

IUMSP
Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Unité d'évaluation des services de santé - USS

EVALUATION DU PROGRAMME CANTONAL DE SOINS PALLIATIFS DANS LE CANTON DE VAUD

Rapport final

*Sarah Cornaz, Valérie Chabloz, Jacques Spagnoli, Fabiana Botrugno,
Brigitte Santos-Eggimann*

Raisons de santé 201– Lausanne 2012

Etude financée par : Canton de Vaud, Service de la santé publique (SSP).

Citation suggérée : S. Cornaz, V. Chabloz, J. Spagnoli, F. Botrugno, B. Santos-Eggimann. Evaluation du programme cantonal de soins palliatifs dans le canton de Vaud. Rapport final. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2012. (Raisons de santé, 201).

Remerciements : Nous remercions les membres des groupes de travail qui ont participé activement à la mise sur pied des questionnaires soins palliatifs. Nous remercions également les institutions et médecins privés qui ont pris le temps de répondre à nos questions et ont ainsi permis la rédaction du présent rapport. Merci également à Mme Hoenger et M. Beetschen pour leur aide et relecture critique.

Date d'édition : juillet 2012

TABLE DES MATIERES

0	Résumé	3
	Contexte.....	3
	Méthode.....	3
	Principaux résultats	4
	Conclusion	4
1	Introduction.....	5
2	Méthodologie	7
3	Résultats	11
4	Synthèse et recommandations	22
5	Bibliographie.....	25
6	Tableaux des résultats.....	26
	EMS-Lits C, CMS, ESE (Tables 1-9)	26
	Lits A, lits B, CHUV (Tables 10-18).....	38
	Médecins et psychiatres (Tables 19-24).....	49
	Formations (Table 25).....	59
	Analyse par réseaux (Table 26)	61
	Sujets Guide SP et Palliative Flash (Table 27).....	62
7	Graphiques.....	64
	EMS-Lits C, CMS, ESE, hôpitaux (Graphiques 1-6).....	64
	Médecins et psychiatres (Graphiques 7-12).....	72

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableaux 1 à 9	Présentation des résultats des EMS, CMS et ESE	26
Tableaux 10 à 18	Présentation des résultats des services de lits A, B et du CHUV	38
Tableaux 19 à 24	Présentation des résultats des médecins et psychiatres	49
Tableau 25	Proportion de personnes formées en SP dans les établissements	59
Tableau 26	Analyse par réseaux.....	61
Tableau 27	Sujets à aborder dans le Guide SP et le Palliative Flash	62
Graphiques 1a à 1d	Entrée en jeu des SP dans les EMS, CMS, ESE et hôpitaux	64
Graphiques 2a à 2d	Mise en place des SP dans les EMS, CMS, ESE et hôpitaux.....	65
Graphique 3a	Nombre de résidents admis pour SP, en 2010	66
Graphique 3b	Nombre de résidents qui ont reçu des SP alors qu'ils ont été admis	66
	pour d'autres motifs, en 2010	66
Graphiques 4a à 4d	Motif d'appel de l'EMSP en 2010 dans les EMS, CMS, ESE et hôpitaux	67
Graphiques 5a à 5d	Projets de développement dans les EMS, CMS, ESE et hôpitaux	68
Graphique 6	Bilan des SP sur les dix dernières années	70
Graphique 6a	Amélioration des SP par catégories de résidents dans les EMS, CMS,ESE.....	70
Graphique 6b	Amélioration des SP selon les nouvelles ressources attribuées dans les	70
	EMS, CMS, ESE	70
Graphique 6c	Amélioration des SP selon les collaborations dans les EMS, CMS, ESE	70
Graphique 6d	Amélioration des SP par catégories de patients dans les hôpitaux	71
Graphique 6e	Amélioration des SP selon les nouvelles ressources attribuées dans les	71
	hôpitaux	71
Graphique 6f	Amélioration des SP selon les collaborations dans les hôpitaux	71
Graphique 7	Situations des patients en SP chez les médecins et psychiatres.....	72
Graphique 8	Entrée en jeu des SP chez les médecins et psychiatres	72
Graphique 9	Pratique des SP par types d'affections chez les médecins et psychiatres	72
Graphique 10	Difficultés des médecins et psychiatres face à la pratique des SP	73
Graphique 11	Motif d'appel de l'EMSP en 2010 chez les médecins et psychiatres	73
Graphique 12 a	Amélioration des SP par catégories de patients chez les médecins et	73
	psychiatres.....	73
Graphique 12b	Amélioration des SP selon les nouvelles ressources attribuées aux	73
	médecins et psychiatres	73

RESUME

Contexte

Un postulat déposé par M. Michel Glardon en 1999 propose une poursuite du développement des soins palliatifs (SP) dans le canton de Vaud. Suite à ce postulat, l'Unité des Services de Santé (USS) de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) de Lausanne a réalisé un bilan du développement des SP dans les institutions du canton de Vaud. Ce bilan est disponible aux éditions Raisons de Santé (numéro 64).

Il résultait de ce travail la nécessité de développer un programme cantonal de SP: "Les buts généraux d'un tel programme seront de généraliser dans le canton l'accès de la population aux traitements antalgiques et de gestion des symptômes dans le cadre d'une prise en charge palliative respectueuse des aspects psycho-sociaux, en priorité par une mobilisation des ressources existantes et au lieu de vie des patients, d'augmenter le niveau général de compétences de tous les soignants par la formation, et de mettre en œuvre un modèle de projet de réseau fondé sur la collaboration de l'ensemble des partenaires professionnels et institutionnels, dans l'intention d'améliorer la continuité des soins".

A la suite de ce travail, un programme cantonal de développement des SP a été élaboré par le Service de la Santé Publique (SSP) et est entré en vigueur dès le 1.1.2003.

En 2010, l'USS a une nouvelle fois été mandatée par le SSP pour procéder à une évaluation du programme cantonal de développement des SP dans le canton de Vaud, huit ans après sa mise sur pieds. Les objectifs principaux de cette étude sont de faire le point sur l'état de la situation en 2010 dans les institutions du canton et auprès des médecins ainsi que de décrire l'évolution de la situation depuis le premier bilan établi en 2000 par l'IUMSP.

Méthode

L'évaluation comprend la récupération des données recueillies lors du bilan réalisé en 2000, le recueil de données par questionnaires constitués en majeure partie de questions utilisées en 2000 auxquelles ont été ajoutées de nouvelles rubriques et le développement d'un questionnaire électronique adressé aux médecins et psychiatres du canton.

Des groupes de travail ont été constitués avec des représentants des milieux institutionnels, étatiques et médicaux afin d'élaborer des questions qui reflètent au mieux les pratiques sur le terrain. Des questionnaires ont été envoyés à 84 services hospitaliers (hôpitaux, cliniques privées, CHUV), 156 Etablissements Médico-Sociaux (EMS), 50 Centres Médico-Sociaux (CMS), 14 Etablissements Socio-Educatifs (ESE). Un questionnaire électronique a été envoyé par mail à 2665 médecins et psychiatres installés dans le canton de Vaud. Les institutions ont reçu un premier rappel sous la forme d'un questionnaire papier puis un deuxième rappel a été effectué par téléphone. Les médecins ont reçu deux rappels par courrier électronique.

Principaux résultats

Il ressort que de l'avis largement majoritaire de tous les acteurs, institutions comme médecins privés, les SP se sont améliorés dans le canton au cours des dix dernières années. Ce bilan positif est également confirmé par la comparaison des données qui avaient été recueillies en 2000 lors de la phase d'organisation des SP dans le canton de Vaud. Trois éléments-clé sont évoqués comme cause de cette amélioration: les équipes mobiles en soins palliatifs (EMSP), les personnes-ressource et les formations en SP.

Cependant, des lacunes demeurent dans les institutions concernant, par exemple, l'inscription d'une définition des SP dans les chartes institutionnelles ainsi que les différences observées entre les divers secteurs de soins et l'augmentation des déclarations de ressources inadéquates ou insuffisantes pour les SP en comparaison à 2000. Les médecins quant à eux sont nombreux à faire part de leur difficulté à trouver le temps nécessaire à une formation spécifique mais aussi à faire reconnaître celui que requiert la coordination dans une prise en charge comprenant des SP.

Conclusion

Le programme de développement des SP doit être maintenu. Certaines mesures restent cependant à introduire ou développer, alors que d'autres nécessitent une évaluation plus approfondie afin de comprendre plus en détails les résultats qui ressortent de cette étude. Les recommandations fondées sur les attentes des acteurs du terrain figurent en fin de rapport.

1. INTRODUCTION

Historique

Nous résumons brièvement l'histoire du développement des soins palliatifs (SP) dans le canton de Vaud dans lequel, en 1988, ouvrent les premières structures et fondations spécialisées en SP. Il s'agit de la Fondation Rive-Neuve et d'un service au sein de la Clinique Bois-Cerf dédié à l'oncologie et à l'accompagnement des malades en fin de vie. Se crée au même moment la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. Suivront ensuite d'autres ouvertures d'unités ou institutions destinées aux SP, comme les unités de l'hôpital de Saint-Loup (1989) et de l'hôpital d'Aubonne (1989). En 1996 s'ouvre au CHUV le service de SP.

En 1999, le postulat de Michel Glardon et consorts demande une poursuite du développement des SP¹. En réponse à ce postulat, l'Unité des Services de Santé (USS) de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive a réalisé, sur mandat du Service de la Santé Publique (SSP) et des Hospices-CHUV, un bilan du développement des SP dans les institutions du canton de Vaud². Il en ressortait notamment qu'une large majorité des institutions vaudoises ayant répondu au questionnaire était dans l'incapacité de définir les SP. De nombreux professionnels réduisaient les SP aux soins terminaux. De plus, les SP étaient pratiqués le plus souvent au bénéfice de patients atteints de cancers. Les réponses apportées par les médecins et les institutions indiquaient un faible degré de développement des SP dans le canton de Vaud. Trois problèmes spécifiques avaient été soulevés lors de ce bilan, relatifs spécifiquement:

- aux institutions pour adultes en situation de handicap au sein desquelles des équipes devaient affronter à la fois la question de la reconnaissance des besoins chez des patients s'exprimant difficilement et celle de soins lourds pour lesquels ces institutions cherchaient à s'organiser;
- au domaine de la pédiatrie, dans lequel le terme même de SP paraissait inacceptable;
- aux besoins en matière d'accueil protégé de patients relativement stables, nécessitant des SP et ne pouvant pas rester à leur domicile.

Il résultait de ce travail la nécessité de développer un programme cantonal de SP: "Les buts généraux d'un tel programme seront de généraliser dans le canton l'accès de la population aux traitements antalgiques et de gestion des symptômes dans le cadre d'une prise en charge palliative respectueuse des aspects psycho-sociaux, en priorité par une mobilisation des ressources existantes et au lieu de vie des patients, d'augmenter le niveau général de compétences de tous les soignants par la formation, et de mettre en œuvre un modèle de projet de réseau fondé sur la collaboration de l'ensemble des partenaires professionnels et institutionnels, dans l'intention d'améliorer la continuité des soins"².

¹ http://www.sanimedia.ch/pdf/soins_palliatifs/postulat_glardon.pdf

² Organisation des soins palliatifs dans le canton de Vaud. Rapport au Service de la santé publique du canton de Vaud et à la Direction du Service des hospices cantonaux. Synthèse et recommandations. Delphine Renard, Chéraz Chérif, Brigitte Santos-Eggimann, Lausanne, avril 2001.

A la suite de ces travaux, un programme cantonal de développement des SP a été élaboré par le SSP, avalisé par le Grand Conseil en juin 2002 et entrant en vigueur dès le 1.1.2003. Celui-ci a pour but de garantir à tous un accès égal aux SP de qualité, indépendamment de l'âge, de la pathologie, du lieu de vie ou d'autres caractéristiques socio-économiques³. Les principaux objectifs définis pour le canton de Vaud sont les suivants:

- améliorer **l'offre** de SP de manière à assurer la couverture des besoins de la population vaudoise;
- assurer à tout soignant professionnel une **formation** lui permettant d'identifier les besoins en SP et d'assurer une orientation appropriée des patients;
- améliorer, dans le cadre des réseaux de soins, la **continuité** des soins par une collaboration accrue des partenaires professionnels et institutionnels;
- informer le **public** des possibilités et des ressources à disposition en matière de SP.

De 2003 à 2007, l'USS a accompagné ce développement par la réalisation de travaux d'évaluation décrivant essentiellement la diffusion des SP, dans les réseaux et à travers différents types de clientèle, en analysant périodiquement les demandes adressées aux équipes mobiles et en étudiant à deux reprises, sur la base d'indicateurs, les circonstances des décès survenant dans la clientèle des EMS et CMS du canton.

En 2006 est créée la chaire académique en SP dans le but de promouvoir les SP par l'organisation de la formation et de la recherche à tous les niveaux de la prise en charge palliative. Cette chaire est occupée par le Professeur Borasio depuis mars 2011.

Dans le rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012⁴, les actions prioritaires prévues concernant le développement des SP sont les suivantes:

- le **renforcement de l'offre** (augmentation des lits A de SP au CHUV et augmentation des lits B à la Fondation Rive-Neuve; mise à disposition de structures d'accueil spécifiques pour les personnes pour lesquelles des solutions adéquates n'existent pas aujourd'hui; amélioration des ressources spécifiques en SP au sein des hôpitaux de soins aigus);
- le **renforcement des équipes mobiles** pour leur permettre de s'adapter à l'évolution de la demande des professionnel-le-s de première ligne et d'intensifier encore leur action auprès des patient(e)s et des institutions qui en ont besoin;
- la **poursuite des actions de formation**, en augmentant les formations de sensibilisation du personnel des EMS et CMS et la coordination des formations plus spécialisées en fonction des compétences attendues;
- des **mesures d'appui à l'entourage** confronté à des situations de SP, notamment en offrant des formations aux proches sur les soins de base, en développant le réseau de bénévoles, en améliorant les possibilités de répit pour les familles qui en ont besoin, ainsi qu'en apportant les aides financières nécessaires;
- pour faciliter l'accès aux SP, il s'agira également de prévoir une **information à l'attention de la population**, portant sur les possibilités de recours à de tels soins.

