche, la formation universitaire et paramédicale nécessaire au renouvellement des générations des professionnels,
- Pérenniser l'acculturation aux soins palliatifs dans les établissements sociaux, médico-sociaux et à domicile...
- Renforcer les liens avec les services de secours et les urgences afin de favoriser l'accompagnement des patients et des proches au domicile,

- Conforter la structuration et le statut du réseau régional afin qu'il soit l'interlocuteur privilégié avec les instances départementales, régionales et nationales,
- Poursuivre le développement de l'offre de soins par la mise en œuvre des USP reconnues aux Centres Hospitaliers de Blois et de Bourges.
- Poursuivre l'évaluation régulière du dispositif des LISP existants et ouvrir de nouveaux LISP en fonction du besoin et de l'évaluation réalisée.
- Conduire un travail sur la structuration et l'organisation actuelle du réseau qui montre parfois ses limites,
- Mener un travail de réflexion avec les autres réseaux régionaux rattachés au CHRU de Tours afin d'envisager des mutualisations à l'heure où les mesures d'économies se font ressentir de plus en plus.

Le réseau a de nouveaux défis à relever pour les années à venir.

GLOSSAIRE

ADMD : Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AFPA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes

AFSOS : Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support

AG : Assemblée Générale

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation (devenue ARS)

ARS : Agence Régionale de la Santé

AS : Aide-Soignant

CA : Conseil d'Administration

CADSP : Centre d'Activité Douleur – Soins Palliatifs

CAI : Commission Anti-Infectieux

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CD : Comité Départemental

CDGI : Centre Départemental Gériatrique de l'Indre

CH : Centre Hospitalier

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHRO : Centre Hospitalier Régional d'Orléans

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CLAN : Comité de Liaison Alimentation et Nutrition

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLUD : Comité de LUTte contre la Douleur

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMP : Centre Médico Psychologique

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNEFUSP : Collège National des Enseignants pour le Formation Universitaire en Soins Palliatifs

CNDR : Centre National De Ressources

CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées

CODES : Comité Départemental d'Éducation pour la Santé

COMEDIMS : Commission du Médicament Et des Dispositifs Médicaux Stériles

COPIL : Comité de Pilotage

CORESP : Comité de Réflexion En Soins Palliatifs

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPR : Comité de Pilotage Régional

CREAI : Centre interRégional d'Étude, d'Action et d'Information

CRUQ(PC) : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité (de la Prise en Charge)

CSIRMT : Commission Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique

DAS : Diagnostic Associé Significatif

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins)

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (devenue DGOS)

DIM : Département de l'Information Médicale

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Diagnostic Principal

EADSP : Équipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs

ECR : Équipe de Coordination Régionale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMG : Équipe Mobile Gériatrique

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

EMSPA : Équipe Mobile de Soins Palliatifs et d'Accompagnement

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

ERERC : Espace de Réflexion Éthique en Région Centre Val de Loire

ERRSPP : Équipe Régionale Ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques

FMC : Formation Médicale Continue

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

HAD : Hospitalisation A Domicile

HDJ : Hôpital De Jour

HTCD : Hospitalisation de Très Courte Durée

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFPM : Institut de Formation Paramédicale

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IME : Institut Médico Éducatif

JALMALV : Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie

LATA : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives
LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
NHO : Nouvel Hôpital d'Orléans
ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie
PALLIENCE : PALLiatifs-ENfants-CEntre
PCA : Patient Control Analgesia
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique
SLD : Soins Longue Durée
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SPIJ : Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile
SPP : Soins Palliatifs Pédiatriques
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Services de Soins Infirmiers À Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TFE : Travaux de Fin d'Étude
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UMASP : Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
UPAC : Unité Pluridisciplinaire d'Accompagnement en Cancérologie
UPAD : Unité pour Personnes Âgées Désorientées
UPM : Unité de Pédiatrie en Maternité
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
UREH : Unité Régionale d'Épidémiologie Hospitalière
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
USC : Unité de Soins Continus
USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques
USIN : Unités de Soins Intensifs de Néphrologie
USP : Unité de Soins Palliatifs

Bilan d'activité du Réseau de Soins Palliatifs en région Centre Val de Loire

Année 2016

ANNEXES

SOMMAIRE

Annexe 1 : « Référentiel d'organisation des soins relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs » (Annexe 2 de la circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs).....	p.176
Annexe 2 : « Référentiel d'organisation des soins relatif aux unités de soins palliatifs » Annexe 3 de la circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs	p.182
Annexe 3 : Cadre de référence pour l'organisation des Équipes Ressources Régionales de Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP)	p.186
Annexe 4 : « Référentiel d'organisation des soins relatif aux lits identifiés de soins palliatifs » Annexe 1 de la circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.....	p.187
Annexe 5 : Liste nominative des membres du CPR.....	p.191
Annexe 6 : Tutoriel d'inscription sur le portail GCS TéléSanté Centre	p.193
Annexe 7 : Feuille de route du groupe de travail régional « Accueil des internes dans les structures de soins palliatifs »	p.198
Annexe 8 : « Accueillir un interne dans une structure de soins palliatifs » document issu du groupe de travail régional	p.200

Annexe 1 : « Référentiel d'organisation des soins relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs » (Annexe 2 de la circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs)

**Référentiel d'organisation des soins
relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)**

1. DÉFINITION

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé. Ses membres ne pratiquent en principe pas directement d'actes de soins, la responsabilité de ceux-ci incombant au médecin qui a en charge la personne malade dans le service ou qui a fait appel à l'équipe mobile.

L'équipe mobile exerce une activité transversale au sein de l'établissement de santé. Elle exerce un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services, et participe à la diffusion de la démarche palliative au sein de l'établissement.

L'équipe mobile peut également avoir une activité inter hospitalière.

A titre expérimental, une équipe mobile peut intervenir ou dans une institution médico-sociale, voire à domicile, dans le cadre d'un réseau ou non. Ces expérimentations s'accompagnent d'une évaluation rigoureuse.

2. MISSIONS

L'équipe mobile a pour but de faciliter la mise en place de la démarche palliative et d'accompagnement dans les services d'hospitalisation, qu'ils disposent ou non de lits identifiés de soins palliatifs (LISP). Elle participe à la continuité des soins palliatifs au sein de l'établissement, et au sein du territoire qu'elle dessert lorsqu'elle intervient à l'extérieur de l'établissement, ainsi qu'à la permanence téléphonique.

L'équipe mobile contribue à la formation pratique et théorique des équipes mettant en œuvre des soins palliatifs et à la diffusion d'informations et de documents méthodologiques relatifs aux bonnes pratiques des soins palliatifs. Cette mission est à la croisée des missions de soins et de formation.

L'équipe mobile contribue à la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs.

Les équipes mobiles ont vocation à participer à la dynamique des réseaux de santé.

L'ensemble de ces missions nécessite une compétence particulière des membres de l'EMSP ainsi qu'une disponibilité pour répondre efficacement aux demandes d'aides.

3. OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

3.1 Mettre en œuvre des actions de conseil, de soutien, et de concertation auprès des professionnels et équipes référents

Ces actions s'exercent au bénéfice d'un patient, mais s'adressent aux professionnels et équipes référents confrontés à des problématiques complexes liées à l'évolution d'une maladie grave et à la fin de vie. Elles peuvent s'inscrire notamment dans les lieux de concertation déjà existants (ou qu'elles contribueront à mettre en place) comme les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et les réunions consultatives d'éthique.

L'EMSP intervient à la demande d'un professionnel ou de l'équipe référente confronté à des difficultés dans l'accompagnement et les soins d'un patient.

- l'intervention de l'EMSP comprend un temps d'échange avec le professionnel ou l'équipe référent : il est souhaitable que l'intervention de l'équipe mobile soit le plus précoce possible au cours de la prise en charge d'un patient ou le soutien d'une équipe. Il peut s'agir d'actions de conseil aux équipes ;

- l'EMSP assure également le soutien et le compagnonnage des équipes qui le souhaitent par des temps de concertation, et/ou des temps d'analyse de la pratique, avec un ou plusieurs professionnels de l'équipe demandeuse ;

- elle propose une aide à la réflexion, à la prise de décision, des discussions multidisciplinaires d'ordre éthique au cours de la maladie et/ou en fin de vie, une aide à l'adaptation relationnelle...

Les personnels des EMSP sont amenés à donner des conseils, à faciliter les échanges de compétences et de connaissances, à favoriser l'analyse des pratiques, dans les domaines du soin (gestes), de l'évaluation des différentes composantes de la souffrance (somatique, sociale, psychologique et spirituelle), du soulagement des symptômes physiques et psychiques, de la prévention des situations de crise (prescriptions et procédures anticipées), de la communication et de la relation, du soutien de l'entourage. Avec l'équipe référente du malade, les personnels des EMSP contribuent à l'étude de la possibilité et de la faisabilité du retour à domicile.

Les EMSP facilitent la réflexion éthique en favorisant les procédures collégiales ; elles assurent ponctuellement des réunions de « débriefing » au sein des équipes confrontées à des situations difficiles, afin de prévenir ou accompagner la souffrance des soignants, et aident les équipes qui souhaitent pérenniser ces dynamiques par la création de groupes de parole.

3.2 Assurer le soutien psychologique et/ou social des proches pendant la maladie ou après le décès

Dans le cadre de cette mission de soutien des proches, l'EMSP veille à communiquer et collaborer avec les autres professionnels ou équipes impliquées dans l'accompagnement et à organiser, quand cela est pertinent, un relais avec d'autres professionnels des domaines psychologique et social, ou l'intervention d'une association d'accompagnement.

3.3 Mettre en œuvre des actions de formation

Les EMSP ont un rôle essentiel pour faciliter l'intégration et le développement de la démarche palliative dans les soins donnés aux malades quel que soit le lieu de prise en charge. La formation des acteurs de santé est un levier majeur de cette évolution.

A ce titre, les EMSP peuvent participer aux actions de formation des professionnels et équipes prenant en charge les patients :

- en formation continue :

- formation spécifique aux soins palliatifs : il est souhaitable que ces actions soient élaborées avec l'unité de soins palliatifs (USP) référente et qu'elles soient articulées avec la formation douleur du comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;

- analyse des pratiques professionnelles en équipe ;

- contribution à des programmes de formation continue organisée (ex : D.U. ou D.I.U. de soins palliatifs, diplômes d'éthique clinique).

- en formation initiale : contribution à l'enseignement initial organisé par les universités, les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et autres écoles de professionnels de santé.

Afin de mettre en œuvre des formations à la pratique clinique, les EMSP ont vocation à accueillir en leur sein des stagiaires ou des professionnels en cours de formation.

3.4 Recherche

Compte tenu de la transversalité qui définit les soins palliatifs et de la répartition des malades, il est important que les équipes mobiles contribuent au développement de la recherche en soins palliatifs.

4. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

L'EMSP fonctionne au minimum 5 jours sur 7 aux heures ouvrables et participe à la permanence de la réponse en soins palliatifs et accompagnement. Les règles de fonctionnement de l'EMSP sont formalisées et diffusées à l'ensemble des partenaires concernés.

4.1 Principes généraux de fonctionnement

Une équipe mobile de soins palliatifs est implantée de préférence dans un établissement de santé disposant d'une USP ou de lits identifiés de soins palliatifs.

Elle est placée sous la responsabilité d'un médecin qui en assure la coordination.

Sous réserve que le dimensionnement de l'équipe le permette, une EMSP peut couvrir plusieurs établissements de santé. Dans cette hypothèse, il est nécessaire que son aire géographique soit définie. Il est souhaitable que chaque territoire de santé dispose à terme, d'au moins une EMSP.

Chaque EMSP élabore ses règles de fonctionnement et les diffuse à tous les établissements, services et personnes avec qui elle collabore.

Chaque membre de l'équipe mobile de soins palliatif mobilise ses compétences spécifiques, propres à sa fonction en respectant deux principes majeurs :

- le respect du travail en équipe pluridisciplinaire ;
- le respect du principe de non-substitution.

4.2 Différents temps d'intervention d'une EMSP

La demande faite à une équipe mobile de soins palliatifs émane d'un professionnel de santé et peut être initiée par le patient ou ses proches. Elle est transmise après concertation avec le cadre de santé ou le médecin en charge de la personne malade. L'accord pour l'intervention de l'EMSP est donné par le médecin responsable.

L'analyse de la demande est le premier temps de l'intervention ou le préalable à l'intervention de l'EMSP. Elle porte sur :

- la pertinence de la demande ;
- l'identification de la problématique ;
- la définition des intervenants de l'EMSP (qui intervient ? en binôme ou non ?).

Les réponses peuvent être :

- une réponse orale ponctuelle (éventuellement par téléphone) à une demande technique simple (ex : renseignement social, ajustement de dose médicamenteuse, etc...) ;
- une analyse de la situation clinique nécessitant :
 - un entretien avec les soignants et médecins demandeurs ;
 - la consultation du dossier ;
 - éventuellement une consultation auprès du patient ;
 - éventuellement une rencontre des proches ;
 - une concertation puis une synthèse avec l'équipe ;
- au terme de cette analyse une transmission écrite est réalisée. Elle comporte une argumentation, des propositions d'actions justifiées, des objectifs de prise en charge, des propositions de suivi par l'EMSP.
- un soutien d'équipe ;
- une réunion d'aide au cheminement et à la décision éthique ;

- l'élaboration, la mise en place et la réalisation d'une formation sur un thème ;
- un réajustement des recommandations à l'équipe référente après le staff pluridisciplinaire de l'EMSP.

4.3 Collaborations avec les autres structures de soins

Collaboration avec les lits identifiés de soins palliatifs

La collaboration entre les services disposant de LISP et les EMSP optimise la prise en charge des patients, particulièrement par l'expertise clinique autour des situations difficiles, les temps de concertation, et le soutien auprès des équipes concernées.

Les services ayant une activité identifiée en soins palliatifs doivent collaborer avec l'EMSP et formaliser cette collaboration. La formalisation peut porter sur les temps de réunions communs aux deux équipes, sur la possibilité pour l'EMSP de faciliter l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

Cette collaboration doit permettre aux EMSP d'utiliser les LISP et les lits d'hospitalisation conventionnelle ou à durée déterminée de patients suivis à l'extérieur, pour les évaluations et l'ajustement des traitements.

Collaboration avec les unités de soins palliatifs

Les rapports entre équipes mobiles et unités de soins palliatifs sont des rapports privilégiés.

USP et EMSP œuvrent donc, à deux niveaux complémentaires dans une logique de recours et de ressource.

Les modalités de collaboration entre EMSP et USP doivent être précisées, afin d'optimiser le transfert des malades en situation complexe (dossier d'admission, demandes anticipées, transmission d'informations...)

Collaborations avec d'autres établissements de santé et des établissements médico-sociaux

Des conventions de collaboration peuvent permettre à l'EMSP d'intervenir dans les autres établissements de son secteur géographique. Ces conventions doivent préciser certaines modalités pratiques (responsabilités, assurance, prise en charge des frais de déplacement, de formation, etc...) ainsi que les engagements mutuels.

5. MOYENS DE FONCTIONNEMENT

5.1 Personnels

Composition de l'équipe

L'effectif de l'EMSP est adapté à l'activité qu'elle a vocation à prendre en charge. L'équipe doit être pluridisciplinaire et rechercher les complémentarités du fait de la diversité de ses missions. Médecins, cadres, infirmières, psychologues, secrétaires en sont les acteurs incontournables. Les assistants du service social, éventuellement des kinésithérapeutes ont également vocation à intégrer cette équipe. Il peut être utile de s'adjoindre d'autres compétences.

Il est indispensable que les membres des EMSP prévoient un temps hebdomadaire de staff clinique pour travailler en pluridisciplinarité sur les dossiers suivis par l'équipe : il est le lieu concret de l'interdisciplinarité d'une supervision des pratiques et/ou d'un groupe de parole. Le recours à une supervision individuelle doit être possible.

Effectif

Les effectifs en équivalent temps plein indiqués ci-dessous sont établis sur la base d'une activité correspondant à une file active de 200 nouveaux patients par an ; ils correspondent à un optimum à atteindre progressivement mais ne constituent en aucune manière une norme :

- médecin : 1.5 ETP ;
- cadre infirmier : 1 ETP ;
- infirmier : 2 ETP ;
- secrétaire : 1 ETP ;
- psychologue : 0.75 ETP ;
- un temps de kinésithérapeute ;
- assistant de service social : 0.75 ETP* ;
- superviseur (psychologue, extérieur à l'équipe) : 2 vacations par mois.

* en propre ou mis à disposition

Formation requise pour les membres de l'équipe

Le travail en équipe mobile est très particulier et complexe. La formation initiale de chaque membre de l'équipe ne prépare pas à cette dimension. C'est pourquoi le recrutement et la formation continue des membres de l'équipe sont des dimensions particulièrement importantes.

Pour l'ensemble des personnels soignants de l'équipe mobile, une expérience professionnelle de plusieurs années en dehors de l'équipe mobile ainsi qu'une formation spécifique aux soins palliatifs et à l'accompagnement sont souhaitables.

Le médecin responsable doit avoir acquis une formation spécifique en soins palliatifs (diplôme de type inter universitaire (DIU), ou Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) "médecine de la douleur et médecine palliative"), assortie d'une expérience pratique préalable en soins palliatifs. Une formation à l'éthique et une formation à la direction et à la coordination d'équipe sont recommandées.

Une expérience ou une compétence en matière d'évaluation et de traitement de la douleur est requise pour au moins un médecin, un cadre ou IDE, au démarrage de l'équipe. La même exigence vaut pour la formation à l'éthique clinique.

Les membres de l'EMSP qui souhaitent assurer des formations doivent se former aux domaines de la pédagogie et de la communication.

Recrutement

Les personnels de l'EMSP doivent être recrutés sur la base du volontariat et répondre à un profil de poste précis. Ils doivent pouvoir être assurés qu'une demande de mutation de leur part sera considérée en priorité en cas d'épuisement professionnel.

Il est nécessaire de mettre en place une formation continue de ces équipes pour le maintien à niveau et/ou l'amélioration du niveau de compétences.

5.2 Moyens matériels

Locaux

L'équipe mobile doit disposer des locaux suffisants pour permettre à l'équipe d'assurer ces différentes missions, travail pluridisciplinaire, préparation de formation, et notamment d'un secrétariat et d'un espace pour permettre l'accueil et les entretiens avec les proches.

6. INDICATEURS DE SUIVI

- nombre structures ayant formalisé leur relation avec l'établissement de l'EMSP ;
- nombre d'interventions du personnel de l'EMSP auprès des patients (dans et en dehors de son établissement de santé) ;
- nombre d'interventions téléphoniques de l'EMSP pour conseil et/ou soutien ;
- pourcentage d'infirmiers de l'EMSP formés aux soins palliatifs et/ou à la douleur ;
- nombre total d'heures d'enseignement en soins palliatifs réalisé par du personnel de l'EMSP.

Annexe 2 : « Référentiel d'organisation des soins relatif aux unités de soins palliatifs » Annexe 3 de la circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

Référentiel d'organisation des soins relatif aux unités de soins palliatifs (USP)

1. DÉFINITION DES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS

Les unités de soins palliatifs (USP) sont des unités spécialisées qui ont une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs. Elles s'inscrivent dans le schéma général *d'une offre de soins globale et graduée* défini par la circulaire n° 2002/98 du 19 février 2002.

Les USP assurent une triple mission de soins, de formation et de recherche. Elles constituent un élément essentiel du maillage de l'offre régionale de soins palliatifs et ont vocation à participer à son organisation.

2. MISSIONS DES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS

L'USP est une structure spécialisée qui accueille de façon temporaire ou permanente toute personne atteinte de maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, lorsque la prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ayant des compétences spécifiques.

2.1 Missions de soins et d'accompagnements complexes et de recours

Les USP prennent en charge les personnes présentant les situations les plus complexes qui ne peuvent plus être suivies à domicile, en établissement médico-social, ou dans leur service hospitalier d'origine. Elles assurent :

- l'évaluation et le traitement des symptômes complexes ou réfractaires, pouvant nécessiter une compétence ou une technicité spécifiques ou le recours à un plateau technique ;
- la gestion des situations dans lesquelles des questions complexes relevant de l'éthique se posent ;
- l'accompagnement des personnes malades et/ou de leur entourage présentant des souffrances morales et socio-familiales complexes.

2.2 Mission de formation

Elles contribuent à la formation initiale :

- elles assurent l'accompagnement des stagiaires dans le cadre de la formation initiale ainsi que dans le cadre de la formation continue ;
- elles participent à la mise en place et au fonctionnement des espaces éthiques régionaux pour les questions concernant la fin de vie ;
- elles participent au fonctionnement des centres de référence et de documentation (bibliothèque, vidéothèque... sous la responsabilité d'un documentaliste).

Les USP ont une mission de formation continue des professionnels dans la région, notamment des référents en soins palliatifs.

2.3 Mission de recherche et de ressources

Les USP assurent ou partagent la responsabilité de la conception et de la mise en œuvre d'actions de recherche dans une dynamique pluridisciplinaire souvent multi-centrique dans les domaines de la recherche clinique et thérapeutique en soins palliatifs et accompagnement, de l'éthique en fin de vie, des sciences humaines et sociales, et de la pédagogie...

3. ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES

Une USP est non seulement un lieu de soins pour des personnes malades et leur proches mais également un lieu de vie. Les activités en lien avec la mission de recours sont rendues possibles par l'intensité et la complémentarité de la prise en charge. Dans ce contexte, les activités imposent un travail en équipe et la mise en œuvre d'un projet de service élaboré préalablement. Elles présupposent l'élaboration de critères d'admission et l'utilisation de dossiers de soins pluridisciplinaires. A ce titre, des réunions régulières de synthèse pluridisciplinaires, des groupes de paroles, des délibérations collégiales sont mises en place.

Une USP doit tout particulièrement veiller à l'anticipation avec les proches des procédures liées au décès ainsi qu'au respect des rites mortuaires.

4. ORGANISATION

Les USP sont un élément actif du maillage constitutif des réseaux de soins palliatifs. Elles sont les structures de référence et de recours, pour les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), les établissements disposant de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) et les équipes de coordination des réseaux de soins palliatifs. Elles ont un rôle d'expert dans l'évaluation pour les soins palliatifs et l'accompagnement. Elles participent au débat public sur les questions de fin de vie.

Les USP contribuent à la permanence des soins palliatifs et de l'accompagnement pour les malades hospitalisés et les proches, y compris dans le domaine du conseil et du soutien aux professionnels.

4.1 Critères d'admission

Un patient est admis en USP lorsque :

- la prise en charge ne peut plus être effectuée par l'équipe ayant en charge les soins et l'accompagnement soit à domicile soit dans une structure médico-sociale, soit dans une structure hospitalière disposant ou non de LISP ;
- la charge en soins est trop lourde ou ne permet pas le maintien soit dans une institution médicosociale, soit dans une structure hospitalière disposant ou non de LISP, soit dans le lieu de vie habituel ou souhaité ;
- l'équipe prenant en charge le patient a besoin de prendre du recul, du temps et de discuter avec l'équipe de l'USP avant de poursuivre la prise en charge ;
- la personne malade présente une détérioration majeure de sa qualité de vie personnelle ou familiale liée à l'intensité ou l'instabilité des symptômes, à une souffrance morale intense et réfractaire, à une situation socio-familiale rendant le maintien difficile dans le lieu de vie souhaité ;
- il existe un questionnement difficile dans le champ de l'éthique.