³ Tiré de: Rapport d'activité du Programme cantonal de développement des soins palliatifs 2003-2007, SSP

⁴ Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012 et Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat Martinet intitulé "Davantage d'années de vie en bonne santé".

Objectifs du présent mandat

Le présent mandat porte sur l'évaluation du programme cantonal de développement des SP dans le canton de Vaud, huit ans après sa mise sur pieds. Les deux objectifs principaux de l'étude sont de:

- faire le point sur l'état actuel des SP dans les institutions du canton et auprès des médecins;
- décrire l'évolution de la situation depuis le premier bilan établi en 2000.

Il a été confié à l'USS et conduit sous la responsabilité du Prof. B. Santos-Eggimann, chef d'unité.

2. METHODOLOGIE

L'évaluation comprend trois phases:

- récupération des données recueillies lors du bilan réalisé en 2000 par l'USS;
- recueil de données par questionnaires constitués en majeure partie de questions utilisées en 2000 auxquelles ont été ajoutées de nouvelles rubriques;
- développement d'un questionnaire électronique adressé aux médecins et psychiatres du canton.

La méthodologie de cette enquête reproduit pour l'essentiel celle du bilan initial quant aux institutions et professionnels consultés (hôpitaux, cliniques privées, CTR, EMS et divisions C d'hôpitaux, associations de maintien à domicile, médecins et psychiatres) et aux procédures adoptées. Par ailleurs, un questionnaire supplémentaire a été élaboré pour les institutions socio-éducatives, qui n'ont pas participé au bilan réalisé en 2000.

Des groupes de travail ont été mis sur pied pour élaborer les questionnaires dans le but d'être au plus proche de la réalité du terrain. Un représentant par institution a été sélectionné sur proposition du SSP au départ. Cependant, il s'est avéré que parfois, la personne choisie nous oriente sur un(e) autre représentant(e). Ainsi nous avons inclus dans le groupe "institutions" des représentants de:

- la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV) avec le Dr Claude Cachin, médecin-chef du service de réadaptation, soins palliatifs et hébergement à l'hôpital d'Orbe;
- le Centre de Diffusion en Soins Palliatifs du CHUV avec Mme Axelle Leuba, cheffe de projets en SP;
- l'Association Vaudoise d'Etablissements Médico-sociaux (AVDEMS) avec Mme Christine Clément, coordinatrice en soins et accompagnement;
- la Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS) avec Mme Julie Heppel, directrice de l'EMS château de la Rive à Lutry;
- l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD) avec Mme Martine Karlen, consultante en soins;
- les établissements socio-éducatifs avec Mme Laetitia Probst, cheffe du projet cantonal pour le développement des SP en milieu socio-éducatif;
- les réseaux de soins, avec Mme Mireille Dubois, secrétaire coordinatrice de l'association du réseau de soins de la Côte (ARC), Mme Axelle Leuba, cheffe de projets en SP au réseau ARCOS, Mme Irène Stuby, infirmière spécialiste en oncologie et SP dans le réseau ASCOR et M. Massimo Tinghi, coordinateur de l'EMSP Nord;
- le SSP avec Mme Catherine Hoenger, responsable du programme vaudois de développement des SP.

Nous avons également constitué un groupe de travail "médecins" pour réaliser le questionnaire destiné aux médecins du canton. Il était composé de:

- Dr Claudia Mazzocato, médecin chef du Service de soins palliatifs au CHUV;
- Dr Stéphane David, spécialiste en médecine interne et néphrologie;
- Dr Delphine Villard, médecin consultant pour l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du réseau ARCOS.

Envoi des questionnaires

ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX (EMS)

Nous recevons 162 adresses d'EMS de la part de Mme Catherine Hoenger, SSP. Un même nombre de questionnaires papier non-nominatifs sont envoyés.

Cependant, pour le calcul du taux de réponses il faudra compter sur 156 adresses car 6 questionnaires nous sont revenus en retour. Contesse Juriens et Romainmotier ont fusionné pour s'installer à Croy. L'EMS terrasses à Epalinges n'existe plus et l'EMS Primerose à la Tour de Peilz est maintenant à Vevey. L'EMS Pavillon St-Joseph à Lausanne a fusionné avec la Fondation Clémence. L'EMS la Clé des Champs à Corbeyrier a été fermé, il s'agit maintenant de la résidence du Bourg à Aigle.

Dans cette liste d'EMS figurent 12 hôpitaux et CTR qui comportent une division de lits C. Il s'agit des adresses suivantes:

Hôpital d'Aubonne

Cevey-Sylvana

Hôpital Chamblon

Centre de soins et de santé à Ste-Croix

Hôpital de Lavaux

Clinique Miremont

Unité résidentielle hospitalière de Nant

Hôpital Orbe

Hôpital du Pays d'Enhaut

Hôpital de Rolle

Hôpital St-Loup

Hôpital La Vallée

Ceux-ci feront partie des "cas particuliers" de l'envoi aux hôpitaux qui recevront plusieurs types de questionnaires selon le nombre de divisions au sein de l'établissement (A/B/C), pouvant aller de 2 à 3 divisions. Les divisions A et B reçoivent le questionnaire prévu pour les hôpitaux alors que les divisions C reçoivent le questionnaire formaté pour les EMS.

L'étude a été annoncée par Mme Clément aux membres de l'AVDEMS par l'intermédiaire d'un courriel.

HOPITAUX

Nous recevons 116 adresses d'hôpitaux et cliniques privées de la part de Mme Hoenger, SSP. Parmi ces adresses, nous supprimons:

- 70 adresses d'hôpitaux qui n'ont pas de lits A, B ou C (ambulateur)
- CHUV et CHUV Cery qui seront traités à part
- Hôpital ophtalmique (comme c'était le cas en 2000)
- Hôpital orthopédique (comme c'était le cas en 2000)

Contrairement à 2000, nous conservons les hôpitaux psychiatriques (Nant, Prangins et Yverdon).

Au final, 42 hôpitaux sont inclus dans l'enquête. Les 15 cas particuliers ci-dessous recevront plusieurs questionnaires, étant composés de plusieurs divisions:

Nom établissement	Lits A	Lits B	Lits C
<i>Hôpital d'Aubonne</i>	2	32	20
<i>Clinique Bon-Port Biotonus</i>	10	5	0
<i>Cevey-Sylvana</i>	0	66	12
<i>Hôpital Chamblon</i>	0	61	32
<i>Centre de soins et de santé</i>	18	0	52
<i>Hôpital de Lavaux</i>	0	61	36
<i>Clinique de la Lignière</i>	20	75	0
<i>Clinique Miremont</i>	0	20	36
<i>Unité résidentielle hospitalière</i>	0	5	19
<i>Hôpital Orbe</i>	0	44	26
<i>Hôpital du Pays d'Enbaut</i>	17	10	16
<i>Hôpital Riviera - Site de la Providence</i>	36	24	0
<i>Hôpital de Rolle</i>	20	20	24
<i>Hôpital St-Loup</i>	89	0	53
<i>Hôpital La Vallée</i>	14	0	44

Au total, 27 hôpitaux reçoivent 1 questionnaire, 15 hôpitaux en reçoivent plusieurs. Au final, 48 questionnaires papier non-nominatifs seront envoyés aux hôpitaux. Une fausse adresse ramène le total à 47 questionnaires envoyés. En effet, la division A de l'hôpital d'Aubonne se trouve en fait à l'hôpital de Morges.

A noter que l'hôpital intercantonal de la Broye a fait une copie du questionnaire afin d'en transmettre un au site de Payerne et un au site d'Estavayer-le-Lac. En effet, les activités aiguës, opératoires, médicales et d'urgence sont concentrées sur le site de Payerne avec 105 lits, tandis que la réadaptation est pratiquée sur le site d'Estavayer-le-Lac. Nous pouvons donc compter avec 48 adresses valides au final.

L'étude a été annoncée par courrier par M. Meier, secrétaire général de la FHV.

ETABLISSEMENTS SOCIO-EDUCATIFS (ESE)

Nous recevons 62 adresses d'institutions de la part de Santé Publique.

En accord avec Mme Probst – cheffe de projet SP – nous supprimons les adresses qui ne concernent pas les personnes en situation de handicap ainsi que celles qui ne proposent pas d'hébergement :

- Pro Infirmis Vaud – SFVA qui est une association de proches de personnes atteintes de handicap mental
- Maison de Trey, qui a ouvert fin 2010, il serait prématuré d'y envoyer le questionnaire
- 14 adresses concernant les problèmes psychiatriques
- 7 adresses d'institutions pour personnes dépendantes
- Fondation Malley Prairie
- Caritas Vaud - Lausanne
- 14 ateliers qui ne font pas d'hébergement
- 9 organismes LAIH (projet de loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées)

Nous conservons 14 institutions qui hébergent des personnes porteuses de handicaps physiques et/ou mentaux et envoyons un même nombre de questionnaires papier non-nominatifs.

Le délai d'envoi des questionnaires est repoussé à début juin 2011 avec un délai de réponse à début juillet en raison d'une étude en cours au sein des ESE.

L'étude a été annoncée aux ESE lors d'une rencontre des représentants des ESE avec Mme Hoenger du SSP.

CENTRES MEDICO-SOCIAUX (CMS)

Mme Karlen désire se charger de l'envoi. Nous lui transmettons donc par mail le questionnaire CMS. Elle se chargera d'envoyer les questionnaires aux 7 associations pour qu'elles répondent aux parties générales. Ensuite les associations transmettront aux 48 CMS qu'elles chapeautent pour qu'ils terminent le remplissage.

L'étude a été annoncée par Mme Karlen de l'AVASAD par l'intermédiaire d'un courriel.

CHUV

Nous sélectionnons 36 services du CHUV qui nous semblent pertinents pour répondre au questionnaire SP. Les questionnaires papier nominatifs sont envoyés à l'interne, adressés aux chefs de service.

L'étude a été annoncée par le Prof. Wasserfallen par courriel à tous les services du CHUV.

MEDECINS

Nous mettons sur pied un questionnaire électronique et une information quant à l'évaluation est publiée dans le Courrier du Médecin Vaudois de mars-avril 2011. L'envoi se fait par courriel transitant par la SVM avec un lien direct au questionnaire en ligne. Le lien du questionnaire en ligne est transmis à 2665 médecins actifs du canton. La SVM n'étant pas en mesure de sélectionner certains médecins en fonction de leur spécialité, tous les médecins sont inclus dans l'étude. Une lettre d'accompagnement de la SVM signée par la Dresse Mazzocato et le Dr David encourage leurs membres à répondre.

Rappels

Nous envoyons un premier rappel aux établissements sous la forme d'un questionnaire papier à tous ceux qui n'ont pas renvoyé le questionnaire. Un deuxième rappel est ensuite effectué par téléphone.

Concernant les médecins, deux rappels sont effectués par courrier électronique. Nous décidons de faire un dernier rappel sous la forme d'un envoi papier. Parmi les 2'665 adresses, nous supprimons les 76 adresses suivantes:

- 8 personnes qui nous ont dit être à la retraite
- 28 adresses de médecins à l'étranger
- 25 chefs de service du CHUV qui reçoivent déjà un questionnaire pour le service
- 10 médecins qui nous ont informé par mail avoir répondu au questionnaire en ligne
- 4 chercheurs travaillant à l'IUMSP ou IHUMSP
- 1 médecin à qui nous avons déjà envoyé un questionnaire papier à sa demande

3. RESULTATS

Nous incluons les questionnaires reçus en retour jusqu'au 15 novembre 2011.

Les résultats sont donnés en nombres absolus au vu des effectifs relativement faibles au sein de chaque catégorie d'institution. Les pourcentages sont cependant présentés à titre indicatif uniquement. Dans certains cas, afin de pouvoir comparer avec des réponses oui/non (modalité de réponse adoptée en 2000), nous avons regroupé les catégories "(presque) toujours" et "souvent" pour le oui et les catégories "parfois, rarement" et "(presque) jamais" sont devenues le non.

Nous avons effectué une analyse par réseaux de soins sur certaines variables pertinentes pour les CMS, EMS et médecins; afin d'éviter un biais dans les résultats, nous avons supprimé la région Est pour les CMS car un seul questionnaire avait été rempli pour les 9 CMS de la région. Ce type d'analyses n'a pas pu être effectué pour les ESE et hôpitaux, les effectifs étant trop faibles.

Taux de participation

ETAT DES RETOURS AU 15.11.2011			
Etablissements	N questionnaires envoyés	N questionnaires remplis*	% remplis*
Hôpitaux (A et B)	48	25	52.1%
<i>Lits A</i>	29	13	44.8%
<i>Lits B</i>	19	12	63.1%
EMS	156	123	78.8%
CHUV	36	19	52.8%
CMS	50	48	96%
ESE	14	14	100%
TOTAL institutions	304	229	75.3%
Médecins et psychiatres	2665	261 retours électroniques 323 retours papiers	21.9%

*Lorsque des EMS ou CMS se sont regroupés pour répondre à plusieurs à un même questionnaire, le questionnaire a été dédoublé selon le nombre de répondants.

ETUDE 2000			
Etablissements	N questionnaires envoyés	N questionnaires remplis	% remplis
Cliniques privées	10	5	50%
Lits A	17	7	41.2%
Lits B	12	11	91.7%
EMS	139	93	66.9%
CHUV	14	7	50%
ESE	non inclus	non inclus	non inclus
CMS *	Voir note*	Voir note*	
TOTAL institutions	192	124	64.6%
Médecins	1509	549	36.4%
Psychiatres	275	145	52.7%

*En 2000, trois associations de maintien à domicile (SASCOM, ASMADO, APROMAD) avaient élaboré des réponses ensemble et transmis un seul questionnaire en retour.