C'est la multiplicité des critères qui définit la complexité et justifie l'indication d'une admission en USP.

4.2 Différents types de prise en charge

Afin de s'adapter au mieux aux besoins des patients et de leurs proches, l'USP peut prendre en charge les patients en séjours « classiques » (séjours de fin de vie dont il est difficile d'évaluer la

durée), séjours « de repli », prises en charge programmées en hospitalisation à durée déterminée, consultations externes de soins palliatifs et consultations de suivi de deuil compliqué. Les USP doivent également permettre l'accueil de personnes en situations de crise ou de décompensation.

4.3 Communication et coordination

L'unité doit pouvoir être jointe au téléphone à tout moment.

L'USP assure le recueil de données médicales, psycho-sociales et familiales à l'admission du patient et, de façon continue, l'inscription au dossier médical :

- des informations données au patient par le professionnel ;
- des informations données aux proches par le professionnel ;
- de la transcription des propos tenus par le malade concernant sa maladie ;
- de la transcription des propos tenus par les proches concernant la maladie du patient ;
- du recueil d'éventuelles directives anticipées ;
- de la désignation éventuelle d'une personne de confiance ;
- des attendus des délibérations collégiales ;
- de la synthèse des réunions pluridisciplinaires.

4.4 Évaluation

Dès l'admission d'un patient et tout au long de son hospitalisation, les motifs et les objectifs de l'hospitalisation font l'objet d'évaluations régulières, tant du point de vue des soignants, que de la personne malade et des proches. Cette évaluation permet d'élaborer puis d'adapter le projet de soins et d'accompagnement personnalisé pour chaque patient.

4.5 Coopérations

Les établissements de santé comportant une unité de soins palliatifs ou une équipe mobile de soins palliatifs ont vocation à intégrer naturellement le réseau de soins palliatifs de leur territoire.

Les USP doivent pouvoir bénéficier de l'intervention intra ou inter-hospitalière d'une EMSP.

Les USP contribuent à la permanence téléphonique pour conseils aux médecins traitants ou aux référents hospitaliers, aux infirmières libérales ou hospitalières ayant en charge un malade, notamment dans le cadre de la participation active à un réseau de soins palliatifs.

Elles développent des liens étroits avec les services disposants de LISP.

Elles participent à des réunions régulières entre acteurs de l'USP, des EMSP, et des LISP pour analyser les situations complexes et prévoir les éventuelles hospitalisations.

La collaboration avec des bénévoles d'accompagnement est conditionnée par la signature d'une convention entre l'association et l'établissement de santé.

L'USP organise des réunions régulières avec les bénévoles d'accompagnement et participe à leur formation qui reste sous la responsabilité de l'association.

5. CRITÈRES D'IMPLANTATION

Chaque région doit comporter au minimum une USP située dans un C.H.U ou dans un établissement autorisé ayant une activité en cancérologie. Le nombre d'USP et leurs capacités sont fonction de la densité de population, de la géographie locale et des flux de patients. Ils sont mentionnés dans le volet soins palliatifs des SROS.

Il est souhaitable que toute nouvelle USP relève du court séjour et bénéficie d'une tarification à l'activité.

6. MOYENS DE FONCTIONNEMENT

6.1 Dimensionnement

Il est recommandé qu'une USP dispose au minimum d'une capacité de 10 lits.

6.2 Effectifs

Les personnels sont recrutés sur la base du volontariat. Ils doivent bénéficier d'un tutorat comportant, pendant leur période d'intégration, un temps de travail en binôme.

Pour assurer ses missions, il est recommandé qu'une USP de 10 lits dispose au minimum de 2,5 ETP de médecins de plein exercice dont au moins un médecin ayant l'expérience de plusieurs années de pratique en soins palliatifs, 1 ETP de cadre infirmier, 9 ETP d'IDE, 10 ETP d'aide soignant, 3,5 ETP d'ASH, 1 ETP de psychologue et du temps de kinésithérapeute, de psychomotricien et d'assistant de service social.

Ces effectifs ne constituent pas des normes mais des objectifs indicatifs.

Les samedis, dimanches et jours fériés, une présence médicale d'au moins une demi-journée est requise.

Le soutien de l'équipe repose notamment sur l'organisation régulière de groupes de parole, avec la possibilité de recourir à une supervision individuelle, et sur l'analyse régulière des pratiques et des situations rencontrées.

La dotation en personnel doit permettre aux USP de s'engager dans des actions de recherche et de formation universitaire.

6.3 Formation des personnels

Les personnels de l'USP doivent avoir reçu une formation de type « approfondissement en soins palliatifs et à l'accompagnement ».

Pour les médecins, le cadre et une majorité de soignants, une formation de type « spécialisation » (diplôme de type inter universitaire (DIU) de soins palliatifs ou équivalence, Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) "médecine de la douleur et médecine palliative") est recommandée.

En outre, il est souhaitable qu'un membre de l'équipe (médecin, cadre ou IDE) ait eu une expérience de formateur, ou ait bénéficié d'une formation de formateur.

Des formations spécifiques dans la dimension éthique, l'évaluation et le traitement de la douleur doivent également être favorisées pour au moins un référent de l'USP.

L'équipe d'une USP doit bénéficier d'une formation continue, nécessaire pour assurer la mission clinique de recours.

6.4 Moyens matériels spécifiques

Les USP doivent pouvoir mettre des chambres individuelles à disposition des patients et être en mesure de disposer d'un lit d'appoint pour les proches, dans la chambre du patient.

Il est nécessaire de disposer d'une pièce d'accueil et/ou de repos pour les proches, d'un lieu pour les bénévoles d'accompagnement, ainsi que de locaux de réunion destinés notamment aux entretiens avec les proches, aux réunions de l'équipe.

L'accès au plateau technique doit être organisé.

7. INDICATEURS DE SUIVI

- nombre de lits de l'USP ;
- nombre de séjours dans l'USP ;
- pourcentage de retours à domicile parmi les sorties (hors décès) ;
- nombre de réunions pluridisciplinaires ;
- pourcentage d'infirmiers et d'aides-soignants formés aux soins palliatifs et/ou à la douleur ;
- nombre total d'heures d'enseignement en soins palliatifs réalisé par des membres de l'USP.

Annexe 3 : Cadre de référence pour l'organisation des Équipes Ressources Régionales de Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP)

CADRE DE REFERENCE POUR L'ORGANISATION DES EQUIPES RESSOURCES REGIONALES DE SOINS PALLIATIFS PEDIATRIQUES (ERRSPP)

➤ **Référentiel d'organisation des soins relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)**

Annexe II de la circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

➤ **Définition :**

Une Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques est une équipe multidisciplinaire et pluri-professionnelle rattachée à un établissement de santé dont l'objectif principal est d'intégrer la démarche palliative dans la pratique de l'ensemble des professionnels de santé confrontés à la fin de vie en pédiatrie.

A l'instar des EMSP, l'ERRSPP exerce un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes. Elle apporte son expertise en matière de prise en charge des nouveaux nés, enfants et adolescents et de leurs proches ainsi qu'en matière de gestion des symptômes en collaboration avec les équipes référentes.

L'ERRSPP intervient à l'échelle régionale et exerce une activité inter et extra-hospitalière, incluant les structures médico-sociales et les interventions à domicile.

➤ **Missions :**

- *Acculturer les équipes pédiatriques à la démarche palliative*
- *Sensibiliser les équipes de soins palliatifs (EMSP, USP, LISP, HAD) aux spécificités des prises en charge pédiatriques*
- *S'assurer de la prise en charge de l'entourage des patients*

L'équipe ressource structure avec les professionnels impliqués dans les prises en charge, le suivi des parents, des fratries et des proches endeuillés et met en œuvre des actions de prévention des deuils compliqués. L'équipe contribue au recensement et à la mobilisation des ressources locales (professionnelles et bénévoles) existantes sur le territoire.

- *Mettre en œuvre des actions de formation*
- *Contribuer à la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs pédiatriques*

➤ **Fonctionnement :**

Le budget alloué à l'équipe inclut la rémunération des personnels, les frais de déplacements et de gestion ainsi que le financement du dispositif de suivi et d'évaluation de l'activité de l'équipe.

Chaque équipe réalise un rapport d'activité annuel comprenant notamment la description des interventions correspondant à chacune des missions décrites ci-dessus, la composition de l'équipe, les modalités de collaboration avec les autres intervenants du secteur et une annexe financière relative à l'utilisation des crédits consacrés à l'équipe ressource.

Annexe 4 : « Référentiel d'organisation des soins relatif aux lits identifiés de soins palliatifs » Annexe 1 de la circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

1. DÉFINITION

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. L'individualisation de LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches.

2. MISSIONS

Les LISP permettent d'assurer une prise en charge de proximité. Les soins sont prodigués, le cas échéant, par les mêmes équipes ayant pris en charge les soins curatifs des patients assurant ainsi la continuité entre ces différentes formes de prise en charge.

Les LISP font appel à des équipes médicales et paramédicales formées aux techniques des prises en charge palliatives et mettent en œuvre, dans un cadre adapté, les recommandations de bonne pratique en matière de soins palliatifs. Les établissements concernés s'obligent dans ce cadre à autoriser la présence des proches et à favoriser l'action des bénévoles d'accompagnement. L'ensemble de ces éléments inscrit les LISP dans le respect de la démarche palliative.

Les lits identifiés de soins palliatifs permettent d'assurer la prise en charge des patients dont l'état nécessite des soins palliatifs, sans se trouver pour autant dans une situation trop complexe en termes de clinique ou d'éthique, et ne rendant donc pas nécessaire le recours systématique à une expertise ou un plateau technique.

Les LISP ont des missions de soins et d'accompagnement des proches. En dehors des activités dévolues aux référents soins palliatifs des LISP (évoquées au point 3.1), ces missions se déclinent dans la pratique de l'ensemble des soignants du service par :

- la prise en charge de malades relevant de la spécialité du service ; cette prise en charge intègre la démarche palliative ;
- l'accueil de malades relevant de soins palliatifs, extérieurs au service, dans le cadre de la collaboration avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ou les réseaux de soins palliatifs par exemple ;
- l'écoute et l'accompagnement des proches ;
- la participation éventuelle aux groupes d'analyse des pratiques et/ou groupes de parole ;
- le soutien des proches avant, pendant et après le décès (respect des rites mortuaires, aide aux démarches administratives, accompagnement systématique des personnes endeuillées...).

Une attention particulière est portée au respect des corps des patients décédés :

- la mise à disposition d'un document récapitulatif des différents rites ;
- la procédure de présentation des corps possible dans la chambre avant transfert dans une chambre mortuaire ;
- la réalisation conforme aux bonnes pratiques de la toilette mortuaire et de l'habillement du mort le cas échéant ;

- le lien avec une chambre mortuaire pour respecter l'obligation faite aux établissements hospitaliers de conservation des corps pendant au moins 3 jours ;
- le respect d'un délai de décence après le décès d'un patient avant une nouvelle admission.

3. ORGANISATION

Les LISP s'inscrivent dans une organisation graduée des soins palliatifs et se conçoivent dans un esprit de mutualisation des compétences et des moyens. Les établissements de santé disposant de LISP ont vocation à participer à un réseau de santé de soins palliatifs, de cancérologie ou de gériatrie.

L'organisation du service doit permettre, si les personnes le souhaitent :

- l'intervention d'un psychologue auprès des patients concernés ou leurs proches ;
- l'intervention d'un assistant de service social auprès des patients concernés ou leurs proches ;
- l'intervention de bénévoles d'accompagnement auprès des patients et de leurs proches accueillis ;
- ainsi que des visites libres aux patients, sans horaires prédéfinis, et des échanges entre membres de l'équipe, proches et bénévoles d'accompagnement ;
- et l'accueil direct de patients en situation de crise.

La pluridisciplinarité est nécessaire pour assurer la qualité de la prise en charge et de l'adaptation du projet de soins aux besoins du patient et de ses proches. L'organisation retenue pour les LISP doit donc identifier et réserver des temps partagés en équipe consacrés aux échanges d'informations et aux synthèses cliniques. Les modalités de soutien envisagées pour l'équipe (groupe de parole et/ou d'analyse des pratiques, réunions d'analyse de cas,...) doivent être définies. Le recours à une supervision individuelle doit être possible.

3.1 Rôle du référent

Un référent « soins palliatifs » médecin et un référent soignant sont identifiés dans le service concerné. Ils ont un rôle particulier en matière de coordination et sont plus particulièrement chargés :

- des entretiens de concertation décisionnelle, en s'inscrivant dans une démarche d'équipe ;
- des recours et des formations concernant les entretiens d'annonce ou d'explication pour les patients, en lien étroit avec les autres médecins intervenant dans la prise en charge du patient (médecin généraliste, cancérologue, autre spécialiste...) ;
- des entretiens d'annonce ou d'explication pour les proches ;
- de l'articulation avec les autres équipes participant à la dynamique des soins de support, et plus généralement des liens avec l'équipe mobile de soins palliatifs, l'unité de soins palliatifs (USP), la consultation douleurs, l'équipe diététique ;
- de l'organisation des hospitalisations de repli en LISP ou en USP (lorsque la prise en charge n'apparaît plus adaptée respectivement à domicile ou en LISP), ou d'une hospitalisation de répit (quand les professionnels ou les aidants éprouvent le besoin de « faire une pause »).

3.2 Critères d'admission

Qu'il ait été suivi dans le service concerné, qu'il vienne d'autres services de l'hôpital, d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux, ou encore de leur domicile, la décision d'accueillir un patient dans un LISP s'effectue avec l'avis conjoint de la personne malade ou de ses proches, du médecin prenant en charge habituellement le patient, du médecin « référent » du service.

L'admission doit s'appuyer sur une évaluation globale médico-psychosociale du patient. Elle donne lieu à un projet de soins individualisé, évolutif, inscrit dans le dossier médical. La décision de sortie du patient est prise sur les mêmes bases.

3.3 Coopérations

Les LISP doivent pouvoir bénéficier de l'intervention intra ou inter-hospitalière d'une équipe mobile de soins palliatifs.

L'articulation des LISP avec les autres structures, et en particulier les équipes mobiles de soins palliatifs qui représentent des partenaires privilégiés, doit être formalisée. En cas de difficultés, le recours aux EMSP doit être suffisamment anticipé pour éviter les situations de souffrance des patients, des proches, des personnels.

La signature de conventions définissant les modalités de coopération avec les acteurs du maintien à domicile (hospitalisation à domicile, associations d'aides à domicile, services de soins infirmiers à domicile), les réseaux de santé, les établissements d'hébergements pour personnes âgées – dépendantes ou non - ou d'autres établissements médico-sociaux est nécessaire, afin notamment d'assurer des conditions satisfaisantes de retour du patient à son domicile dans le respect du principe de continuité des soins et de son libre choix. Ces conventions facilitent également les ré-hospitalisations (hospitalisations dites de repli) des patients à domicile ou pris en charge au sein d'une structure ou d'un service lors qu'elles sont nécessaires.

Enfin, la présence de bénévoles d'accompagnement au sein des services disposant de LISP est conditionnée par la signature préalable d'une convention entre l'association et l'établissement de santé.

Les lits identifiés peuvent relever d'une activité de court séjour, de moyen séjour ou de soins de longue durée. La nature des pathologies prises en charge dans le service et le nombre de situations de fin de vie qu'elle génère, la fréquence des décès, l'âge moyen des patients sont des critères à prendre en compte pour apprécier l'opportunité d'identifier des lits au sein d'une unité de soins.

L'appréciation du besoin à couvrir est précisée dans le volet obligatoire « soins palliatifs » des SROS. L'identification des LISP est assurée par l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), et fait l'objet d'une contractualisation entre les établissements de santé et l'ARH dans la mesure où l'attribution de moyens supplémentaires s'avère nécessaire. Un arrêté en établit alors le nombre et un avenant au contrat pluriannuel d'objectif et de moyens précise la mobilisation des ressources humaines. Cette reconnaissance ouvre droit, lorsqu'il s'agit de lits de court séjour, à une tarification spécifique (GHS 7958).

4. MOYENS DE FONCTIONNEMENT

4.1 Effectifs

Au-delà des missions générales de toute unité de soins, les LISP bénéficient d'un ratio de personnel majoré afin de mettre en œuvre les missions spécifiques liées à l'accompagnement de la fin de vie.

L'évaluation de la charge de travail spécifique mise en œuvre dans les LISP justifie qu'un renfort de temps de personnel soit accordé pour aider à la prise en charge des patients (augmentation du ratio d'infirmier ou d'aide-soignant de 0,30 ETP par rapport au lit standard).

4.2 Formation et compétences des personnels

- **L'ensemble des personnels** du service disposant de LISP concerné doit bénéficier d'une formation en soins palliatifs, connaître la démarche palliative et sa mise en œuvre telle que décrite dans le guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements, connaître et mettre en application les éléments du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs.

- Le ou les référents en soins palliatifs doivent avoir une expérience pratique dans une équipe spécialisée en soins palliatifs (USP ou EMSP) et s'inscrire dans une démarche de formation continue, une formation approfondie en soins palliatifs accompagnée d'un diplôme de type inter universitaire (DIU), ou d'un Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) "médecine de la douleur et médecine palliative".

4.3 Moyens matériels spécifiques

Les établissements disposant de LISP doivent pouvoir mettre des chambres individuelles à disposition des patients concernés et être en mesure de disposer d'un lit d'appoint pour les proches, dans la chambre du patient.

Il est nécessaire de disposer d'une pièce d'accueil et/ou de repos pour les proches, d'un lieu pour les bénévoles d'accompagnement, ainsi que de locaux de réunion destinés notamment aux entretiens avec les proches, aux réunions de l'équipe.

5. INDICATEURS DE SUIVI

- nombre de LISP ;
- pourcentage de séjours dans l'unité de soins dont le motif d'admission est le soin palliatif ;
- nombre de réunions pluridisciplinaires (de synthèse, d'analyse de cas, d'analyse des pratiques, groupe de parole...) consacrées aux soins palliatifs ;
- pourcentage d'infirmiers et d'aides-soignants formés aux soins palliatifs et/ou à la douleur au sein du service ;
- possibilité de recourir à une EMSP interne ou externe (convention).

Annexe 5 : Liste nominative des membres du CPR

Composition du Comité de Pilotage Régional

Représentat°	NOM/Prénom	Fonction	Institution
Dpt 18 (Cher)	Dr V. RIGONDET	Médecin Responsable	EADSP 18 et EMSP Bourges
	Dr D. MONTOY	Médecin Coordonnateur	EHPAD Bellevue
	Dr R. CATUSSE	Vice Président CD 18	Clinique G. De Varye
Dpt 28 (Eure et Loir)	Dr M. DE MADET	Médecin responsable	EMSP Chartres
	Mme C. THALUET	Cadre de Santé Pneumologie	
	M. P-E DAUBIN	Infirmier	EMSP Dreux
	Mme C. NEVES	Cadre de Santé, Pdte ARESPEL	
Dpt 36 (Indre)	Dr C. DUFRENE	Médecin équipe mobile gériatrique	CDGI 36
	Mme L. GOIZEL	Infirmière	
	Mme M. LACOSTE-LAMOUREUX	Dir des Aff. Soc. et Méd.	CDGI 36
	Dr O. POLIDORI	Médecin responsable EMSP	CH de Châteauroux
Dpt 37 (Indre et Loire)	Mme I. BETHYS	Cadre de Santé	Unité de Soins Palliatifs
	Dr F. CHAUMIER	Praticien hospitalier	CHRU Tours
	Mme N. BINOIT	Infirmière coordinatrice	Onco37
Dpt 41 (Loir et Cher)	Mme C. LAUGERAT	Infirmière	EADSP 41
	Dr E. PEROUX	Médecin Coordonnateur	HAD 41
	Mme S. GASNIER	Psychologue	EADSP 41
	Mme A. VOISIN	Infirmière Coordinatrice	SSIAD Marchenoir
Dpt 45 (Loiret)	Dr A. FAVRE	Médecin coordonnateur	HAD 45
	Mme N. CHAUVETTE	Cadre de santé	Equipes SP CHRO
	Mme C. CHADORGE	Vice-présidente JALMALV Orléans	CD 45
	Mme C. MILOCHEVITCH	Infirmière	Unité de Soins Palliatifs
PALLIENCE (SP Péd.)	Dr P. BLOUIN	Médecin responsable	PALLIENCE
Usagers (CISS)	Mme D. DESCLERC-DULAC	Mme la Présidente	CISS-Déleg° Centre Val de Loire
	Mme F. GUILLARD-PETIT	Mb CA	APF 36
	Mme E. LEVET	Présidente	AFD 41
	Mme L. OPIGEZ	Déléguée régionale	AFVD
Etabts Publics	Mme C. FESTA	Mme la Direc trice	Centre Hospitalier de Dreux
	Mme M. DUNYACH	Mme la Direc trice	Centre Hospitalier P. Dezarnaulds
Etabts privés	Dr A. URENA	Médecin référent	Pôle Santé L. de Vinci
	M. P. ROUSSEL	Président	Pôle Santé Oréliance
Secteur du handicap	M. G. GIBORY	M. le Directeur	MAS APF
	Mme C. BLANCO-LECUYER	Mme la Directrice	MAS La Devinière

OncoCentre	Pr C. LINASSIER	M. le Président	Réseau OncoCentre
	Dr P. HEITZMANN	M. le Médecin Coord Rég	Réseau OncoCentre
Réseau Neuro Centre	Dr J. GRIMAUD	M. le Président	Réseau Neuro Centre
	Dr M. PALLIX-GUYOT		Centre Hospitalier Régional
ARS Centre-Val de Loire	Mme A. HUBERT JOUANNEAU		ARS Centre Val de Loire
	Dr M. TITTON	Succédée par le Dr MAILLARD DELACROIX	ARS Centre Val de Loire
	Mr H. PISSIER	Succédé par Mme C. GONZALEZ	ARS Centre Val de Loire
ERERC	Mme le Dr B. BIRMELE	Directrice	Espace de Réflexion Ethique région Centre Val de Loire
Etabl.rattach.réseau CHRU Tours	Mme T. RINGOT	Directrice Adjointe en charge des réseaux	CHRU de Tours
	Mme M-C. HIEBEL	Directrice Adjointe chargée des Pol. Soc.	CHRU de Tours
Rptt Form° Univ SP	Pr Ass. D. MALLET	Médecin resp USP de Luynes-CHRU Tours	Unité de Soins Palliatifs
Président du réseau Directeur ECR	M. T-M. CAMUS		Réseau de Soins Palliatifs région Centre Val de Loire

Annexe 6 : Tutoriel d'inscription sur le portail GCS Télésanté Centre

1. Aller sur le site : www.sante-centre.fr

2. En haut de l'écran, cliquer sur « Inscription »

The screenshot shows the homepage of the Télésanté Centre website. At the top, there is a navigation bar with links: ACCÈS PROFESSIONNELS, **Inscription** (highlighted with a black arrow), Contactez-nous, and Accès au GCS. To the right of the navigation bar is a 'CONNEXION' section with fields for 'Identifiant', 'Mot de passe', and 'Code CPS'. Below the navigation bar is a main menu with tabs: PRÉSENTATION, PROJETS, SERVICES, and ACTUALITÉS. A search bar is located to the right of these tabs. Below the main menu is a red 'Alerte' box with text about cache clearing. Underneath is a section titled 'LES SERVICES TÉLÉSANTÉ' with icons for ROR CENTRE, BASE DOCUMENTAIRE, MESSAGERIE RÉGIONALE, AGENDA DES ÉVÉNEMENTS, DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL, LES SITES DES COMMUNAUTÉS, VEILLE TECHNOLOGIQUE, and ANNUAIRE. The bottom section is divided into 'LES ACTUALITÉS' (featuring a security alert about a website hack) and 'L'AGENDA DES ÉVÉNEMENTS' (listing upcoming events like the launch of the new portal and the 2014 assembly). At the very bottom, there are sections for 'LES SITES DES COMMUNAUTÉS' and 'ABONNEZ-VOUS À LA NEWSLETTER'.