Parmi les médecins n'ayant pas rempli le questionnaire, certains en ont précisé les raisons:

- 140 médecins sont à la retraite
- 64 médecins n'ont pas de pratique privée dans le canton de Vaud
- 144 médecins ont indiqué d'autres raisons, notamment ne pas être concernés par les SP (104)

EMS, CMS et ESE (Tableaux pages 22-33)

PARTICIPATION

Les taux de participation des ESE, CMS et EMS sont élevés. Les EMS et CMS sont plus nombreux à avoir participé qu'en 2000.

ETABLISSEMENT (Table 1)

Une définition des SP n'est présente que dans une minorité des chartes d'institutions et la situation n'a pas évolué depuis 10 ans. Les documents décrivant les rôles des bénévoles en SP sont rares dans les EMS, fréquents dans les CMS. Peu d'EMS ont des chambres spécifiques aux SP. Comme en 2000, une institution sur deux relève des ressources inadéquates pour répondre aux besoins en SP: budget insuffisant (surtout mentionné par les CMS et les ESE), manque de personnel qualifié, et d'infirmiers la nuit et les weekends dans les institutions hébergeantes. Dans les EMS, l'architecture des lieux et les chambres à un lit font défaut.

MISE EN ŒUVRE DES SP (Table 2)

Peu de clients des CMS ont à disposition des directives anticipées ou un représentant thérapeutique mais deux tiers d'EMS ont des résidents qui en disposent. Dans les ESE il s'agit d'orientations thérapeutiques en cas d'urgence vitale et seul un tiers relève que leurs résidents en sont munis.

(Graphiques 1 a,b,c) L'entrée en jeu des SP se fait principalement suite à une décision prise avec le résident ou par l'équipe soignante. Dans les CMS, en phase non-terminale, les SP entrent souvent en jeu suite à une évolution progressive, implicite. Il y a peu de différence entre phase terminale et phase non-terminale. (Graphiques 2 a,b,c) Lors de la mise en place concrète des SP, un professionnel de référence n'est pas systématiquement désigné, excepté dans les CMS. Il arrive qu'aucune trace ne signale la mise en place de SP dans les institutions (ESE) mais en général, elle fait l'objet d'une inscription dans le dossier médical ou infirmier.

Les patients admis pour SP en EMS proviennent principalement de l'hôpital (77.5%), du CTR généraliste (48.5%) ou du domicile (40.6%) et ceux admis en CMS proviennent de l'hôpital (87.5%) ou du domicile (71%).

PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS AVEC SP ET DE LEUR ENTOURAGE (Table 3)

Un tiers des institutions utilisent les échelles d'évaluation de la douleur pour presque tous leurs résidents avec SP. Dans les CMS ce sont les outils d'auto-évaluation qui sont préférés (91.3%) alors qu'en EMS ou ESE, les outils d'hétéro-évaluation sont plus fréquemment utilisés (respectivement 84.8% et 70%).

La majorité des institutions proposent des mesures de soutien pour le résident pris en charge avec SP, il s'agit principalement d'entretiens avec un médecin, un soignant, un représentant spirituel ou un éducateur dans les ESE. Les mesures pour favoriser la présence et la participation de l'entourage des résidents avec SP sont également très fréquentes. Des mesures de soutien pour l'entourage sont en outre proposées plus fréquemment qu'en 2000 dans les EMS. Le soutien apporté à l'entourage après le décès du résident est lui aussi plus souvent proposé qu'en 2000.

Les prises en charge palliatives se concluent souvent par un entretien avec la famille ou une information au médecin traitant, et la présence aux obsèques est devenue la règle, ce qui n'était pas le cas en 2000.

Des mesures destinées à prévenir l'épuisement professionnel existent également; elles sont plus fréquentes qu'en 2000 dans les EMS. Il s'agit principalement d'interventions de l'EMSP, de colloques de débriefing et de recours à des personnes-ressource en SP. Ce sont les infirmiers, assistants ASSC, aides soignants et stagiaires qui y ont accès, ainsi que l'équipe éducative dans les ESE.

FORMATIONS EN SP ET LECTURES

(Table 25) Le tableau précisant les formations acquises des différents types de personnels n'a été que partiellement rempli par les institutions. Le personnel est formé souvent au niveau A (sensibilisation), parfois B (10-20 jours, type Diploma of Advanced Studies) mais rarement C (spécialisation). Dans les EMS et CMS ce sont surtout les infirmier(ère)s et aides soignant(e)s qui sont formé(e)s en SP. Dans les EMS qui ont répondu à cette question, un tiers des médecins sont formés. Dans les ESE c'est le personnel éducatif qui est le plus souvent formé.

(Table 4) En 2010, certaines institutions ne disposent pas d'une personne-ressource en SP (24% d'EMS, 6% de CMS et 36% d'ESE). Les personnes-ressource sont formées en général au niveau B1, parfois A; les niveaux de spécialisation plus avancés sont plus rarement représentés.

La plupart des CMS déclarent recevoir le Palliative Flash (PF), trois quarts d'EMS et un peu plus d'un ESE sur deux. Les thématiques abordées par le PF sont jugées (très) intéressantes et ont permis d'améliorer les connaissances du personnel voire même parfois de changer les pratiques quotidiennes, notamment en EMS et dans les CMS. La liste des sujets qui mériteraient d'être plus souvent abordés dans le PF est disponible en annexe (Table 27).

LIAISON (Table 5)

Dans les EMS, la liaison en matière de SP se traduit principalement par l'intervention d'un responsable interne ainsi que la transmission d'un document et accessoirement par l'intervention d'un responsable désigné par le réseau; dans les CMS, un responsable désigné par le réseau assure la liaison (dans 6 CMS sur 10), une discussion lors d'un colloque est organisée, ou un document est transmis. La liaison n'est pas définie en tant que telle dans les ESE mais il existe des conventions de collaborations avec les partenaires du réseau; plus d'un ESE sur deux en dispose, principalement avec les hôpitaux et les médecins traitants.

Les institutions se disent toujours ou souvent satisfaites de la liaison avec les partenaires; dans les EMS la situation s'est améliorée depuis 2000 (60% en 2000 vs 85% en 2010).

Les aspects de la liaison à renforcer sont l'adéquation de l'orientation en SP pour les trois types d'institutions; les prestations disponibles dans l'institution semblent également mal connues par les partenaires externes et la volonté de développement des SP dans le réseau est à renforcer également. Près d'une moitié des EMS et ESE souhaitent une meilleure connaissance des possibilités du réseau. Un ESE sur deux signale le manque d'une personne formée à la liaison dans l'institution.

COLLABORATIONS AVEC LES PARTENAIRES DU RESEAU (Table 6)

EMSP

La majorité des CMS et ESE ont déjà fait appel à l'EMSP, y compris en 2010 (respectivement 96% et 86%); un quart d'EMS y a déjà fait appel mais avant 2010 et 20 EMS n'y ont jamais fait appel.

(Graphiques 4 a,b,c) Les motifs d'appel en 2010 sont les conseils thérapeutiques, par téléphone ou en présence du patient, ainsi que les colloques. Les actions de formation du personnel en SP sont moins fréquemment demandées que les conseils et colloques mais font néanmoins partie de l'activité attendue des EMSP. Elles sont un motif d'appel plus fréquent dans les ESE.

L'intervention de l'EMSP en 2010 a permis, parfois voire souvent, d'éviter une hospitalisation en urgence (71% CMS et 48% EMS) et dans les CMS elle a permis de prolonger le maintien à domicile (82%).

La quasi totalité des institutions se disent toujours ou souvent satisfaites des réponses données par l'EMSP en 2010. Les EMS qui n'ont jamais fait appel à l'EMSP (20) gèrent pour la plupart eux-mêmes les prises en charge (15 EMS), connaissent mal l'EMSP (5 EMS), ont un médecin compétent sur place (3 EMS) ou disent ne pas pratiquer de SP (2 EMS).

Les renforts demandés pour les EMSP sont prioritairement les actions de formation, la disponibilité les nuits et les weekends ainsi que l'accès facilité aux unités SP.

Autres partenaires

En 2010, les EMS ont collaboré avec les médecins traitants et l'équipe mobile de psychogériatrie, les ESE avec les médecins traitants et les hôpitaux principalement; les CMS déclarent un éventail plus large de collaborations (médecins traitants, hôpitaux, CTR, LVC, bénévoles et autres médecins installés).

Comme en 2000, les institutions sont satisfaites de la collaboration en matière de SP avec les partenaires du réseau.

Les institutions aimeraient cependant renforcer les collaborations avec certains partenaires comme par exemple les médecins traitants, les hôpitaux, les bénévoles et l'équipe mobile de psychogériatrie. Les CMS aimeraient également plus de collaboration avec les EMS court séjour; les ESE avec les infirmières indépendantes et les CMS.

COLLABORATIONS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT (Table 6)

Les échanges en EMS sont satisfaisants à l'interne mais plus difficiles entre infirmiers de l'institution et médecins hors institution. Dans les ESE, la communication entre médecins et éducateurs ainsi qu'entre infirmiers et personnel non-soignant n'est pas toujours jugée satisfaisante.

ASPECTS FINANCIERS (Table 7)

Des lacunes financières qui rendent difficile l'organisation des SP sont relevées par un EMS et un ESE sur deux, et par 83% des CMS. Les lacunes principales concernent la couverture des soins de base (lorsque la quantité et la durée sont importantes) et ce qui concerne le soutien – des proches et du personnel. La coordination des prises en charge est également relevée et les moyens auxiliaires chez les CMS. La catégorie "autre" a été souvent sélectionnée avec les indications suivantes: temps EMSP, formations, nuits, restrictions assurances, paiement remplaçants etc...

PROJETS EN COURS (Table 8 et Graphiques 5 a,b,c)

De nombreuses institutions ont des activités de développement des SP en projet ou en cours (offre de formation, amélioration de la gestion de la douleur, création de document de référence, amélioration des collaborations par exemple avec les médecins traitants). La proportion d'EMS signalant de tels projets a nettement augmenté depuis 2000. Il existe aussi de nombreux comités de pilotage chez les CMS et ESE.

EVALUATION GLOBALE (Table 9 et Graphiques 6, 6a, 6b, 6c)

Le bilan en matière de SP sur les dix dernières années est positif, les institutions ont vu la situation s'améliorer. Les améliorations sont relevées pour plusieurs catégories de patients: affections oncologiques (moins en ESE), insuffisances respiratoires ou autres, Alzheimer et démences; l'amélioration est cependant moins fréquemment relevée pour les patients atteints d'affections neurologiques. L'amélioration est principalement attribuée aux formations en SP, à l'EMSP et aux personnes-ressource; dans les EMS, le matériel distribué (PF) est relevé également et dans les CMS, le

matériel et les lits hospitaliers de SP; les ESE relèvent le financement/dotations et la création ou le renforcement de fonctions spécifiques (item non inclus dans le graphique).

Les améliorations sont également attribuées aux diverses collaborations au sein de l'institution mais aussi avec les partenaires externes: EMSP et médecins traitants principalement. Les CMS citent également les collaborations avec les CTR et la LVC; quant aux ESE ils soulignent l'importance du SSP et SASH dans le cadre du programme cantonal SP (item non inclus dans le graphique car concerne uniquement les ESE).

HOPITAUX (Tableaux pages 34-44)

PARTICIPATION

Le pourcentage de participation des services du CHUV est identique à 2000 (50%). La participation des hôpitaux - divisions A - est également identique (environ 40%), quant aux services de lits B, ils avaient mieux participé en 2000. Les chiffres ne sont cependant pas tout à fait comparables puisqu'une catégorie "clinique privée" avait été considérée séparément en 2000. Pour la présentation des résultats ci-après, nous avons, pour l'année 2000, regroupé les réponses des cliniques privées et des hôpitaux sous lits A puisque les cliniques avaient reçu le questionnaire destiné aux hôpitaux et non celui destiné aux CTR. Le CHUV-CUTR Sylvana a été traité avec les services de lits B et non avec le CHUV.

ETABLISSEMENT (Table 10)

Peu d'établissements ont des définitions des SP dans une charte et une mention des SP dans les cahiers des charges du personnel, excepté les services de lits B (67%). Tout comme en 2000, il est rare que les bénévoles disposent d'un document décrivant leur rôle dans les SP, à part dans les services de lits B où cette pratique est plus courante (60%). Les chambres ou parties spécifiquement consacrées aux SP dans les hôpitaux sont rares, excepté à nouveau dans les services de lits B.

Une proportion plus importante d'établissements qu'en 2000 signale une inadéquation des structures et des ressources actuelles pour répondre aux besoins en SP (85% lits A, 50% lits B, 69% CHUV); les problèmes principaux sont d'ordre architectural mais aussi de manque de ressources humaines et financières.

MISE EN ŒUVRE DES SP (Table 11)

Peu d'établissements ont en 2010 une patientèle pour laquelle des directives anticipées ou des représentants thérapeutiques sont souvent disponibles.

(Graphique 1d) L'entrée en jeu des SP se fait suite à une décision prise avec le patient ou par l'équipe soignante. Il arrive également que le patient soit admis directement en SP. Il y a peu de différences selon que le patient soit en phase terminale ou non.

(Graphique 2d) La mise en place des SP est signalée, souvent voire toujours, par une inscription dans le dossier médical ou infirmier du patient (64% et 70% respectivement) ou par un étiquetage visible par l'ensemble du personnel soignant (53%); un professionnel de référence est rarement désigné.

Les patients admis pour SP en 2010 proviennent principalement du domicile (79%) ou de l'hôpital (50%).

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC SP ET DE LEUR ENTOURAGE

(Table 12) Près de trois services de lits B sur quatre disent utiliser un instrument standardisé d'évaluation de la douleur pour presque tous leurs patients avec SP; cette proportion est moins élevée au CHUV (41%) et dans les établissements de lits A (38%). Les outils d'auto-évaluation sont plus souvent utilisés.

Les mesures de soutien pour le patient en SP sont variées. Elles comprennent notamment l'entretien avec un médecin, un autre soignant ou un représentant spirituel. Les entretiens avec des bénévoles sont plus rarement proposés, sauf dans les services de lits B.

Comme en 2000, les mesures pour favoriser la présence/participation de l'entourage sont souvent proposées. Les mesures de soutien pour l'entourage sont plus fréquentes qu'en 2000, sous la forme d'entretiens avec le personnel ainsi que suivis des décès. Elles ont nettement progressé au sein du CHUV.

En 2000, les prises en charge palliatives se concluaient rarement par une évaluation au CHUV et dans les établissements de lits A; en 2010, elles se terminent souvent par un entretien avec la famille ou une information au médecin traitant.

Les mesures destinées à prévenir l'épuisement professionnel sont plus fréquentes qu'en 2000; elles incluent principalement les colloques de débriefing, un recours à l'EMSP et la personne-ressource en SP.

FORMATIONS EN SP ET LECTURES

(Table 25) Le tableau précisant les formations acquises des différents types de personnel n'a été que partiellement rempli par les établissements. Dans les hôpitaux ce sont surtout les infirmier(ère)s et aides soignant(e)s qui sont formés en SP, principalement en niveau A, parfois B, très rarement C. Un tiers des médecins sont formés en B. Les bénévoles sont également nombreux à avoir reçu une formation de niveau A.

(Table 13) Seuls un tiers d'établissements de lits A et un service du CHUV sur deux ont une personne-ressource en SP. Cette proportion est plus élevée dans les services de lits B (83%). Ces personnes ont un niveau B1 ou B2 de formation en SP, parfois C (au CHUV). Peu d'établissements A ont une mission pédagogique en matière de SP, un tiers des services au CHUV et deux tiers dans les services de lits B en ont une.

Tous les services de lits B déclarent recevoir le Palliative Flash, plus de deux tiers au CHUV et dans les établissements de lits A. La liste des sujets qui mériteraient d'être plus souvent abordés dans le PF est disponible en annexe (Table 27).

LIAISON (Table 14)

Dans les établissements A, la liaison autour des patients recevant des SP se fait principalement par l'intervention d'un responsable interne. Au CHUV, elle est souvent assurée par le responsable désigné par le réseau et un document est transmis. Dans les services de lits B, un responsable interne est désigné ou une discussion est organisée lors d'un colloque ou un document transmis. Quelques deux établissements sur cinq se disent (presque) toujours satisfaits de la liaison. Des aspects de la liaison restent à renforcer comme l'adéquation des orientations en SP, la volonté de développement des SP dans le réseau et la connaissance des possibilités du réseau dans l'établissement. Les établissements de lits A relèvent également le besoin d'une personne formée à la liaison dans l'établissement (58%).

COLLABORATIONS AVEC LES PARTENAIRES DU RESEAU (Table 15)

EMSP

La plupart des établissements et divisions hospitalières ont déjà fait appel à l'EMSP en 2010 ou avant 2010. (Graphique 4d) Les motifs d'appel concernent des conseils par téléphone ou des colloques (réseau - patient et proches). Les établissements sont globalement satisfaits de l'EMSP.

Cependant, près d'un service sur deux au CHUV n'y a jamais eu recours. Les établissements qui n'y ont jamais eu recours disent gérer eux-mêmes les prises en charge avec SP (5), ont peur que cela prenne trop de temps (1) ou évoquent d'autres raisons (3) comme le blocage au niveau médical ou le fait que cela ne soit pas nécessaire pour des patients en ambulatoire.

Les renforts demandés aux EMSP sont les actions de formation et l'accès facilité aux unités SP; les établissements de lits A demandent également un renfort au niveau des colloques de réseau ainsi qu'à l'occasion de rencontres avec les patients et proches et davantage de prise en charge en 1^{ère} ligne; les services du CHUV souhaitent en outre une diminution du délai de réponse et d'intervention, ainsi qu'un renfort au niveau des conseils thérapeutiques par téléphone.

Autres partenaires

Les établissements collaborent avec les médecins traitants, les CMS, les hôpitaux, les EMS courts séjours et la LVC. Les services de lits B collaborent également avec les bénévoles et l'équipe mobile de psychogériatrie. Le CHUV cite par ailleurs les CTR. Environ un tiers des établissements A et B et un cinquième des services du CHUV sont toujours satisfaits des collaborations en matière de SP en 2010.

Les développements souhaités en terme de collaboration pour les SP sont principalement avec les médecins traitants, CMS, hôpitaux et EMS courts séjours; les établissements A appellent à un renforcement des collaborations avec tous les partenaires du réseau.

Les services de lits B et les services du CHUV semblent satisfaits de la communication et de la collaboration interne, moins fréquemment les autres établissements de lits A.

ASPECTS FINANCIERS (Table 16)

Les lacunes financières rendant difficile l'organisation des SP pour les patients sont fréquemment relevées (lits A: 77%, lits B: 58%, CHUV: 40%). Les lacunes sont présentes dans divers domaines comme le temps investi pour le soutien (personnel et proches), la coordination des prises en charge et la couverture des soins de base (lorsque la quantité et la durée sont importantes). Les services de lits B et le CHUV relèvent également des manques pour les moyens auxiliaires.

PROJETS EN COURS (Table 17)

Comme en 2000, les services de lits B sont nombreux à avoir des projets SP en cours (75%), c'est le cas également d'un service du CHUV sur deux et de un tiers des établissements de lits A.

(Graphique 5d) Les activités de développement les plus souvent rapportées sont l'amélioration de la gestion de la douleur, les offres de formation pour les soignants et médecins ainsi que la création de documents de référence. Deux tiers des services de lits B ont un comité de pilotage pour le développement et l'évolution des SP; cette proportion est plus basse au CHUV (23%) et dans les établissements de lits A (15%).

EVALUATION GLOBALE (Table 18 et Graphique 6, 6d, 6e, 6f)

Trois quarts des établissements hospitaliers évaluent la situation en matière de SP comme s'étant améliorée depuis dix ans. (Graphique 6d) La situation s'est améliorée surtout pour les patients atteints de cancers, moins pour ceux qui ont des insuffisances, démences ou affections neurologiques.

(Graphique 6e) Les améliorations sont liées principalement à la présence de personnes-ressource en SP et aux EMSP ainsi qu'aux formations en SP; les services de lits B soulignent également l'importance du matériel distribué.

(Graphique 6f) Les améliorations ont également été possibles grâce aux collaborations au sein de l'établissement ou avec les CMS et les EMSP (excepté le CHUV qui y a rarement recours); les établissements de lits A relèvent également les collaborations avec les médecins traitants, les CTR et la LVC.

MEDECINS (Tableaux pages 45-54)

INFORMATIONS PERSONNELLES (Table 19)

Les médecins se répartissent à environ 20% dans chaque zone, excepté au centre (40%). 13% des médecins n'indiquent pas la région dans laquelle ils pratiquent, principalement ceux de la région ARCOS. La répartition des âges dans les différents groupes 35-45, 46-60 et 60+ est assez homogène (respectivement 37%, 28%, 24%); peu de médecins sont âgés de moins de 35 ans (11%). Il s'agit principalement de médecins généralistes (27%), internistes (22%) ou psychiatres (11%). Un tiers ont une charge de médecin attitré d'EMS. Deux médecins sur trois disent avoir une pratique de SP (62%).

MISE EN ŒUVRE ET ACTIVITE SP

(Graphique 7) Les médecins considèrent – souvent, parfois - leurs patients comme étant en SP sur la base d'un pronostic vital défavorable (89%), d'une absence de perspective de guérison (76%), d'une maladie cancéreuse (73%) ou d'un besoin exprimé par le patient ou son entourage (69%); plus rarement lorsque l'EMSP intervient pour un patient (58%) ou sur proposition du CMS (46%).

FORMATIONS ET LECTURES (Table 20)

Formations

Un médecin sur cinq a suivi une formation spécifique en SP, proportion un peu plus basse que chez les médecins ayant participé en 2000. Parmi eux, moins de 10% ont un niveau C (spécialisation), la plupart ayant un niveau A (46%) ou B (45%). Les dates des formations suivies sont récentes, puisque pour trois quarts elles datent de 2006 ou plus récemment.

Le besoin de formation en SP est relevé par 39% des médecins en 2010 (36% médecins et 12% psy en 2000). Le sujet le plus souvent demandé est la mise à jour générale des connaissances mais également les formations sur les traitements (douleurs, symptômes physiques, troubles cognitifs), les SP gériatriques, la gestion des situations de crise et de l'agonie, les aspects éthiques et juridiques, l'accompagnement psychologique du patient et des proches. Les cours demandés sont de type demi-journées ou interactifs sur Internet. Peu de médecins ont des projets de formation SP (16%). Les médecins qui n'ont aucun projet de formation SP évoquent principalement le fait qu'ils n'ont pas assez de patients concernés et qu'ils peuvent faire appel à l'équipe mobile en cas de besoin; près d'un médecin sur deux signale ne pas avoir le temps; beaucoup ont choisi la catégorie "autre" en précisant qu'ils avaient une grande pratique derrière eux, d'autres priorités, qu'ils étaient proches de la retraite, peu concernés ou qu'il manque des formations dans la région lausannoise.

Lectures

Un tiers des médecins ne lisent jamais le Guide des SP. Les Guides sont jugés intéressants, voire très intéressants par 91% des médecins qui les lisent. Ils ont permis d'améliorer les connaissances des médecins en matière de SP (86%) et parfois même de modifier leur pratique (41%).

Le PF est beaucoup moins souvent lu par les médecins (20% seulement). La liste des sujets qui mériteraient d'être plus souvent abordés dans le PF et dans les Guides est disponible en annexe (Table 27).

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC SP (Table 21)

Parmi les médecins qui pratiquent des SP, 40% n'utilisent (presque) jamais un instrument standardisé d'évaluation de la douleur. Les outils les plus utilisés sont ceux d'auto-évaluation.

(Graphique 8) L'entrée en jeu des SP se fait plus souvent suite à une décision explicite prise avec le patient ou son représentant que suite à une évolution progressive.

(Graphique 9) En 2010, les médecins ont pratiqué des SP principalement pour les patients atteints d'affections oncologiques, parfois pour des patients atteints de démences ou d'insuffisances systémiques (cardiaque, respiratoire, rénale...). De nombreux médecins ont modifié leur pratique en terme d'administration des opiacés ces dernières années (40%). La plupart ont notamment augmenté leur fréquence d'administration; ils disent également avoir de meilleures connaissances pharmacologiques (dosages, effets indésirables, formes retard, rotations).

(Graphique 10) Les difficultés rencontrées dans la pratique des SP sont principalement le manque de temps (un médecin sur deux, proportion plus élevée qu'en 2000); viennent ensuite les problèmes de coordination des interventions et les besoins psychosociaux de l'entourage.

COLLABORATIONS AVEC LES AUTRES PARTENAIRES DU RESEAU

EMSP (Table 22)

Un tiers des médecins n'a jamais fait appel à l'EMSP. Un sur deux y a fait appel en 2010 et un sur cinq avant 2010.

(Graphique 11) Les motifs d'appels en 2010 sont des conseils thérapeutiques par téléphone ou en présence du patient, parfois pour une demande d'aide à l'orientation dans le réseau ou un accès facilité aux unités SP. L'EMSP a permis, parfois voire souvent, d'éviter une hospitalisation en urgence et pour 76% elle a permis de prolonger le maintien à domicile. Quelques 70% se disent (presque) toujours satisfaits et 24% souvent satisfaits des réponses données par l'EMSP.

Les médecins qui n'ont jamais fait appel à l'EMSP ont pour la plupart peu, voire pas, de patients SP dans leur patientèle (81%) ou disent gérer eux-mêmes les prises en charge avec SP (50%); un tiers fait appel à d'autres ressources (hôpital, CTR, CMS, centre douleur, Rive Neuve...) et un tiers dit ne pas connaître l'EMSP ou son fonctionnement.

Les renforts demandés pour l'EMSP sont les disponibilités les weekends (55%), l'accès facilité aux unités de SP (55%), l'aide à l'orientation dans le réseau (49%), les conseils thérapeutiques par téléphone (46%) et la disponibilité les nuits (44%).

Les autres partenaires

Durant l'année 2010, les médecins ont collaboré surtout avec les CMS, hôpitaux, EMS courts séjour et CTR unité SP. Les médecins se disent souvent, voire (presque) toujours, satisfaits des collaborations en matière de SP (82%). Les renforts de collaboration sont cependant demandés avec les partenaires cités précédemment; 39% demandent également un renfort avec les associations de bénévoles.

Appuis supplémentaires

Les appuis demandés sont le développement des possibilités d'hospitalisation à domicile (72%), davantage d'accès aux lits d'unités spécialisées (70%), l'aide au soutien social du patient/entourage (68%), des informations sur les possibilités offertes par le réseau (68%), davantage d'accès aux lits C (63%), ainsi qu'une aide au soutien psychologique du patient (57%).

ASPECTS FINANCIERS (Table 23)

Comme en 2000, un tiers des médecins doivent faire face à des lacunes financières qui rendent difficile l'organisation des SP. Ces lacunes se situent au niveau du financement des veilles (75%) et des moyens auxiliaires (63%) mais aussi des limitations d'armed dans le temps de coordination facturables (73%) ou de prestations facturables au patient (68%).

EVALUATION GLOBALE (Table 24)

Un médecin sur dix relève que la situation des SP depuis 10 ans n'a pas changé alors que pour 68% elle s'est améliorée, tandis que 20% ne savent pas.

(Graphique 12a) L'amélioration concerne surtout les patients atteints d'affections oncologiques (97% des médecins relèvent que la situation s'est améliorée pour ces patients) mais trois quarts relèvent également des améliorations pour les patients atteints d'insuffisances systémiques, de démences ou d'affections neurologiques.

(Graphique 12b) La quasi totalité des médecins (90%) disent que l'amélioration est attribuable à l'EMSP et quatre sur cinq relèvent l'importance du matériel distribué (Guides, PF), des lits hospitaliers de SP et des formations en SP; l'amélioration n'est en revanche pas attribuée au financement.