3. Cocher la case « j'accepte les termes et conditions d'utilisation du portail » puis cliquer sur « faire une demande d'inscription »

Inscription

La demande d'inscription au Portail s'effectue en quatre étapes

- 1 **Carte CPS** : si vous êtes un professionnel de santé possédant une carte CPS cette étape vous permettra de saisir votre code PIN.
- 2 **Informations personnelles** : renseigner toutes les informations qui vous sont propres (adresse, N° de téléphone ... etc).
- 3 **Précisez vos centres d'intérêt** : cette étape vous permettra de saisir les centres d'intérêt auxquels vous souhaitez vous inscrire (sous réserve de validation).
- 4 **Validation des informations** : récapitulation de toutes les données saisies et validation finale de votre inscription.

Termes et conditions d'utilisation

[Mentions légales et conditions d'utilisation de la plateforme sante-centre.fr](#)

[I – Mentions légales](#)

Le site est géré par le GCS TéléSanté Centre :

☐ En cochant cette case, j'accepte les termes et conditions d'utilisation du Portail.

[Faire une demande d'inscription](#)

LES SITES DES COMMUNAUTÉS

ABONNEZ-VOUS À LA NEWSLETTER

☐ La lettre d'information ☐ La revue de presse

Votre e-mail

4. Compléter le formulaire avec les informations vous concernant et suivre les instructions.

Étape 1 : Carte CPS

Inscription

La demande d'inscription au Portail s'effectue en quatre étapes

- 1 **Carte CPS**
- 2 Informations personnelles
- 3 Précisez vos centres d'intérêt
- 4 Validation des informations

Renseignez tous les champs obligatoires ^

Conformément au décret n° 2007-960 du 15 Mai 2007, le Portail recommande l'usage des cartes de la famille CPS.
Source : <http://www.gip-cps.fr>

Possédez-vous une carte CPS? ^ :

☐ Oui ☐ Non

[Etape suivante](#)

Étape 2 : Informations personnelles

Saisir ici les informations nécessaires à votre enregistrement.

Les mentions suivies d'un astérisque sont obligatoires pour pouvoir valider l'inscription.

Inscription

La demande d'inscription au Portail s'effectue en quatre étapes

1

 Carte CPS

→

2

 Informations personnelles

→

3

 Précisez vos centres d'intérêt

→

4

 Validation des informations

N° ADELI

N° RPPS

Profession

- Sélectionner -

Titre

- Sélectionner -

Civilité *

- Sélectionner -

Norm d'exercice *

Prénom *

Norm de famille

Adresse professionnelle principale

Rue *

Boîte postale

Code postal *

Ville *

Cedex

Département *

- Sélectionner -

Pays

FRANCE

Téléphone *

Téléphone urgence

Téléphone mobile

Fax

Gestion de votre connexion

E-mail individuel *

Confirmation e-mail individuel *

Niveau de confidentialité

Public

☒ Accès réservé aux professionnels

☐ Caché

Etape précédente

Etape suivante

Étape 3 : Précisez vos centres d'intérêt

Cocher ici « Soins Palliatifs » ainsi que toute autre communauté, service ou application qui vous intéresse.

Inscription

La demande d'inscription au Portail s'effectue en quatre étapes

1

Carte CPS

→

2

Informations personnelles

→

3

Précisez vos centres d'intérêt

→

4

Validation des informations

Communautés

i

☐ OMéDIT Centre

☐ Onco Centre

☐ Perinat Centre

☐ Plateforme santé du centre

☒ Soins palliatifs

☐ C.R.I.M

☐ Campagne budgétaire et tarifaire EPRD

☐ NEURO Centre

☐ Diapason 36

☐ Efficentre

Services de la plate forme

☐ Messagerie sécurisée

Applications

☐ Omédit Observatoire

☐ Perinat Centre

☐ Veille Sanitaire

☐ DCC

☐ Acces Distant SSL-VPN CH Blois

☐ Acces Distant SSL-VPN AIRBP Chartres

☐ ROR Centre

Etape précédente

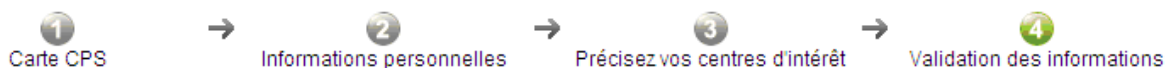
Etape suivante

Étape 4 : Validation des informations

Modifier les informations si nécessaires, saisir le code de l'image et terminer l'inscription.

Inscription

La demande d'inscription au Portail s'effectue en quatre étapes



Renseignez tous les champs obligatoires *

Informations personnelles

N° ADELI	0000	Modifier
N° RPPS	XXXXXX	
Profession		
Titre		Modifier
Civilité	XXXXXX	
Nom d'exercice	XXXXXX	
Prénom	XXXXX	
Nom de famille		

Adresse professionnelle principale

Rue	XXXXXX	Modifier
Boîte postale	XXXXXX	
Code postal	XXXXX	
Ville	XXXXX	
Cedex	XXXXX	
Département	FRANCE	
Pays		
Téléphone	00.00.00.00.00	Modifier
Téléphone urgence		
Téléphone mobile		
Fax		
E-mail individuel	xxxxxxx@xxx.xx	Modifier

Centres d'intérêt

Communautés	Soins palliatifs	Modifier
-------------	------------------	----------

Saisissez le code de l'image ci-dessous *



Actualiser l'image

Etape précédente

Terminer mon inscription

⇒ Un email de confirmation vous sera ensuite adressé.

Pour tout complément d'information, n'hésitez pas à contacter Mme Codron, Technicienne chargée qualité, par mail : e.codron@chu-tours.fr ou au **02.18.37.05.04**

Annexe 7 : Feuille de route du groupe de travail régional « Accueil des internes dans les structures de soins palliatifs »



EADSP 41 - Dr G. HIRSCH

FEUILLE DE ROUTE POUR LE GROUPE REGIONAL :

ACCUEIL DES INTERNES DANS LES EQUIPES DE SOINS PALLIATIFS DE LA REGION CENTRE

Les éléments généraux du contexte

- Il est de la responsabilité professionnelle de tout médecin d'être formé en soins palliatifs et de pouvoir mettre en œuvre une démarche adaptée auprès de patients relevant de soins palliatifs.
- Une formation dans ce domaine est donc nécessaire, tant au cours du cursus initial, qu'en formation post-universitaire. Concernant le cursus initial des médecins, un enseignement théorique et des ED ont lieu dans le cadre de l'UE 5 – Douleur - Anesthésie – Soins palliatifs.
- L'accueil d'internes en Médecine Générale dans les équipes de soins palliatifs de la région Centre est mis en avant dans le SROS (PRS) 2012-2016

Des constats

- Actuellement, peu de possibilités de stage offertes dans les structures ou équipes de soins palliatifs en région Centre pour les internes en médecine générale.
- Les services reconnus par l'ARS et la Faculté de médecine sont l'USP de Luynes, l'UMASP de Tours, l'USP du CHRO, l'EADSP 41 / EMSPA du CH de Blois, l'EADSP 36. Il y a donc tout intérêt à développer d'autres possibilités d'accueils d'internes en médecine générale dans les structures ou équipes spécialisées de soins palliatifs.
- L'accueil d'un interne dans ces équipes nécessite de s'inscrire dans une démarche réglementaire (reconnaissance comme terrain de stage), d'équipe et pédagogique (projet pédagogique). Ces éléments sont souvent peu connus des équipes de soins palliatifs.
- Intérêt pour les membres des équipes de s'inscrire et d'approfondir une démarche de réflexion autour de la pédagogie, afin de faciliter au mieux et de rendre profitable l'accueil des internes.
- Dans ce contexte, il semblerait souhaitable qu'une dynamique collective puisse se mettre en place et être soutenue au niveau de la région entre les acteurs du réseau de soins palliatifs qui le souhaiterait.

Proposition d'un groupe de travail sur l'accueil des internes

OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU GROUPE	- Faire du lien et favoriser le partage d'expérience entre des équipes ayant déjà accueilli des internes et celles qui souhaiteraient en accueillir. - Etre appui et facilitateur auprès des équipes, notamment dans les dimensions réglementaires (reconnaissance administrative). - Partage de réflexions et d'expériences autour de la pédagogie, acquisition de compétences : principaux repères de l'approche pédagogique, outils d'aide utilisables, modalités d'évaluation, ...
PROPOSITION D'UN GROUPE DE TRAVAIL	Toute personne, membre d'une équipe de soins palliatifs, qui serait intéressée par ce travail pourrait y participer. L'implication des médecins responsables d'équipe est à privilégier.
MODALITÉS DE TRAVAIL	2 à 3 réunions physiques par an d'une demie journée. - Travail entre ces temps de réunions à travers des échanges de courriels. - Point annuel à prévoir. - Animation du groupe : pour la première année, le Dr Godefroy Hirsch se propose d'animer le groupe. - Aide à l'organisation du travail (salles, conférence téléphonique, liste de diffusion,...) : ECR
OBJECTIFS POUR LA PÉRIODE 2014 / 2015	- Travail sur les projets pédagogiques à présenter dans le cadre d'une demande de reconnaissance comme terrain de stage : Comment faire un projet pédagogique ? Quels sont les éléments à travailler ? Quelles démarches suivent ? ... - Repères pédagogiques et pratiques pour faciliter l'accueil d'un interne.
PROPOSITION D'UN CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE	Mi juin 2014 : Envoi de la feuille de route du groupe de travail à toutes les équipes du réseau via l'ECR. - Candidature à adresser via l'ECR avant le 14 juillet. - Début des travaux fin septembre avec une première réunion de mise en œuvre du groupe et échange autour des projets pédagogiques. 2^{ème} réunion physique en mars 2015. - Premier bilan en juin 2015

Annexe 8 : « Accueillir un interne dans une structure de soins palliatifs » document issu du groupe de travail régional



Groupe de travail régional ACCUEIL DES INTERNES AU SEIN DES STRUCTURES DE SOINS PALLIATIFS DE LA REGION CENTRE

ACCUEILLIR UN INTERNE DANS UNE STRUCTURE DE SOINS PALLIATIFS :

PRINCIPAUX REPERES PRATIQUES & PEDAGOGIQUES

Ce document est le fruit d'un travail collectif effectué par des acteurs des équipes de soins palliatifs de la région Centre, dans le cadre du réseau régional de soins palliatifs.

Son objectif est d'apporter des éléments de repère et de réflexion à toute personne du réseau concernée ou intéressée par l'accueil des internes.