Analyses par réseaux (Tableau page 57)

Une analyse par réseau a été effectuée sur la base de quelques variables. Il s'agit d'une analyse exploratoire qui nécessiterait une évaluation plus approfondie de la situation sur le terrain. Les résultats sont donc donnés à titre indicatif uniquement et ne permettent pas de tirer des conclusions définitives, ils donnent plutôt des pistes d'investigations possibles dans le futur.

EMS

Les EMS de la région Nord semblent rapporter plus fréquemment des problèmes de structures et ressources en matière de SP. Dans le détail, il s'agit principalement d'un manque de chambres à un lit ainsi que de problèmes architecturaux.

Les EMS du réseau ARCOS semblent bien pourvus en personnes-ressource en SP, c'est moins souvent le cas dans les réseaux Est et Nord. Les projets de développement SP sont moins fréquemment relevés dans le réseau Nord. Les comités de pilotage en SP sont plus souvent en cours de création dans les réseaux ARC et ARCOS.

CMS

Les CMS du réseau ARC disposent d'une définition des SP dans leurs chartes. Les réseaux ARCOS et Nord signalent quant à eux la présence d'une mention des SP. Les CMS du réseau Nord semblent rapporter plus fréquemment des problèmes de structures et ressources en matière de SP. Dans le détail, les CMS du Nord mentionnent un budget insuffisant ainsi que des problèmes de prestations non facturables.

MEDECINS

Les médecins pratiquant dans le réseau Nord sont plus nombreux à déclarer avoir souvent des patients en SP dans leur pratique quotidienne (43%); cette proportion est plus faible dans le réseau ARCOS (20%). Les médecins des réseaux ARC et ASCOR sont deux tiers à avoir fait appel à une EMSP en 2010; cette proportion est plus faible dans les réseaux Nord et Centre.

Remarques

Cette partie met en avant une sélection de commentaires qui ne sont pas le reflet de la totalité des institutions ayant répondu au questionnaire. Elles donnent cependant un éclairage général sur les points que les répondants ont jugé nécessaire de souligner dans la partie "remarque".

La nécessité de développer la formation des médecins a été relevée dans toutes les catégories d'institutions (EMS, CMS, ESE, hôpitaux, médecins). Parmi les médecins, certains proposent que la formation en SP prenne davantage de place dans l'enseignement de la médecine, déjà en pré-gradué. Le développement de la formation continue pour l'ensemble des soignants est également souvent évoqué (par les EMS, CMS, ESE, hôpitaux, médecins). En effet, de nombreuses remarques mettent en lumière l'importance de maintenir les connaissances et de favoriser les compétences des équipes soignantes en formation continue pour garder le niveau des acquis. Parmi les suggestions de formations plus spécifiques, les thèmes demandés sont les directives anticipées (CMS), l'actualisation des compétences des Infirmières Ressources en Soins Palliatifs (IRSP), (CMS), les formations aux outils d'évaluation de la douleur (EMS et ESE), une formation adressée aux chirurgiens et médecins assistants (hôpitaux) ainsi qu'une formation spécifique de SP en psychiatrie de l'âge avancé sont proposées (EMS) et parfois une demande de formation pour tout le personnel (ESE).

La confusion entre SP et soins terminaux est fréquemment évoquée. Par conséquent, une clarification de la définition des SP est souvent jugée nécessaire et ceci en particulier dans le milieu de la gériatrie. Plusieurs observations font état d'une situation ambiguë en EMS : « où commence le palliatif ? ».

Parmi les éléments à améliorer, on cite souvent la diffusion des SP. Comme propositions concrètes, il est suggéré, entre autres, de développer une meilleure information sur les possibilités de suivi à domicile (CMS), ainsi que de diffuser une meilleure information auprès des médecins traitants (EMS), du grand public, dans les milieux psychiatriques (EMS) et auprès des assurances-maladie (médecins).

Le manque de personnel qualifié en SP est fréquemment mentionné. Des exemples de demandes plus ciblées font état de besoins en psycho-oncologues (hôpitaux), en psychologues pour le personnel (hôpitaux) et en bénévoles pour assurer une présence à domicile (CMS). Les médecins sont nombreux à relever le manque de lits spécialisés et demandent un accès facilité et direct dans les structures spécialisées, sans passer par l'hôpital.

Une meilleure collaboration avec les médecins traitants est souvent souhaitée (par les CMS, les EMS, les hôpitaux et ESE). Quant aux EMSP, elles font l'objet de nombreuses remarques positives. Néanmoins, certaines observations mettent en évidence l'importance de développer encore la visibilité de l'antenne mobile et de créer davantage d'équipes intra-hospitalières en hôpital aigu (hôpitaux). Dans les améliorations requises, il est souhaité, entre autres, une meilleure collaboration avec les associations de suicide assisté (médecin).

Parmi les remarques concernant le financement, nombreuses sont celles qui soulignent les difficultés de facturer le temps passé auprès du patient (écoute, soutien, conseil au patient et à son entourage) (CMS). Parmi les autres difficultés évoquées se trouve également la facturation de l'évaluation de la douleur (CMS), des moyens auxiliaires et des veilles (CMS, médecins). Parmi les diverses revendications, il est souhaité que les médecines alternatives soient remboursées (EMS) et que les médecins traitants soient rémunérés lors de leurs déplacements (médecins). Les médecins soulignent également une détérioration en terme de reconnaissance par les assurances-maladie.

4. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

L'ensemble des résultats présentés dans ce rapport relève de l'expression subjective des acteurs en SP actuellement sur le terrain et est exposé en tant que tel, bien que certaines de leurs réactions soulèvent des questions.

De cette évaluation du programme cantonal de développement des SP, il ressort que de l'avis largement majoritaire de tous les acteurs, institutions comme médecins privés, les SP se sont améliorés dans le canton au cours des dix dernières années. Cet avis général est confirmé par l'évolution des réponses aux questions posées avant et après l'installation du programme cantonal.

Trois éléments-clé du programme sont particulièrement appréciés et sont évoqués comme causes de cette amélioration : les EMSP, les personnes-ressource actives dans les institutions de soins (particulièrement fréquentes dans les CMS et les services de lits B ainsi que, dans une moindre mesure, dans les EMS) et les formations en SP. Une majorité des acteurs médico-sociaux et des médecins privés répondant à l'enquête affirment que l'intervention des EMSP a concrètement permis, dans l'année écoulée, d'éviter des hospitalisations et de prolonger le maintien à domicile. Du point de vue de la formation, le rôle des EMSP est souligné, mais aussi le matériel distribué, Palliative Flash dans les institutions et Guides des SP auprès des médecins. De nombreux acteurs ont ainsi mentionné une évolution de leurs connaissances mais aussi de leurs pratiques à la suite de ces lectures. Les EMSP et les personnes-ressource des institutions sont encore citées pour leur rôle de prévention de l'épuisement des professionnels engagés dans les situations de SP.

Au-delà de cette image très positive, les réponses reçues mettent en évidence quelques lacunes qui fondent nos recommandations. Ainsi, les chartes institutionnelles ne comprennent que minoritairement (sauf dans les établissements de lits B) une définition des SP. Cette situation pourrait être à l'origine d'une certaine confusion, persistante, entre SP et soins terminaux ou de fin de vie. D'autre part, des différences sont observées entre les secteurs de soins, qui ne semblent pas s'être adaptés au même rythme, probablement en raison de leur mission première. Les réponses témoignent d'une évolution plus rapide dans les institutions médico-sociales et dans les services de lits B que dans les établissements hospitaliers de soins aigus ou parmi les médecins privés. Cependant, par rapport à la perception prévalant dix ans plus tôt, une augmentation des déclarations de ressources inadéquates ou insuffisantes pour les SP est enregistrée dans les trois secteurs hospitaliers (services B, A et CHUV). Ce résultat pourrait refléter une prise de conscience croissante de l'importance des SP dans les milieux de soins aigus. Les réponses des médecins doivent être interprétées avec prudence en raison de leur faible participation à l'enquête. Les répondants sont cependant nombreux à faire part de leur difficulté à trouver le temps nécessaire à une formation spécifique, mais aussi à faire reconnaître celui qui requiert la coordination dans une prise en charge comprenant des SP ; paradoxalement, malgré cela et en dépit de chiffres montrant l'absence de progression des médecins déclarant avoir reçu une formation spécifique, dans les institutions médico-sociales comme dans les établissements de lits A l'amélioration des SP dans le canton est en partie attribuée à la collaboration des médecins traitants. Il reste cependant que la majorité des institutions souhaite renforcer encore la collaboration avec les médecins traitants dans le domaine des SP. Enfin, si la situation a favorablement progressé dans les institutions médico-sociales, il reste un potentiel de progression dans ce secteur. De même il est très positif que les SP s'étendent aux institutions socio-éducatives bien qu'il s'agisse d'un domaine encore à développer.

Des différences sont observées également entre les réseaux de soins, notamment dans la région Nord où les problèmes de structures et de ressources inadéquates dans le domaine des SP en EMS et CMS sont plus fréquemment cités.

Recommandations et réflexions sur l'avenir

Le programme de développement de SP doit être maintenu. Certaines mesures restent cependant à introduire ou développer, alors que d'autres nécessitent une évaluation plus approfondie afin de comprendre plus en détails les résultats qui ressortent de cette étude. Ces recommandations sont basées en majeure partie sur les attentes des acteurs du terrain telles qu'elles sont mises en avant par leurs réponses.

Mesures existantes à développer:

- Inscription dans les chartes de tous les établissements d'une définition des SP indiquant clairement la possibilité de tels soins avant la période de fin de vie.
- Inscription dans les cahiers des charges des soignants, quel que soit leur secteur d'activité, d'une implication dans les SP permettant a minima la détection des besoins et le suivi des symptômes des patients identifiés.
- Diffusion d'une information écrite relative aux SP (définition, articulation avec d'autres types de soins, détail des ressources du réseau) adressée à l'ensemble des soignants, y compris aux bénévoles actifs dans les prises en charge.
- Renforcement des activités de diffusion dans la population d'une information sur les SP comme dépassant la problématique des soins terminaux. Cette information doit aussi faire connaître les possibilités des SP au domicile.
- Systématisation de l'accès à une personne-ressource formée en SP dans les services hospitaliers et généralisation de la présence d'une personne-ressource dans chaque EMS.
- Inscription dans le cahier des charges des personnes-ressource d'une mission de diffusion du recours aux échelles d'évaluation de la douleur des patients, des clients ou des résidents.
- Poursuite de la diffusion du Palliative Flash et des Guides mais en y intégrant périodiquement des thématiques propres à certaines pathologies (neurologiques, cardiaques, rhumatologiques, etc.) et populations spécifiques (enfants, personnes en situation de handicap, etc.).
- Renforcement de l'enseignement en SP destiné aux médecins dès les études pré-graduées, notamment concernant les pathologies autres qu'oncologiques. Ce développement doit s'inscrire dans le cadre de la mise en place de la chaire de SP.
- Développement d'une offre en SP adaptée aux besoins des personnes atteintes de maladies non-oncologiques en général, et en particulier à celles atteintes de maladies neurologiques. Ceci plus spécifiquement dans le secteur médico-social.
- Développement d'un soutien des ESE par les CMS pour la prise en charge de situations de SP, impliquant les personnes-ressource en SP des CMS.
- Intégration d'une démarche systématique incitant à la remise de directives anticipées et à la désignation d'un représentant thérapeutique dans les procédures d'admission de tous les établissements traitant ou hébergeant des patients âgés.

Mesures à introduire:

- Reconnaissance par les sociétés médicales de la formation en SP pour les médecins privés, sous la forme de crédits par exemple.
- Développement de recommandations pour la formation des médecins-conseils des EMS qui intègrent la formation en SP.
- Systématisation d'un cahier des charges uniforme et commun à tou(te)s les infirmier(ère)s-ressource en SP dans les hôpitaux et les EMS définissant leur rôle en tant que référent(e)s en SP.

Thèmes à investiguer:

Certaines questions demeurent car des réponses parfois surprenantes ou trop vagues ne permettent pas toujours de saisir l'ampleur du problème exposé. Des études plus approfondies sur quelques thèmes sont donc nécessaires:

- Un manque de lits spécialisés en SP ayant été soulevé dans cette étude, une analyse de la disponibilité actuelle ainsi que des besoins non couverts identifiés en la matière permettrait de préciser le problème pour lui apporter une réponse adaptée.
- Il est relevé dans cette étude la nécessité de renforcer les EMSP dans leurs rôles de formation et soutien aux équipes et aux médecins, d'antenne téléphonique (y compris le week-end et de nuit), de liaison avec les unités hospitalières de SP, de 1^{ère} ligne en milieu institutionnel (par ex. dans les établissements socio-éducatifs ou dans les EMS) et de collaboration avec les infirmier(ère)s de liaison actif(ve)s dans les hôpitaux. Ces renforcements sont à étudier notamment en termes de demande.
- Des lacunes de financement des soins de base, moyens auxiliaires, prestations de coordination, veilles et soutien des proches impliqués dans les SP ont été évoquées, qui appellent une évaluation des manques en matière de remboursements.
- Investigation des raisons des différences observées dans le réseau Nord.

Enfin, et de manière plus générale, il serait important de procéder à une:

- Evaluation de la satisfaction des personnes en SP ainsi que celle de leurs proches par le biais d'études qualitatives.

5. BIBLIOGRAPHIE

- 1 Renard. D., Chérif C., Santos-Eggimann B. Organisation des soins palliatifs dans le canton de Vaud: rapport au Service de la santé publique du canton de Vaud et à la direction du Service des hospices cantonaux. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2001 (Raisons de santé, 64).
- 2 Service de la Santé Publique, Rapport d'activité du Programme cantonal de développement des soins palliatifs 2003-2007. 30 septembre 2007. SSP.
- 3 Canton de Vaud. Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012 et Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat Martinet intitulé "Davantage d'actions de prévention pour davantage d'années de vie en bonne santé".

6. Tableaux des résultats

Définition des notes utilisées dans les tableaux ci-après:

- : la question n'a pas été posée ou la réponse pas proposée (1) question fermée en 2010 mais ouverte en 2000

(2) question fermée en 2010 mais ouverte en 2000 sans propositions de réponses

En 2000, un seul questionnaire CMS a été rempli pour tous les CMS

	EMS - Lits C		CMS		ESE		EMS - Lits C		CMS	
	2010	%	2010	%	2010	%	2000	%	2000	%
Total réponses	123	100	48	100	14	100	93	100	1	100
Table 1: ETABLISSEMENT										
Définition des SP inscrite ou non dans une charte	38/115	33.0	14/48	29.2	5/13	38.5	35/91	38.5	0/1	0
Mention SP dans une charte ou autre document	71/108	65.7	36/48	75.0	11/14	78.6	-	-	-	-
Information au personnel:	94/111	84.7	44/44	100.0	11/14	78.6	53/77	68.8	-	-
- par oral	76/88	86.4	32/40	80.0	7/9	77.8	37/53	69.8	-	-
- par écrit	76/86	88.4	23/43	53.5	9/11	81.8	32/53	60.4	-	-
Information au résident et aux proches:	79/114	69.3	24/44	54.5	8/13	61.5	52/75	69.3	-	-
- par oral	59/69	85.5	12/24	50.0	6/7	85.7	42/52	80.8	-	-
- par écrit	40/55	72.7	3/22	13.6	2/4	50.0	16/52	30.8	-	-
Mention cahier des charges du personnel	24/119	20.2	33/48	68.7	2/14	14.3	9/88	10.2	-	-
oui	16/119	13.4	10/48	20.8	2/14	14.3	-	-	-	-
en partie	10/68	14.7	12/15	80.0	-	-	3/69	4.3	-	-
Document rôle des bénévoles*	9/123	7.3	-	-	-	-	2/9	22.2	-	-
- espace, lumière, vue	6/8	75.0	-	-	-	-	-	-	-	-
- aménagements intérieurs	5/8	62.5	-	-	-	-	-	-	-	-
- autre (chambre 1 lit, possibilité pour un proche de dormir, salle physio)	7/7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Structures, ressources inadéquates	57/123	46.3	24/48	50.0	7/13	53.8	33/69	47.8	-	-
- manque chambres 1 lit	38/48	79.2	-	-	1/7	14.3	-	-	-	-
- manque moyens auxiliaires et matériel	-	-	-	-	2/7	28.6	-	-	-	-
- problèmes architecturaux	40/49	81.6	-	-	3/7	42.9	-	-	-	-
- manque personnel qualifié	25/43	58.1	10/22	45.4	5/7	71.4	-	-	-	-
- manque infirmier nuit/we	31/48	64.6	1/21	4.8	6/7	85.7	-	-	-	-
- budget insuffisant	14/37	37.8	13/22	59.1	4/7	57.1	-	-	-	-
- prestations non facturables	20/40	50.0	14/23	60.9	1/6	16.7	-	-	-	-
- autre (manque matériel, reconnaissance, motivation, bénévoles, accueil familles, coût veilles, manque personnel, manque IRSP, gestion crises)	9/15	-	6/7	-	1/4	-	-	-	-	-

* En 2010, une case permet de signaler s'il n'y a pas de bénévoles. Le dénominateur ne prend donc pas en compte ces cas-là.

** La question a été reformulée: "partie" dans le questionnaire 2000, "chambre" dans le questionnaire 2010

		EMS - Lits C 2010	%	CMS 2010	%	ESE 2010	%	EMS - Lits C 2000	%	CMS 2000	%
Table 2: MISE EN ŒUVRE DES SOINS PALLIATIFS ET PRISES EN CHARGE SP											
Directives anticipées à jour		34/119	28.6	0/46	0	-	-	-	-	-	-
(presque) toujours		40/119	33.6	3/46	6.5	-	-	-	-	-	-
souvent		26/119	21.8	28/46	60.9	-	-	-	-	-	-
parfois, rarement		19/119	16.0	15/46	32.6	-	-	-	-	-	-
(presque) jamais		39/118	33.0	1/46	2.2	-	-	-	-	-	-
Représentant thérapeutique désigné		29/118	24.6	2/46	4.3	-	-	-	-	-	-
souvent		26/118	22.0	20/46	43.5	-	-	-	-	-	-
parfois, rarement		24/118	20.3	23/46	50.0	-	-	-	-	-	-
(presque) jamais		-	-	-	-	4/14	28.6	-	-	-	-
Orientations thérapeutiques en cas d'urgence vitale		-	-	-	-	0/14	0	-	-	-	-
souvent		-	-	-	-	7/14	50.0	-	-	-	-
parfois, rarement		-	-	-	-	3/14	21.4	-	-	-	-
(presque) jamais		n=44	n=39	-	-	-	-	-	-	-	-
Provenance des résidents admis pour SP en 2010 (sans les doublons et uniquement les établissements qui ont des résidents admis pour SP en 2010)											
- domicile		13/32	40.6	22/31	71.0	-	-	-	-	-	-
- hôpital		31/40	77.5	28/32	87.5	-	-	-	-	-	-
- CTR généraliste		16/33	48.5	6/31	19.3	-	-	-	-	-	-
- CTR unité SP		7/24	29.2	7/31	22.6	-	-	-	-	-	-
- autre (autre EMS)		3/14		3/8		-	-	-	-	-	-
Table 3: PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS AVEC SOINS PALLIATIFS ET DE LEUR ENTOURAGE											
Utilisation d'un instrument standardisé d'évaluation de la douleur		44/122	36.1	11/48	22.9	4/14	28.6	-	-	-	-
oui, pour presque tous		35/122	28.7	20/48	41.7	1/14	7.1	-	-	-	-
oui, pour la plupart		27/122	22.1	15/48	31.2	5/14	35.7	-	-	-	-
oui, pour certains		16/122	13.1	2/48	4.2	4/14	28.6	-	-	-	-
non, (presque) jamais		30/95	31.6	22/46	47.8	2/8	25.0	-	-	-	-
Outils d'auto-évaluation:		33/95	34.7	20/46	43.5	1/8	12.5	-	-	-	-
souvent		26/95	27.4	2/46	4.3	2/8	25.0	-	-	-	-
parfois, rarement		6/95	6.3	2/46	4.3	3/8	37.5	-	-	-	-
(presque) jamais		39/99	39.4	4/42	9.5	7/10	70.0	-	-	-	-
Outils d'hétéro-évaluation:		45/99	45.4	7/42	16.7	0/10	0	-	-	-	-
souvent		9/99	9.1	19/42	45.2	1/10	10.0	-	-	-	-
parfois, rarement		6/99	6.1	12/42	28.6	2/10	20.0	-	-	-	-
(presque) jamais											

	EMS - Lits C 2010	%	CMS 2010	%	ESE 2010	%	EMS - Lits C 2000	%	CMS 2000	%
Mesures de soutien pour le résident	113/123	91.9	46/48	95.8	13/14	92.9	-	-	-	-
- entretien avec un médecin	106/109	97.2	-	-	-	-	-	-	-	-
- entretien avec un autre soignant	105/106	99.1	45/45	100.0	12/13	92.3	-	-	-	-
- entretien avec un assistant social	6/93	6.4	43/46	93.5	-	-	-	-	-	-
- entretien avec un psychologue	32/95	33.7	28/43	65.1	6/12	50.0	-	-	-	-
- entretien avec un représentant spirituel	106/112	94.6	-	-	11/13	84.6	-	-	-	-
- entretien avec un bénévole	42/98	42.9	-	-	-	-	-	-	-	-
- groupe de parole	6/97	6.2	8/43	18.6	-	-	-	-	-	-
- intervention du BRIO	8/96	8.3	8/44	18.2	-	-	-	-	-	-
- éducateur	-	-	-	-	12/12	100.0	-	-	-	-
- autre (animation, EMSP, psychiatre, famille, infirmier en psychiatrie, LVC, UMSP, MSP, thérapeutes...)	42/63		28/32		6/7		-	-	-	-
Mesures pour favoriser la présence/participation de l'entourage (1)	119/123	96.7	46/48	95.8	12/14	85.7	58/60	96.7	-	-
- horaires de visite	112/116	96.5	-	-	12/12	100	54/58	93.1	-	-
- repas sur place	118/119	99.2	-	-	11/12	91.7	48/58	82.8	-	-
- dormir sur place	93/118	78.8	-	-	8/11	72.7	43/58	74.1	-	-
- intégration aux soins	107/117	91.4	-	-	10/12	83.3	43/58	74.1	-	-
- lieu de détente	83/116	71.5	-	-	8/12	66.7	-	-	-	-
- coordination des interventions avec les besoins des proches	-	-	46/46	100.0	-	-	-	-	-	-
- information/formation données aux proches	-	-	45/46	97.8	-	-	-	-	-	-
- donner les soins en commun avec les proches	-	-	44/45	97.8	-	-	-	-	-	-
- autre (entretiens, permanence tél, rencontre soignants, cafétéria, écoute, espace de parole, inf. en psychiatrie,...)	25/39		6/11		2/5		13/58		-	-

	EMS - Lits C 2010 %	CMS 2010 %	ESE 2010 %	EMS - Lits C 2000 %	CMS 2000 %
Mesures de soutien pour l'entourage...	117/123	95.1	12/14	35/61	57.4
Avant la prise en charge:					
- visite des locaux	84/108	77.8	-	-	-
Pendant la prise en charge: (1)					
- entretien avec un médecin	115/116	99.1	10/12	-	-
- entretien avec un autre soignant	116/117	99.1	10/12	29/35	82.9
- entretien avec un éducateur	-	-	12/12	-	-
- entretien avec un assistant social	15/102	14.7	-	2/35	5.7
- entretien avec un psychologue	21/102	20.6	6/10	2/35	5.7
- entretien avec un représentant spirituel	94/110	85.4	7/11	25/35	71.4
- entretien avec un bénévole	20/103	19.4	-	-	-
- intervention du BRIO	17/104	16.3	1/10	-	-
- groupe de parole et association	25/99	25.2	3/10	5/35	14.3
- autre (animation, EMSP, tél, médiatrice, psychogériatre, LVC, personne ressource SP...)	20/49	40.8	1/6	17/35	48.6
Après le décès: (2)					
- suivi de deuil	-	-	-	29/61	47.5
- prise de contact: lettre	99/115	86.1	11/12	-	-
téléphone	-	-	-	6/29	20.7
- entretien: individuel	-	-	-	5/29	17.2
de groupe	75/113	66.4	10/11	-	-
- présence aux obsèques	-	-	-	8/29	27.6
	-	-	-	13/29	44.8
	114/115	99.1	12/12	12/29	41.4
	109/123	88.6	13/14	-	-
Mesures de soutien pour les résidents (lors du décès de l'un d'entre eux):					
- entretien avec un autre soignant	109/109	100.0	12/13	-	-
- entretien avec un éducateur	-	-	13/13	-	-
- entretien avec un assistant social	4/94	4.3	-	-	-
- entretien avec un psychologue	19/95	20.0	8/12	-	-
- entretien avec un représentant spirituel	103/107	96.3	12/13	-	-
- entretien avec un bénévole	31/93	33.3	-	-	-
- groupe de parole	13/91	14.3	-	-	-
- suivi de deuil	60/97	61.9	12/13	-	-
- autre (animation, médiatrice, livre du souvenir, moment de recueillement...)	21/43	48.8	2/6	-	-

	EMS - Lits C 2010	%	CMS 2010	%	ESE 2010	%	EMS - Lits C 2000	%	CMS 2000	%
Les prises en charge palliatives se concluent par:										
- une évaluation	-	-	-	-	-	-	41/59	69.5	1/1	100.0
- un entretien avec la famille	88/120	73.3	38/48	79.2	12/13	92.3	-	-	-	-
- un bilan formatif au sein de l'équipe	73/119	61.3	27/48	56.2	10/13	76.9	-	-	-	-
- une information au médecin traitant	100/115	87.0	31/47	65.9	4/13	30.8	-	-	-	-
- autre (debriefing, info EMSP, info CMS...)	18/29		2/7		1/5		-	-	-	-
Mesures destinées à prévenir l'épuisement professionnel: (1)										
- colloques de débriefing	97/105	92.4	45/48	93.7	12/13	92.3	-	-	-	-
- accès à une personne ressource en SP	82/103	79.6	46/48	95.8	11/13	84.6	-	-	-	-
- EMSP	91/105	86.7	48/48	100.0	13/13	100.0	-	-	-	-
- groupe de parole	38/96	39.6	3/46	6.5	4/13	30.8	15/31	48.4	1/1	100.0
- entretien de groupe avec un psychologue	29/96	30.2	19/46	41.3	7/12	58.3	-	-	-	-
- soutien individuel par un psychologue	14/95	14.7	17/46	37.0	7/12	58.3	8/31	25.8	0/1	0
- autre (psychiatre, médiatrice, spirituel, supervision, formations, projet Astrame, colloque d'équipe, partage avec collègues, co-référence, consultant interne...)	33/49		16/21		1/7		17/31		1/1	
	108/122	88.5	48/48	100.0	10/11	90.9	31/56	55.4	1/1	100.0