Il n'a pas de visée normative, mais invite toutes les équipes concernées à s'approprier une démarche collective de réflexion autour des différents points de repère proposés.

Ce document reste évolutif et gagnera à s'enrichir de toute remarque ultérieure.

Le contexte invitant à une réflexion collective

- Constat est fait que peu de possibilités de stage sont offertes dans les structures ou équipes de soins palliatifs en région Centre pour les internes en médecine générale. Les services reconnus par l'ARS et la Faculté de médecine sont l'USP de Luynes, l'UMASP de Tours, l'USP du CHRO, l'EADSP 41 / EMSPA du CH de Blois, l'EADSP 36. Il y a donc tout intérêt à développer d'autres possibilités d'accueils d'internes en médecine générale dans les structures ou équipes spécialisées de soins palliatifs.
- L'accueil d'un interne nécessite que l'équipe s'inscrive dans une démarche réglementaire (reconnaissance comme terrain de stage), d'équipe et pédagogique (rédaction d'un projet pédagogique). Ces éléments sont souvent peu connus des équipes de soins palliatifs.
- Certains membres de ces équipes ont émis le souhait d'approfondir une démarche de réflexion autour de la pédagogie, afin de faciliter au mieux et de rendre profitable l'accueil des internes.
- Compte tenu de ces éléments contextuels, il semblait souhaitable qu'une dynamique collective de réflexion se mette en place entre les acteurs du réseau de soins palliatifs qui le souhaitaient.

Méthodologie

Création d'un groupe de travail :

Une fiche projet pour la création d'un groupe de travail a été élaborée, validée par le Comité de Pilotage Régional du réseau et diffusée largement auprès des équipes et structures de soins palliatifs de la région Centre, avec appel à participation à ce groupe (fiche projet : [annexe 2](#)).

Le groupe a été créé en octobre 2014 et comportait une dizaine de personnes, majoritairement des médecins, mais aussi des infirmières et des cadres de santé (liste des participants du groupe en annexe).

Les participants provenaient d'équipes qui avaient déjà une expérience d'accueil d'interne en leur sein mais aussi d'équipes qui n'en avaient pas mais qui souhaitaient en accueillir.

Tous les types de structures étaient représentés (USP, EMSP, EADSP).

Méthodologie de travail :

Quatre réunions de 3h chacune ont eu lieu entre septembre 2014 et mars 2015.

La méthode choisie par le groupe a été la suivante :

- Brainstorming initial pour déterminer les différents champs de questionnement à avoir concernant l'accueil des internes
- Elaboration ensuite d'un document de travail précisant les différents champs identifiés sous forme de chapitres à compléter.
- Retour d'expérience des différents participants lors de chaque réunion avec enrichissement progressif du document de travail. Celui-ci est complété au fur et à mesure des réunions, avec relecture et commentaires des participants entre chaque séance de travail du groupe.
- Etablissement d'un document définitif, avec validation par le groupe.
- Le document finalisé a ensuite été présenté au Comité de Pilotage Régional du réseau.

PRINCIPAUX REPERES PRATIQUES ET PEDAGOGIQUES POUR ACCUEILLIR UN INTERNE DANS UNE STRUCTURE DE SOINS PALLIATIFS

EN DEBUT DE STAGE

ANTICIPER ET PREPARER L'ACCUEIL

Anticiper et préparer l'accueil d'un interne doit donner lieu à une réflexion d'équipe, notamment lorsqu'il s'agit d'un premier accueil. Il faut éviter, tant que faire ce peu, que l'interne «essuie les plâtres», en anticipant sur son arrivée dans l'équipe ou dans la structure. Un premier accueil revêt un véritable caractère de nouveauté pour l'équipe. Il est profitable d'avoir des échanges préalables au sein de l'équipe, pour mieux penser collectivement la place de l'interne et préparer l'arrivée de celui-ci.

L'accueil s'inscrit donc dans une préparation et une réflexion collective :

→ Constitution d'un dossier pédagogique :

C'est un des éléments formels important dans le parcours administratif pour être reconnu comme stage validant. Il y a tout intérêt à ce que les grands repères du parcours pédagogique soient échangés et construits au sein d'une réflexion d'équipe.

ETRE ATTENTIF AUX CONDITIONS MATÉRIELLES DE L'ACCUEIL

▪ Au niveau institutionnel :

Existence de pratiques ou d'habitudes très variables d'un établissement à un autre concernant les temps d'accueil formalisés et entièrement dédiés aux internes :

- Dans certains établissements, temps d'accueil d'une semaine pour permettre de connaître les différents services hospitaliers, les différents responsables médicaux et permettre que les internes se connaissent entre eux et puissent bien repérer les lieux.
- Dans la majorité des établissements, peu de temps est entièrement consacré à l'accueil des internes, ceci allant d'une demi-journée à deux journées maximum.
A noter que la qualité de l'accueil joue aussi dans l'attractivité globale de l'établissement.

▪ Au niveau de l'équipe ou de la structure de soins palliatifs :

Il peut être important de porter attention aux points suivants :

- Les locaux : existence ou non d'un bureau, partage d'un bureau avec un collègue médecin ou avec d'autres professionnels (ce qui peut être aussi un moyen de favoriser l'échange inter professionnel), mise à disposition d'un ordinateur, ...
- Articulation avec les autres exigences institutionnelles, notamment la participation ou non aux gardes des urgences, aux astreintes dans le service, ...

- Possibilité de temps de rencontre ou non de l'interne avec d'autres internes extérieurs à l'équipe. Ces temps sont souvent amenés par les internes comme étant riches d'échange, de possibilité de se décaler, mais aussi de pouvoir partager leur expérience, voire d'être conseil autour de certaines situations. De même, s'il existe deux internes au sein d'un même service (comme par exemple dans certaines USP), la dimension d'inter relation entre eux est importante à prendre en compte et à respecter.
- Penser une certaine « liberté » de l'interne, notamment autour des repas, ce qui permet aussi de prendre une certaine distance.
- Kit d'accueil : certaines équipes ont élaboré un kit d'accueil pour l'interne, par exemple sous forme d'un dossier contenant les principales informations à connaître sur l'équipe, l'établissement, les textes réglementaires ou d'autres modalités d'enseignement.
- *Annexe 2* : exemple proposé par l'EADSP41 : Kit Accueil stagiaires –« Les Essentiels »

ETRE ATTENTIF À LA SINGULARITÉ DE CHAQUE INTERNE

Il est fréquemment constaté une difficulté pour les internes de mettre des mots sur leurs attentes envers le stage. Les réponses sont souvent assez normatives ou très vagues. L'intérêt à questionner ses attentes est donc probablement assez faible.

Certains évoquent parfois des expériences personnelles de confrontation à la maladie grave ou à la mort de proches, des vécus antérieurs positifs ou douloureux d'accompagnement de patients relevant de soins palliatifs. Il est parfois pointé de leur part un souhait d'acquiescer une plus grande capacité à s'inscrire dans la relation, un intérêt pour une rencontre plus profonde avec le malade,...

Les internes en arrivant sur ces lieux de stage ont parfois une grande méconnaissance des structures de soins palliatifs, du lieu de stage, de ce qui y est fait. Ils restent majoritairement dans des représentations par rapport aux soins palliatifs et viennent aussi pour les éprouver. Il est difficile de percevoir initialement ce que ce stage vient dire dans le parcours personnel et professionnel de l'interne. Il y a probablement intérêt à réinterroger ceci au cours du stage, une fois nouée la relation de confiance avec lui, dans les temps de rencontre réguliers.

Les premiers temps dans une équipe ou structure de soins palliatifs sont souvent bousculant pour l'interne, dont c'est le plus souvent la première expérience de rencontre avec une équipe fonctionnant d'une manière particulière, très différent de ce qu'il a pu découvrir dans d'autres lieux de stage. Il découvre une autre organisation, mais aussi une autre façon de se confronter à la souffrance. Ces temps de stage sont questionnant et peuvent amener à la remise en question de leurs objectifs professionnels, parfois dans la globalité ou dans leur choix d'orientation dans cette profession.

L'écoute de ces interrogations peut être effectuée par le référent de stage lors des points réguliers d'échange avec l'interne. Mais ceci peut aussi se faire en cours de stage sur un mode plus informel avec d'autres membres et d'autres compétences de l'équipe.

En outre, les internes n'ont pas l'habitude d'être questionnés ou interpellés sur leur propre subjectivité. Il leur est souvent difficile de mettre des mots sur les émotions qui les traversent : les paroles sont parfois amenées sans filtre, avec des jugements directs ou des positionnements tranchés. Il n'est pas rare que la mise en mots soit plutôt laborieuse et chaotique, dans un discours qui se cherche.

Il peut être pertinent d'être attentifs aux spécificités propres, si elles existent, entre les internes de médecine générale et les internes d'autres spécialités médicales. Il s'agit de deux types de stagiaires ou étudiants distincts n'ayant pas tout à fait les mêmes profils ni les mêmes attentes et pour lesquels les outils pédagogiques ne sont pas obligatoirement identiques.

Les internes en médecine générale : ils ont souvent assez peu d'expériences antérieures avec les structures de soins palliatifs. L'intérêt qu'ils mettent en avant pour les soins palliatifs est souvent énoncé de manière globale. Mais certains ont déjà été sensibilisés à l'approche palliative durant un stage optionnel d'externe en USP par exemple.

Les internes de spécialité : ils sont en général plus avancés dans leur cursus avec plus d'expériences passées de prises en charge de patients relevant de soins palliatifs et/ou de contacts avec des structures de soins palliatifs. Le stage dans une structure de soins palliatifs s'inscrit en général dans une réflexion autour du parcours professionnel ou d'une confrontation à une autre manière de faire.

De ce fait, il convient de tenir compte du rapport des internes entre eux lorsqu'ils sont plusieurs sur le même lieu de stage et d'être attentif aux places respectives occupées par chacun. On note parfois une dimension « hiérarchique » entre internes de médecine générale ou internes d'autres spécialités. Ces différents positionnements peuvent être vécus facilement ou plus difficilement par les internes.

De la même manière, il peut être intéressant de s'enquérir auprès de l'interne de la façon dont il est perçu par ses autres collègues co-internes de l'établissement : ceux-ci peuvent très bien reconnaître sa spécificité et son champ de compétence ou projeter des représentations assez basiques autour de la souffrance et de la mort (une interne en équipe de soins palliatifs était surnommée « la faucheuse » par les autres co-internes des services de l'établissement).

METTRE EN ŒUVRE UN TEMPS DE RENCONTRE INITIAL AVEC LE RESPONSABLE PÉDAGOGIQUE

Des temps de rencontre réguliers doivent être organisés entre l'interne et le responsable pédagogique du stage. Dans le premier temps de rencontre, il apparaît pertinent de :

- Délivrer des informations et renseignements sur l'équipe et/ou la structure : son fonctionnement, les grandes règles,
- Informer l'interne sur les conditions et les modalités d'accueil.
- S'enquérir de ses attentes (pourquoi fait-il ce stage ?) et des objectifs qu'il se fixe.
- Informer l'interne des principaux objectifs pédagogiques qui peuvent être convenus ensemble.
- Prévoir avec l'interne des temps de rencontre réguliers, au mieux tous les mois, au minimum un temps au cours de la première semaine, puis M1, M3, M6.
- Sensibiliser l'interne des spécificités propres à chaque équipe, de chaque terrain de stage, car ceci va conditionner l'exercice médical (spécificité du travail à domicile ou dans des établissements médico-sociaux, spécificité de l'intervention au sein de tel ou tel service du centre hospitalier, ...).