		EMS - Lits C 2010	%	CMS 2010	%	ESE 2010	%	EMS - Lits C 2000	%	CMS 2000	%
Table 4: FORMATIONS EN SP ET LECTURES											
Personne ressource en SP											
		92/121	76.0	45/48	93.7	9/14	64.3	-	-	-	-
Niveau de formation personne ressource		14/92	15.2	12/45	26.7	1/9	11.1	-	-	-	-
niveau A		61/92	66.3	24/45	53.3	8/9	88.9	-	-	-	-
niveau B1		10/92	10.9	3/45	6.7	0/9	0	-	-	-	-
niveau B2		4/92	4.3	6/45	13.3	0/9	0	-	-	-	-
niveau C		3/92	3.3	0	0	0	0	-	-	-	-
je ne sais pas											
		91/123	74.0	45/48	93.7	8/14	57.1	-	-	-	-
L'établissement reçoit le Palliative Flash (PF)											
Cette publication est:											
- lue en équipe		20/80	25.0	4/44	9.1	1/8	12.5	-	-	-	-
- déposée à la bibliothèque		74/85	87.1	41/45	91.1	6/8	75.0	-	-	-	-
- diffusée auprès des médecins		29/75	38.7	0/39	0	0/8	0	-	-	-	-
- diffusée auprès du personnel infirmier		81/88	92.0	38/42	90.5	6/7	85.7	-	-	-	-
- diffusée auprès des autres professionnels soignants		68/84	80.9	15/41	36.6	2/7	28.6	-	-	-	-
- diffusée auprès de l'équipe non-soignante		31/78	39.7	7/40	17.5	4/8	50.0	-	-	-	-
Thématiques abordées dans le PF jugées:											
- pas intéressantes		0/91	0	0	0	1/8	12.5	-	-	-	-
- peu intéressantes		0/91	0	2/45	4.4	0	0	-	-	-	-
- intéressantes		44/91	48.3	9/45	20.0	5/8	62.5	-	-	-	-
- très intéressantes		44/91	48.3	34/45	75.6	2/8	25.0	-	-	-	-
- je ne sais pas		3/91	3.3	0	0	0	0	-	-	-	-
		17/77	22.1	7/35	20.0	1/8	12.5	-	-	-	-
Sujets à aborder plus souvent dans le PF											
La lecture du PF a conduit à:											
- améliorer les connaissances de l'équipe en SP		67/89	75.3	32/45	71.1	5/8	62.5	-	-	-	-
- changer les pratiques quotidiennes de l'équipe		38/85	44.7	17/44	38.6	1/7	14.3	-	-	-	-

		EMS - Lits C 2010	%	CMS 2010	%	ESE 2010	%	EMS - Lits C 2000	%	CMS 2000	%
Table 5: LIAISON											
Comment se fait le lien avec les partenaires:											
- intervention d'un responsable de la liaison interne à l'établissement	(presque) toujours souvent parfois, rarement (presque) jamais	49/96 11/96 5/96 31/96	51.0 11.5 5.2 32.3	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
- intervention d'un responsable désigné par le réseau	(presque) toujours souvent parfois, rarement (presque) jamais	34/99 11/99 20/99 34/99	34.3 11.1 20.2 34.3	18/48 11/48 12/48 7/48	37.5 22.9 25.0 14.6	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
- discussion lors d'un colloque	(presque) toujours souvent parfois, rarement (presque) jamais	20/95 16/95 21/95 38/95	21.0 16.8 22.1 40.0	8/47 19/47 18/47 2/47	17.0 40.4 38.3 4.3	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
- transmission d'un document	(presque) toujours souvent parfois, rarement (presque) jamais	45/100 12/100 12/100 31/100	45.0 12.0 12.0 31.0	30/47 4/47 5/47 8/47	63.8 8.5 10.6 17.0	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
- autre (évaluation ergo, lettre médecin, tél, DMST, entretien IRSP-famille, médecin traitant, tél aux urgences...)	(presque) toujours souvent parfois, rarement (presque) jamais	3/20 1/20 1/20 15/20	- - - -	6/15 3/15 0/15 6/15	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
Conventions de collaboration avec:											
- hôpital		-	-	-	-	8/14	57.1	-	-	-	-
- CTR		-	-	-	-	6/8	75.0	-	-	-	-
- CMS		-	-	-	-	2/7	28.6	-	-	-	-
- médecin traitant		-	-	-	-	2/7	28.6	-	-	-	-
- autre		-	-	-	-	6/8	75.0	-	-	-	-
Satisfaction de la liaison avec les partenaires											
(presque) toujours souvent		42/93 37/93	45.2 39.8	15/48 28/48	31.2 58.3	4/10 4/10	40.0 40.0	oui non	29/48 19/48	60.4 39.6	0/1 1/1
parfois, rarement (presque) jamais		6/93 8/93	6.4 8.6	5/48 0/48	10.4 0	2/10 0	20.0 0				100.0

	EMS - Lits C 2010	%	CMS 2010	%	ESE 2010	%	EMS - Lits C 2000	%	CMS 2000	%
Aspects liaison à renforcer:										
- connaissance des possibilités du réseau au sein de l'établissement	47/97	48.4	14/47	29.8	6/13	46.1	-	-	-	-
- connaissance par les autres structures des prestations disponibles dans l'établissement	52/94	55.3	34/48	70.8	9/13	69.2	-	-	-	-
- personne formée à la liaison dans l'établissement	37/97	38.1	13/48	27.1	6/12	50.0	-	-	-	-
- personne formée à la liaison dans le réseau	41/98	41.8	13/47	27.7	5/12	41.7	-	-	-	-
- volonté de liaison dans le réseau	52/95	54.7	31/47	66.0	5/12	41.7	-	-	-	-
- volonté de dypmt des SP dans le réseau	63/96	65.6	25/47	53.2	7/12	58.3	-	-	-	-
- adéquation de l'orientation en SP	61/96	63.5	37/46	80.4	7/11	63.6	-	-	-	-
- autre (la relation avec le médecin traitant, manque lits SP...)	5/22		5/11		0		-	-	-	-
Table 6: COLLABORATIONS AVEC LES PATERNAIRES DU RESEAU										
Appel EMSP										
oui, y compris en 2010	69/120	57.5	46/48	95.8	12/14	85.7	-	-	-	-
oui, mais avant 2010	31/120	25.8	2/48	4.2	1/14	7.1	-	-	-	-
non	20/120	16.7	0/48	0	1/14	7.1	-	-	-	-
L'EMSP a évité une hosp en urgence										
souvent	18/66	27.3	16/45	35.6	2/10	20.0	-	-	-	-
parfois	14/66	21.2	16/45	35.6	0/10	0	-	-	-	-
rarement	6/66	9.1	4/45	8.9	3/10	30.0	-	-	-	-
jamais	28/66	42.4	9/45	20.0	5/10	50.0	-	-	-	-
L'EMSP a prolongé le maintien à domicile										
souvent	-	-	25/45	55.6	-	-	-	-	-	-
parfois	-	-	12/45	26.7	-	-	-	-	-	-
rarement	-	-	4/45	8.9	-	-	-	-	-	-
jamais	-	-	4/45	8.9	-	-	-	-	-	-
Satisfaction EMSP										
(presque) toujours	49/65	75.4	36/45	80.0	9/12	75.0	-	-	-	-
souvent	13/65	20.0	9/45	20.0	3/12	25.0	-	-	-	-
parfois, rarement	2/65	3.1	0/45	0	0	0	-	-	-	-
(presque) jamais	1/65	1.5	0/45	0	0	0	-	-	-	-
Pas de contact avec l'EMSP: raisons										
- l'établissement gère lui-même les prises en charge avec SP	20/120	16.7		0/48	1/14		-	-	-	-
- l'EMSP est mal connue de l'établissement	15/18	83.3			0	0	-	-	-	-
- l'établissement fait appel à d'autres ressources	5/17	29.4			0	0	-	-	-	-
- crainte que cela ne prenne trop de temps	0/17	0			0	0	-	-	-	-
- autre (pas de SP...)	0/17	0			0	0	-	-	-	-
	5/8				1/1		-	-	-	-

	EMS - Lits C 2010	%	CMS 2010	%	ESE 2010	%	EMS - Lits C 2000	%	CMS 2000	%
Renfort EMSP										
- conseils thérapeutiques par tél	40/109	36.7	7/46	15.2	1/12	8.3	-	-	-	-
- conseils thérapeutiques en présence du résident	35/107	32.7	10/46	21.7	1/11	9.1	-	-	-	-
- colloques de réseau	52/107	48.6	15/46	32.6	4/12	33.3	-	-	-	-
- colloques avec résident et proches	42/107	39.2	17/46	37.0	4/11	36.4	-	-	-	-
- actions de formation en SP	70/106	66.0	38/46	82.6	5/12	41.7	-	-	-	-
- accès facilité aux unités SP	38/105	36.2	31/45	68.9	5/12	41.7	-	-	-	-
- disponibilité les nuits	30/105	28.6	25/47	53.2	4/12	33.3	-	-	-	-
- disponibilité les week-ends	48/106	45.3	29/47	61.7	5/12	41.7	-	-	-	-
- diminution du délai de réponse et d'intervention	33/105	31.4	14/47	29.8	2/12	16.7	-	-	-	-
- clarification du rôle des intervenants	35/103	34.0	8/47	17.0	2/12	16.7	-	-	-	-
- Davantage de prise en charge complète (1ère ligne)	27/103	26.2	11/47	23.4	2/12	16.7	-	-	-	-
- autre (sensibilisation des médecins traitants, reconnaissance temps/min par Plaisir...)	3/27		1/7		0		-	-	-	-
Collaborations avec les autres partenaires en 2010										
- infirmières indépendantes	-	-	4/48	8.3	2/8	25.0	-	-	-	-
- CMS	9/110	8.2	-	-	3/11	27.3	-	-	-	-
- médecins traitants	76/116	65.5	47/48	97.9	8/11	72.7	-	-	-	-
- autres médecins installés (oncologue, psychiatre, neurologue, cardiologue, centre anti-douleur, CHUV, gastro-entérologue...)	29/105	27.6	28/46	60.9	5/10	50.0	-	-	-	-
- EMS court séjour	-	-	22/48	45.8	0/11	0	-	-	-	-
- unité d'accueil temporaire en EMS (UAT)	-	-	8/48	16.7	0/11	0	-	-	-	-
- hôpital	19/110	17.3	45/48	93.7	7/11	63.6	-	-	-	-
- cliniques privées	2/110	1.8	19/48	39.6	0/11	0	-	-	-	-
- CTR généraliste	8/109	7.3	26/48	54.2	1/11	9.1	-	-	-	-
- CTR unité de SP	15/112	13.4	41/48	85.4	0/11	0	-	-	-	-
- ligne vaudoise contre le cancer	10/112	8.9	35/48	72.9	0/11	0	-	-	-	-
- association de bénévoles	19/112	17.0	35/47	74.5	3/11	27.3	-	-	-	-
- équipe mobile de psychogériatrie	53/114	46.5	20/47	42.5	1/11	9.1	-	-	-	-
- autre (EMSP, psychogériatrie, ligne pulmonaire, ASCOR, les proches, pharmadom, veilleses, auxiliaires de santé...)	9/48		4/12		1/4		-	-	-	-
Satisfaction collaborations en 2010										
(presque) toujours	43/109	39.4	7/48	14.6	4/10	40.0	oui	22/28	78.6	1/1 100.0
souvent	43/109	39.4	39/48	81.2	5/10	50.0	non	6/28	21.4	0/1 0
parfois, rarement	3/109	2.7	2/48	4.2	0	0				
(presque) jamais	1/109	0.9	0	0	0	0				
pas de collaboration	19/109	17.4	0	0	1/10	10.0				

	EMS - Lits C 2010	%	CMS 2010	%	ESE 2010	%	EMS - Lits C 2000	%	CMS 2000	%
Renfort collaborations										
- infirmières indépendantes	-	-	9/48	18.7	7/13	53.8	-	-	-	-
- CMS	30/99	30.3	-	-	8/13	61.5	-	-	-	-
- médecins traitants	69/107	64.5	46/47	97.9	7/13	53.8	-	-	-	-
- autres médecins installés (oncologue, psychiatre, cardiologue, gériatre, palliatologue, psychogériatre...)	30/88	34.1	30/42	71.4	2/10	20.0	-	-	-	-
- EMS court séjour	-	-	29/48	60.4	6/13	46.1	-	-	-	-
- unité d'accueil temporaire en EMS (UAT)	-	-	13/47	27.7	4/13	30.8	-	-	-	-
- hôpital	54/107	50.5	36/48	75.0	10/13	76.9	-	-	-	-
- cliniques privées	18/101	17.8	21/47	44.7	1/12	8.3	-	-	-	-
- CTR généraliste	34/97	35.0	26/47	55.3	5/11	45.4	-	-	-	-
- CTR unité de SP	39/98	39.8	18/47	38.3	4/11	36.4	-	-	-	-
- ligue vaudoise contre le cancer	31/100	31.0	24/47	51.1	3/11	27.3	-	-	-	-
- association de bénévoles	42/102	41.2	36/47	76.6	10/13	76.9	-	-	-	-
- équipe mobile de psychogériatrie	55/104	52.9	28/45	62.2	5/12	41.7	-	-	-	-
- autre (EMSP, Etat, famille, animatrice spirituelle...)	4/34		2/9		0		-	-	-	-
Satisfaction communication interne										
- infirmiers et médecins de l'établissement	113/121	93.4	-	-	10/12	83.3	-	-	-	-
- infirmiers et médecins hors établissement	63/110	57.3	-	-	-	-	-	-	-	-
- infirmiers et autres soignants	97/115	84.3	-	-	12/12	100.0	-	-	-	-
- infirmiers et éducateurs	-	-	-	-	11/13	84.6	-	-	-	-
- médecins et éducateurs	-	-	-	-	9/13	69.2	-	-	-	-
- infirmiers et auxiliaires de santé	115/121	95.0	-	-	-	-	-	-	-	-
- infirmiers et personnel non-soignant	106/121	87.6	-	-	8/13	61.5	-	-	-	-
- infirmiers et autres intervenants (maîtres socio-professionnels,...)	-	-	-	-	10/13	76.9	-	-	-	-
- infirmiers et autres intervenants externes	81/115	70.4	-	-	-	-	-	-	-	-
- l'infirmier(ère) ressource en SP et les référents	-	-	42/45	93.3	-	-	-	-	-	-
- le médecin traitant et les référents	-	-	34/48	70.8	-	-	-	-	-	-
- le médecin traitant et l'infirmière ressource	-	-	30/46	65.2	-	-	-	-	-	-
- les référents et les autres intervenants du CMS	-	-	45/48	93.7	-	-	-	-	-	-