EN COURS DE STAGE

PRENDRE EN COMPTE ET UTILISER LA TEMPORALITÉ DU STAGE

Le parcours des internes durant le stage

Il faut bien prendre en compte si l'étudiant est en début de formation ou en fin de formation. Le parcours peut être très différent d'un interne à un autre, notamment en terme d'acquisition et de capacité d'autonomie. Certains vont se lancer très vite dans ce nouveau champ même s'ils sont en premier semestre, d'autres vont être beaucoup plus prudents. Il est aussi probablement question de personnalité, d'expérience et une manière pour chacun d'avancer son cursus.

Les différentes phases du stage

Ce parcours de l'interne durant le stage rend nécessaire d'avoir une approche avec une adaptation des objectifs et des actions demandées à l'interne tout au long du stage.

Le temps et la découverte de l'ensemble de l'équipe

Le stage permet à l'interne de découvrir un éprouvé inhabituel du lien existant entre et avec les membres de l'équipe : la relation entre les membres d'une équipe de soins palliatifs est souvent très différente de ce qui a été rencontré par les internes au cours de leurs expériences antérieures. Ceci rend nécessaire un besoin d'ajustement de l'interne par rapport à cette découverte avec parfois des périodes de flottement, notamment entre l'interne et les infirmières ou l'interne et le senior.

De même, l'interne n'a pas l'habitude d'être autant questionné par l'équipe, notamment en USP, par rapport à sa prescription, aux interrogations sur le sens des soins ou des actions mises en place.

En USP, ils découvrent aussi la place importante des aides soignantes et la capacité que celles-ci ont à s'exprimer sur leur point de vue et sur leur démarche professionnelle : cela peut être déroutant pour les internes.

Face à toutes ces nouveautés, l'interne doit s'adapter ce qui, en général, se passe bien. Il est souvent d'abord dans une posture d'observation puis de copie des rôles.

INSCRIRE UNE DYNAMIQUE PÉDAGOGIQUE COLLECTIVE DANS LE TEMPS DU STAGE

Lors de l'accueil d'un interne dans une équipe ou une structure de soins palliatifs, c'est l'ensemble de l'équipe qui est concerné par la démarche pédagogique, même si les médecins ont une position de responsabilité médicale et de tuteur par rapport à l'interne.

Dans cette dimension pédagogique, divers points peuvent être aidant :

- Prévoir des temps réguliers d'échange entre l'interne et le responsable pédagogique qui sera l'un des médecins chargé plus particulièrement de suivre le parcours de formation et d'apprentissage de l'interne. En général, dans les équipes mobiles (à l'hôpital ou à domicile type EADSP), c'est le médecin de l'équipe, qui est seul dans sa compétence, qui tiendra donc les rôles de responsable pédagogique et de senior dans une dimension clinique. Dans les USP, ces deux rôles pédagogique et clinique peuvent être dissociés, ce qui peut être source de richesse.

Ces temps d'échanges réguliers avec le responsable pédagogique doivent s'organiser au mieux tous les mois. Ce sont des temps de rencontre formalisés, qui permettent d'échanger avec l'interne d'une part sur le vécu du stage, mais aussi sur ses acquisitions, les champs qui semblent devoir être encore explorés, les souhaits de l'interne de venir éclairer plus particulièrement certaines questions.

C'est aussi le moment où peuvent être proposés et discutés des supports au parcours pédagogique comme les RSCA (Récits de Situation Complexes et Authentiques).

Ces temps d'échange permettent aussi à l'interne et au tuteur de mettre au clair les différents ajustements dans leur position respective de médecin, à la fois auprès des autres membres de l'équipe et lors des interventions cliniques. C'est le temps où s'apprécient aussi les acquisitions de l'interne en

terme d'autonomie, en s'appuyant aussi sur la capacité qu'a l'interne à venir réexaminer les différentes situations ou postures dans lesquelles il a été.

Enfin, c'est un temps aussi ouvert à la subjectivité de l'interne où il peut aussi relater des éléments plus personnels de son vécu dans une équipe ou structure de soins palliatifs, ou face à certaines situations rencontrées.

- Prévoir des temps d'échange avec l'ensemble de l'équipe :

Ces temps semblent particulièrement précieux notamment pour approfondir la responsabilité collective en terme pédagogique.

Ils permettent aussi que les autres membres et compétences de l'équipe fassent retour au médecin de leurs impressions et expériences de travail avec l'interne, de ce qui a pu sembler des points forts ou des points à améliorer.

Ces temps permettent aussi de réfléchir à la place de l'interne et à l'articulation avec les autres compétences de l'équipe.

AIDER DANS LE PARCOURS D'APPRENTISSAGE

Compagnonnage clinique

Il est aidant de fixer des temps et des repères dans l'apprentissage de l'interne :

- Définir un temps d'observation (de 1 à 2 mois) :
 - Privilégier pendant ce temps une intervention de l'interne toujours avec un médecin senior et une autre collègue pour les équipes mobiles.
 - Toujours avec une autre compétence (infirmière ou psychologue) pour les internes en USP.
- Dans un deuxième temps, définir les situations où l'interne peut être le seul représentant de la compétence médicale, au sein d'un binôme avec un autre membre de l'équipe : Il s'agit alors de situations de vie avec des problématiques relativement simples, tant au niveau somatique que relationnel.
- Dans un troisième temps, l'interne pourra être seul (par exemple en USP) ou seul dans sa compétence médicale avec une autre collègue devant des situations plus complexes.

Ces différents temps doivent être adaptés à la spécificité de chaque interne et à ses capacités d'autonomie : il existe une nécessaire adaptation envers chaque stagiaire.

Dans certaines situations de grande complexité, notamment dans le cas des EMSP ou EADSP, les temps de rencontre avec le patient et/ou l'équipe continueront à se faire avec le médecin senior. Il peut être intéressant d'identifier clairement les services où il vaut mieux que l'interne ne soit pas le seul représentant de la compétence médicale. De même, il convient de repérer certaines situations spécifiques où la présence du médecin senior s'impose : rencontres avec certains médecins, rencontres autour de situations de grande complexité ou marquées par très grande souffrance, demande d'euthanasie, contexte relationnel difficile,....

Aide concernant les écrits

Faciliter et apprécier l'utilisation de l'écrit, par exemple les courriers de sortie ou les autres documents écrits type rédaction de comptes-rendus de réunions de synthèse, de visites à domicile, ...

Points de repère : s'inspirer des courriers type qui existent déjà dans le service ou dans l'équipe.

L'un des points les plus difficiles est sûrement la mise en mots des éléments relevant du champ psycho-social ou de la sphère relationnelle. L'interne a parfois besoin d'être aidé ou guidé pour mieux percevoir, recueillir ou collecter ces éléments, à les mettre en mots de façon ajustée sans plaquer un discours médical, à choisir ce qui peut être relaté aux autres ou inscrit dans le courrier ou le dossier, dans le respect de la parole dite.

Autres aides :

Inciter à la présentation d'une situation clinique ou d'un dossier lors des réunions patients ou réunions d'équipe. Intérêt de proposer à l'interne des exercices de synthèse écrite ou orale autour de situations cliniques complexes et d'exposer celles-ci au reste de l'équipe.

Certaines équipes proposent à l'interne de présenter au reste de l'équipe des recherches ou mises au point sur des thématiques particulières ou des nouveautés.

FAVORISER LA RENCONTRE AVEC L'INTERDISCIPLINARITÉ, LA DÉCOUVERTE DES AUTRES COMPÉTENCES

Dans les équipes ou structures de soins palliatifs il existe des personnes avec des compétences que les internes n'ont jamais ou très peu rencontré de manière approfondie, comme les psychologues, les assistantes sociales, ... Il peut être très intéressant que des moments d'échange spécifiques puissent avoir lieu entre les internes et ces professionnels, permettant ainsi une meilleure connaissance mutuelle des rôles et fonctions de chacun.

Les rencontres avec les psychologues de ces équipes peuvent être particulièrement enrichissantes pour les internes.

Le binôme interne/infirmière :

Il s'organise souvent sous une autre forme que dans les services classiques.

L'interne découvre la richesse des compétences infirmières, des champs de compétence spécifique, une certaine approche du patient et de sa famille, des capacités à tenir compte et à faire attention au corps, à la dimension relationnelle, à la globalité, ...

Les moments de rencontre et de travail en commun avec les infirmières sont extrêmement profitables pour les internes.

Il peut être intéressant qu'avant un temps de visite ou de consultation conjointe, l'interne et l'infirmière puissent scénariser la place et le rôle de chacun, en fonction d'éléments attendus, connus et/ou non prévus.

De même il est particulièrement riche, après une visite conjointe, de prévoir et d'utiliser au mieux un temps de debriefing informel, permettant ainsi d'échanger sur les perceptions et les questionnements de chacun face à la situation et de croiser les regards.

AUTRES POINTS D'ATTENTION DURANT LE STAGE DE L'INTERNE

- Tenir compte de la spécificité de chaque lieu de stage

Les terrains de stage, l'organisation, la mise en œuvre de la démarche palliative sont extrêmement différents dans une USP, au sein d'une EMSP ou sur le lieu d'intervention des EADP (domicile, EHPAD, établissements médico-sociaux) par exemple.

Il est important que l'interne saisisse la spécificité propre du lieu de stage où il est, au mieux avec une réflexion collective de l'équipe, et qu'il perçoive les articulations ou différences avec les autres lieux de soin ou structures de soins palliatifs. Il est intéressant qu'il essaie de voir comment les acquisitions qu'il a faites durant le stage pourraient être transposées dans un exercice futur.

- Proposer si possible à l'interne d'autres lieux de stage

Dans certains départements, il est possible d'effectuer des temps de stage complémentaires dans d'autres équipes du territoire : par exemple être interne dans une équipe mobile et effectuer un stage à l'EADSP du département.

Ces propositions de stage dans d'autres lieux sont bien entendu laissées au libre choix de l'interne, mais avec définition d'objectifs et de temps de stage adaptés à ces objectifs. L'optimum est bien entendu d'adapter le terrain de stage au parcours professionnel envisagé par l'interne.

- Différentes modalités d'organisation sont possibles : simple stage découverte à travers un stage d'une semaine, stage de meilleure compréhension d'articulation ou d'approfondissement des spécificités du terrain au cours d'un stage de plusieurs semaines (avec meilleure compréhension du fonctionnement de l'équipe dans son contexte spécifique de mise en œuvre des soins).
- Invitation est faite que ces stages dans plusieurs structures soient bien préparés en amont avec un travail d'échange préalable entre les équipes concernées.
- Ces stages permettent de mieux découvrir les autres structures, d'appréhender leurs réalités de terrain, de mieux connaître le travail en réseau et les autres acteurs. Ils facilitent une meilleure connaissance du dispositif de soins palliatifs dans une dimension opérationnelle et notamment du réseau de soins palliatifs. Ils permettent d'approcher les modalités d'articulation entre les acteurs et d'enrichir sa vision de la mise en œuvre de la démarche palliative dans différents contextes.
- La question d'un passage systématique de l'interne dans une autre équipe a été évoquée, une telle proposition devant cependant résulter d'un projet commun entre deux équipes.
- Un temps partagé de manière égale entre deux équipes ou structures (par exemple 3 mois en EMSP, 3 mois en EADSP) doit être mûrement réfléchi, car cela implique que l'interne change de terrain de stage juste au moment où il commence à acquérir une certaine autonomie. Les retours faits par les internes de cette modalité d'accueil ont été assez mitigés.

- L'implication de l'interne dans d'autres activités du service

- Implication dans la formation

Il peut être valorisant et profitable pour l'interne d'être impliqué dans des actions de formation et de se trouver en position de formateur. Ceci peut prendre plusieurs formes :

- Formateur et/ou compagnonnage auprès des externes quand ceux-ci sont accueillis dans le service.
- Formation et/ou compagnonnage auprès des autres internes de l'établissement.
- Participation à des actions de formation organisées par l'équipe ou le service, avec implication possible et variable dans la préparation et le déroulé des formations.

- La supervision

La mise en place et les modalités de supervision sont très variables d'une équipe à l'autre. Ceci tient au fait que les attentes par rapport à la supervision, les objectifs fixés à celle-ci, les éléments du cadre ne sont pas uniformes d'une équipe à l'autre.

Il n'y a pas de normes concernant l'accueil ou non de l'interne dans les temps de supervision, les équipes relatant des expériences variées.

- L'important est donc que la place de l'interne, sa participation ou non aux temps de supervision soient évoquées avec lui lors d'une réflexion d'équipe. Comme les autres membres de l'équipe, sa participation à la supervision ne peut s'entendre que sur le mode du volontariat.

Ce temps de discussion avec l'interne sur la supervision peut aussi être un moment privilégié d'échanger avec lui sur l'importance de la prise de distance et du pas de côté qui peut s'effectuer dans ces supervisions pour les équipes de soins palliatifs.

EVALUER DURANT ET À LA FIN DU STAGE

Les temps de rencontre réguliers avec le responsable pédagogique sont autant de moments où il peut être discuté avec l'interne de ses acquisitions, des champs qu'il souhaiterait encore découvrir ou approfondir, des expériences qu'il a rencontrées ou qu'il souhaiterait rencontrer.

L'évaluation de stage se conçoit donc dans une approche dynamique et continue.

Certains outils peuvent être aidants :

- Reprise des objectifs initiaux formulés en début de stage pour voir où en est l'interne par rapport à ses objectifs.
- Proposition d'écrire un RSCA à partir d'une situation qui a été particulièrement complexe ou éprouvante pour l'interne.
- Ne pas hésiter à demander à l'interne dans quels champs il aimerait encore progresser.

L'approche la plus intéressante est probablement la perception par l'interne lui-même de sa propre progression, dans les différents champs de compétence.

Des outils peuvent être utilisés (marguerite des compétences du département universitaire de médecine générale, les quatre compétences du médecin en soins palliatifs, les guides - repères dans la compétence relationnelle, ...) pour mieux apprécier le chemin parcouru.

EN FIN DE STAGE

Un temps de bilan sur le stage est nécessaire. L'interne est invité à faire une relecture de son stage et de ses acquisitions, mais aussi peut faire un retour de son accueil et intégration dans l'équipe. Ses observations serviront à la poursuite des réflexions de l'équipe autour de l'accueil d'interne, ce qui pourra donner lieu à des réajustements.

AUTRES POINTS

QUE FAIRE QUAND CELA NE MARCHE PAS AVEC L'INTERNE ?

Parfois le stage se déroule assez mal et des problèmes d'ordre divers peuvent apparaître entre l'interne et un ou des membres de l'équipe, que cela soit en terme relationnel ou de positionnement (absence de prise de distance, inscription trop importante dans l'agir, difficulté de se confronter aux limites, ...).

Ce qui peut être aidant :

- Continuer à s'inscrire dans une dimension d'échange avec l'interne autour des difficultés rencontrées.
- S'aider de l'avis ou de l'intervention des autres médecins seniors quand il en existe dans l'équipe (USP).
- Solliciter l'avis d'un tiers (médecin d'un autre service, Président de CME...).
- Essayer de faire face à ce problème de manière collective.
- S'il existe deux types d'équipe ou de structure de soins palliatifs (USP/EMSP ou EMSP/EADSP), possibilité de partager le temps de stage de l'interne entre ces deux équipes ce qui permet de soulager le poids. Cette alternance possible est souvent assez soulageante.

A noter que dans des cas exceptionnels, ce sont des difficultés en terme de personnalité qui sont au premier rang, ce qui requière l'aide de ressources extérieures à l'équipe. Dans ces situations difficiles, l'aide du tuteur médecin généraliste ou du Département Universitaire dont dépend l'interne peut être précieuse.

ÊTRE EN POSITION DE FORMATEUR

Être en position de formateur, c'est à dire d'accompagnement d'un chemin d'apprentissage effectué par l'interne, n'est pas inné.

Les médecins seniors, mais aussi les équipes, se trouvent mis de facto dans cette position de formateur, sans être eux-mêmes spécifiquement formés aux approches pédagogiques.

Plusieurs points peuvent être aidants :

- Développer un travail et une réflexion d'équipe autour de l'accueil des stagiaires sur le long terme, comme les internes.
- Prendre du recul avec l'équipe, relire les situations d'accueil précédentes, identifier les points forts et les points faibles.
- Participer à des formations de formateur.
- Développer ses propres connaissances à partir de lectures, congrès, ...
- Échanger entre pairs formateurs et en pluridisciplinarité. C'est un des aspects de ce groupe de travail qui a été noté comme très positif, aux yeux des participants. La participation de membres des équipes accueillant des internes à un tel « groupe de pairs » pluridisciplinaire doit être encouragée.

Les attentes des formateurs :

Tout formateur nourri des attentes et conçoit des objectifs lors de la venue dans l'équipe d'un interne. Il est souhaitable que le formateur (le médecin responsable mais aussi l'équipe) puisse mettre au clair les objectifs visés par le stage. Ceux-ci doivent être formulés à l'interne, en début de stage.

Il faut aussi prendre conscience de la présence sous-jacente, plus ou moins conscientisée et parlée, d'attentes voire de désirs lors de l'arrivée d'un nouveau stagiaire. Ceci nourrit une certaine dynamique, propre à chaque équipe et qui fait moteur pour la mise en place d'une démarche d'apprentissage auprès de chaque stagiaire (le « désir de transmettre dans chaque équipe »). Les formateurs doivent rester vigilants à ne pas transmettre que ce qui les intéresse et demeurer centrés sur l'interne et son propre chemin d'apprentissage.

Annexe 1 - FEUILLE DE ROUTE POUR LE GROUPE REGIONAL

ACCUEIL DES INTERNES DANS LES EQUIPES DE SOINS PALLIATIFS DE LA REGION CENTRE

Les éléments généraux du contexte

- Il est de la responsabilité professionnelle, mais aussi réglementaire, pour tout médecin de pouvoir mettre en œuvre une démarche adaptée auprès de patients relevant de soins palliatifs.
- Une formation dans ce domaine est donc nécessaire, tant au cours du cursus initial, qu'en formation post-universitaire. Concernant le cursus initial des médecins, un enseignement théorique et des travaux de formation théorique a lieu dans le cadre de l'UF 5 – Douleur - Anesthésie – Soins palliatifs.
- Possibilité d'accueil d'interne en médecine générale au sein des équipes de soins palliatifs mis en avant par le SROS.
- Actuellement, peu de possibilités de stage offertes dans les structures ou équipes de soins palliatifs en région Centre pour les internes en médecine générale : les services reconnus par l'ARS et la Faculté de médecine sont l'USP de Luynes, l'UMASP de Tours, l'EADSP 41 / EMSPA du CH de Blois, l'EADSP 36 et l'USP du CHR Orléans. Il y a donc tout intérêt à développer les accueils possibles de stagiaires internes en médecine générale dans les structures ou équipes spécialisées de soins palliatifs. L'accueil d'un interne dans ces équipes nécessite cependant de s'inscrire dans une démarche réglementaire (reconnaissance comme terrain de stage), d'équipe et pédagogique (projet pédagogique). Ces éléments sont souvent peu connus des équipes de soins palliatifs.
- Intérêt pour les membres des équipes de s'inscrire et d'approfondir une démarche de réflexion autour de la pédagogie, afin de faciliter au mieux et de rendre profitable l'accueil des internes.
- Dans ce contexte, il semblerait souhaitable qu'une dynamique collective puisse se mettre en place et être soutenue au niveau de la région entre les acteurs du réseau de soins palliatifs qui le souhaiterait.

Proposition formulée par le Comité de Pilotage Régional (CPR) d'un groupe de travail sur l'accueil des internes

Objectifs généraux du groupe	- Faire du lien et favoriser le partage d'expérience entre des équipes ayant déjà accueilli des internes et celles qui souhaiteraient en accueillir. - Etre appui et facilitateur auprès des équipes, notamment dans les dimensions réglementaires (reconnaissance administrative). - Partage de réflexions, acquisition de compétences, partage d'expériences autour de la pédagogie : Principaux repères de l'approche pédagogique, outils d'aide utilisables, modalités d'évaluation, ...
Proposition d'un groupe de travail	Toute personne, membre d'une équipe de soins palliatifs, qui serait intéressée par ce travail pourrait y participer. L'implication des médecins responsables d'équipe est à privilégier.
Modalités de travail	2 à 3 réunions physiques par an d'une demie journée, travail entre ces temps de réunions à travers des échanges de courriels. - Point annuel à prévoir.
Objectifs pour la période 2014 / 2015	- Travail sur les projets pédagogiques à présenter dans le cadre d'une demande de reconnaissance comme terrain de stage : Comment faire un projet pédagogique ? Quels sont les éléments à travailler ? Quelles démarches suivent ? ... - Acquisition des éléments de base d'une approche pédagogique de type socio-constructiviste. - Acquisition de compétence, outil d'aide à l'évaluation.
Proposition d'un calendrier de mise en œuvre	Mi juin 2014 : Envoi de la feuille de route du groupe de travail à toutes les équipes du réseau via l'ECR. - Réponse souhaitée avant le 14 juillet à renvoyer à l'ECR Candidature à adresser via l'ECR avant le 14 juillet. - Début des travaux fin septembre avec une première réunion de mise en œuvre du groupe et échange autour des projets pédagogiques. 2^{ème} réunion physique en mars 2015. - Premier bilan en juin 2015.

KIT Accueil stagiaires

- Plaquette de l'équipe de l'EADSP 41
- Mémo coordonnées des équipes EADSP 41 – EMSPA – Douleur
- Marque page des équipes spécialisées en soins palliatifs dans le 41
- Pallia 10
(SFAP)
- Soins palliatifs & accompagnement
(inpes)
- Patients atteints de maladie grave ou en fin de vie – Soins palliatifs et accompagnement
Annexe : Limitation ou arrêt de traitements pour un patient : en pratique, que dit la loi du 22/04/2005 ?
(inpes)
- Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception –
version 6
(Fédération des activités de soins palliatifs et de soins de support du CHU de Grenoble)

SITES INTERNET

www.sfap.org
www.sante-centre.fr/soins-palliatifs
www.soin-palliatif.org cnr.documentation@croix-saint-simon.org

Les essentiels

- Loi du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie
(Supplément au Bulletin de la SFAP – n°48 – Juin 2005)
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi Kouchner
- Histoire des soins palliatifs
- Définition des soins palliatifs
- Textes réglementaires – Soins palliatifs et accompagnement
- Historique du réseau de Soins Palliatifs en région Centre
- Historique des soins palliatifs dans le Loir-et-Cher
- Le réseau de soins palliatifs en région Centre
- Une question simple pour aider les médecins généralistes à identifier les patients cancéreux nécessitant des soins palliatifs
(Moroni M, Zocchi D. The « surprise » question in advanced cancer patients : A prospective study among general practitioners. Palliat Med. 2014)
- Les médicaments administrables par la voie sous-cutanée dans les situations difficiles
(www.antalvite.fr)
- Médicaments administrables par voie sous-cutanée en soins palliatifs :
Revue de la littérature et recommandations (Médecin Palliative – Soins de support – Accompagnement – Ethique (2012) II, 39-49)

SITES INTERNET

www.sfap.org
www.sante-centre.fr/soins-palliatifs
www.soin-palliatif.org cnr.documentation@croix-saint-simon.org