		EMS - Lits C 2010	%	CMS 2010	%	ESE 2010	%	EMS - Lits C 2000	%	CMS 2000	%
Table 7: ASPECTS FINANCIERS											
Lacunes financières											
-	couverture insuffisante des soins de base	69/118	58.5	38/46	82.6	7/13	53.8	-	-	-	-
-	soutien personnel	56/66	84.8	30/37	81.1	5/7	71.4	-	-	-	-
-	soutien proches	58/66	87.9	27/37	73.0	6/7	85.7	-	-	-	-
-	évaluation symptômes	56/67	83.6	33/37	89.2	5/7	71.4	-	-	-	-
-	évaluations globales	40/63	63.5	24/37	64.9	3/7	42.9	-	-	-	-
-	coordination prise en charge	44/64	68.7	13/36	36.1	2/7	28.6	-	-	-	-
-	moyens auxiliaires	49/63	77.8	25/36	69.4	3/7	42.9	-	-	-	-
-	autre (temps EMSP, formations, réaménagements architecturaux, veilles, limitation du catalogue ASSASD, nuits, restrictions assurances, paiement des remplaçants pendant formations collaborateurs, retours d'hospitalisation...)	19/63	30.2	28/38	73.7	3/7	42.9	-	-	-	-
		11/19		12/12		2/3		-	-	-	-
Table 8: PROJETS EN COURS											
Projets		83/123	67.5	45/48	93.7	10/11	90.9	32/81	39.5	1/1	100.0
Comité de pilotage	oui	30/116	25.9	42/48	87.5	8/10	80.0	-	-	-	-
	en cours de création	30/116	25.9	3/48	6.2	1/10	10.0	-	-	-	-
Table 9: EVALUATION GLOBALE											
Bilan 10 ans											
	amélioration	105/121	86.8	42/48	87.5	9/12	75.0	-	-	-	-
	statu quo	7/121	5.8	1/48	2.1	0/12	0	-	-	-	-
	détérioration	0/121	0	1/48	2.1	0/12	0	-	-	-	-
	je ne sais pas	9/121	7.4	4/48	8.3	3/12	25.0	-	-	-	-
Amélioration pour les catégories de résidents suivantes:											
-	affection oncologique	84/96	87.5	41/41	100.0	4/7	57.1	-	-	-	-
-	insuffisance respiratoire, cardiaque, rénale...	84/98	85.7	33/40	82.5	6/7	85.7	-	-	-	-
-	Alzheimer et autres démences	88/101	87.1	32/40	80.0	7/8	87.5	-	-	-	-
-	affections neurologiques	71/93	76.3	25/38	65.8	6/8	75.0	-	-	-	-
-	autre (douleur, fin de vie, antalgie, troubles psychiatriques, diminution des forces de vie, général...)	14/28		1/4		2/2		-	-	-	-

	EMS - Lits C 2010	%	CMS 2010	%	ESE 2010	%	EMS - Lits C 2000	%	CMS 2000	%
Amélioration attribuable aux nouvelles ressources:										
- équipe mobile	87/102	85.3	42/42	100.0	9/9	100.0	-	-	-	-
- personnes ressources en SP	92/103	89.3	40/40	100.0	7/9	77.8	-	-	-	-
- création ou renforcement de fonctions spécifiques	-	-	-	-	6/9	66.7	-	-	-	-
- lits hospitaliers de SP	29/98	29.6	37/41	90.2	2/9	22.2	-	-	-	-
- formations en SP	99/104	95.2	39/41	95.1	9/9	100.0	-	-	-	-
- matériel distribué (Palliative Flash)	80/100	80.0	34/40	85.0	2/9	22.2	-	-	-	-
- financement / dotations	24/94	25.5	14/38	36.8	8/9	88.9	-	-	-	-
- autre (info public, expérience, catalogue ASSASD, financement ARCOS, Pharmadom, séances analyse pratique professionnelle...)	5/17		11/14		0		-	-	-	-
Amélioration attribuable à la collaboration...										
- au sein de l'institution	93/99	93.9	37/42	88.1	9/9	100.0	-	-	-	-
- avec les EMS	-	-	13/41	31.7	-	-	-	-	-	-
- avec les CMS	28/91	30.8	-	-	2/9	22.2	-	-	-	-
- avec les médecins traitants	74/98	75.5	31/41	75.6	6/9	66.7	-	-	-	-
- avec le BRIO	46/93	49.5	24/41	58.5	1/9	11.1	-	-	-	-
- avec le CHUV	37/92	40.2	17/41	41.5	3/9	33.3	-	-	-	-
- avec les CTR	38/92	41.3	29/40	72.5	2/8	25.0	-	-	-	-
- avec l'EMSP	64/90	71.1	42/42	100.0	7/9	77.8	-	-	-	-
- avec le SSP et SASH	-	-	-	-	8/9	88.9	-	-	-	-
- avec la ligue vaudoise contre le cancer	22/93	23.7	28/40	70.0	0/9	0	-	-	-	-
- avec les associations de bénévoles	23/93	24.7	13/42	30.9	2/9	22.2	-	-	-	-
- autre (ARCOS, croix-rouge, groupe IRSP, Pharmadom...)	2/18		3/5		0		-	-	-	-

Définition des notes utilisées dans les tableaux ci-après:

- : la question n'a pas été posée ou la réponse pas proposée

(1) question fermée en 2010 mais ouverte en 2000 avec cependant des propositions de réponses entre parenthèses

(2) question fermée en 2010 mais ouverte en 2000 sans propositions de réponses

	Lits A		Lits B		CHUV		Lits A		Lits B		CHUV	
	2010	%	2010	%	2010	%	2000	%	2000	%	2000	%
Total réponses	13	100	12	100	19	100	12	100	11	100	7	100
Table 10: ETABLISSEMENT												
Définition des SP inscrite ou non dans une charte	3/12	25.0	8/12	66.7	3/17	17.6	4/12	33.3	8/11	72.7	3/7	42.9
Mention SP dans une charte ou autre document	5/12	41.7	7/11	63.6	6/16	37.5	-	-	-	-	-	-
Information au personnel:	5/11	45.4	10/12	83.3	12/16	75.0	5/9	55.6	8/10	80.0	3/7	42.9
- par oral	3/5	60.0	8/9	88.9	9/11	81.8	3/5	60.0	1/8	12.5	2/3	66.7
- par écrit	3/5	60.0	9/10	90.0	5/10	50.0	2/5	40.0	5/8	62.5	0/3	0
Information au patient et aux proches:	4/9	44.4	8/11	72.7	12/16	75.0	5/8	62.5	8/10	80.0	4/7	57.1
- par oral	3/4	75.0	7/8	87.5	8/11	72.7	3/5	60.0	5/8	62.5	1/4	25.0
- par écrit	1/3	33.3	3/8	37.5	2/8	25.0	3/5	60.0	4/8	50.0	1/4	25.0
Mention cahier des charges du personnel	2/12	16.7	6/12	50.0	4/18	22.2	1/11	9.1	7/11	63.6	4/7	57.1
Document rôle des bénévoles*	2/12	16.7	2/12	16.7	1/18	5.6	-	-	-	-	-	-
Chambres SP	0/4	0	6/10	60.0	0/12	0	1/8	12.5	5/10	50.0	1/4	25.0
- espace, lumière, vue	1/13	7.7	7/12	58.3	4/17	23.5	-	-	-	-	-	-
- aménagements intérieurs	0/1	0	6/6	100.0	3/3	100.0	-	-	-	-	-	-
- autre (chambre individuelle, balcon, TV, tel...)	1/1	100.0	5/6	83.3	3/3	100.0	-	-	-	-	-	-
Partie consacrée aux SP	0	0	4/4	100.0	2/2	100.0	-	-	-	-	-	-
Structures, ressources inadéquates	1/13	7.7	6/12	50.0	2/17	11.8	3/10	30.0	1/10	10.0	-	-
- manque chambres 1 lit	11/13	84.6	6/12	50.0	11/16	68.7	4/10	40.0	4/11	36.4	3/6	50.0
- problèmes architecturaux	6/9	66.7	4/6	66.7	6/8	75.0	-	-	-	-	-	-
- manque personnel qualifié	8/10	80.0	4/6	66.7	7/8	87.5	-	-	-	-	-	-
- manque infirmier nuit/we	7/11	63.6	6/6	100.0	4/9	44.4	-	-	-	-	-	-
- budget insuffisant	4/9	44.4	2/6	33.3	4/8	50.0	-	-	-	-	-	-
- autre (formation, mission non spécifique, manque personnel de base, supervision, espace pour les proches...)	5/10	50.0	6/6	100.0	3/7	42.9	-	-	-	-	-	-
	2/3		3/3		2/4		-	-	-	-	-	-

* En 2010, une case permet de signaler s'il n'y a pas de bénévoles. Le dénominateur ne prend donc pas en compte ces cas-là.

	Lits A 2010	%	Lits B 2010	%	CHUV 2010	%	Lits A 2000	%	Lits B 2000	%	CHUV 2000	%
Table 11: MISE EN ŒUVRE DES SOINS PALLIATIFS ET PRISE EN CHARGE SP												
Directives anticipées à jour	(presque) toujours	0/13	0	0/11	0	1/16	6.2	-	-	-	-	-
	souvent	1/13	7.7	0/11	0	6/16	37.5	-	-	-	-	-
	parfois, rarement	8/13	61.5	7/11	63.6	5/16	31.2	-	-	-	-	-
	(presque) jamais	4/13	30.8	4/11	36.4	4/16	25.0	-	-	-	-	-
Représentant thérapeutique désigné	(presque) toujours	0/13	0	0/11	0	3/16	18.7	-	-	-	-	-
	souvent	3/13	23.1	2/11	18.2	4/16	25.0	-	-	-	-	-
	parfois, rarement	7/13	53.8	7/11	63.6	6/16	37.5	-	-	-	-	-
	(presque) jamais	3/13	23.1	2/11	18.2	3/16	18.7	-	-	-	-	-
Provenance des patients admis à l'hôpital pour SP en 2010 (sans les doublons et uniquement les hôpitaux qui ont des patients admis pour SP en 2010)												
	n=24											
- domicile					15/19	78.9						
- hôpital					9/18	50.0						
- CTR généraliste					1/15	6.7						
- CTR unité SP					0/13	0						
- EMS					3/17	17.6						
- autre					0							
Table 12: PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC SOINS PALLIATIFS ET DE LEUR ENTOURAGE												
Utilisation d'un instrument standardisé	oui, pour presque tous	5/13	38.5	8/11	72.7	7/17	41.2	-	-	-	-	-
d'évaluation de la douleur	oui, pour la plupart	3/13	23.1	3/11	27.3	8/17	47.1	-	-	-	-	-
	oui, pour certains	4/13	30.8	0/11	0	1/17	5.9	-	-	-	-	-
	non, (presque) jamais	1/13	7.7	0/11	0	1/17	5.9	-	-	-	-	-
Outils d'auto-évaluation:	(presque) toujours	5/6	83.3	9/10	90.0	7/13	53.8					
	souvent	1/6	16.7	1/10	10.0	5/13	38.5					
	parfois, rarement	0/6	0	0/10	0	0/13	0					
	(presque) jamais	0/6	0	0/10	0	1/13	7.7					
Outils d'hétéro-évaluation:	(presque) toujours	2/7	28.6	6/11	54.5	5/15	33.3					
	souvent	1/7	14.3	2/11	18.2	2/15	13.3					
	parfois, rarement	1/7	14.3	2/11	18.2	6/15	40.0					
	(presque) jamais	3/7	42.9	1/11	9.1	2/15	13.3					

	Lits A		Lits B		CHUV		Lits A		Lits B		CHUV	
	2010	%	2010	%	2010	%	2010	%	2010	%	2010	%
Mesures de soutien pour le patient	12/13	92.3	12/12	100.0	13/16	81.2	11/12	91.7	8/8	100.0	6/6	100.0
- entretien avec un médecin	12/12	100.0	12/12	100.0	12/13	92.3	-	-	-	-	-	-
- entretien avec un autre soignant	12/12	100.0	12/12	100.0	12/13	92.3	-	-	-	-	-	-
- entretien avec un assistant social	8/12	66.7	4/9	44.4	10/13	76.9	-	-	-	-	-	-
- entretien avec un psychologue	5/11	45.4	7/11	63.6	7/11	63.6	-	-	-	-	-	-
- entretien avec un représentant spirituel	12/12	100.0	12/12	100.0	13/13	100.0	-	-	-	-	-	-
- entretien avec un bénévole	2/12	16.7	8/10	80.0	6/11	54.5	-	-	-	-	-	-
- groupe de parole	0/12	0	0/9	0	0/10	0	-	-	-	-	-	-
- intervention du BRIO	6/11	54.5	6/10	60.0	4/11	36.4	-	-	-	-	-	-
- autre (EMSP, hypnose, psychiatre, soins esthétiques,...)	3/4		3/4		2/4		-	-	-	-	-	-
Mesures pour favoriser la présence/participation de l'entourage (1)	12/13	92.3	12/12	100.0	15/17	88.2	11/12	91.7	8/8	100.0	6/6	100.0
- horaires de visite	12/12	100.0	12/12	100.0	15/15	100.0	11/11	100.0	8/8	100.0	4/6	66.7
- repas sur place	12/12	100.0	12/12	100.0	14/14	100.0	11/11	100.0	8/8	100.0	3/6	50.0
- dormir sur place	11/12	91.7	11/12	91.7	13/14	92.9	11/11	100.0	8/8	100.0	2/6	33.3
- intégration aux soins	9/12	75.0	11/12	91.7	12/14	85.7	10/11	90.9	8/8	100.0	3/6	50.0
- lieu de détente	3/12	25.0	9/12	75.0	4/13	30.8	-	-	-	-	-	-
- autre (cafétéria, collation, aménagement chambre, ...)	2/3		2/4		2/5		1/11		3/8		1/6	

	Lits A		Lits B		CHUV	Lits A		Lits B		CHUV	
	2010	%	2010	%	2010	2000	%	2000	%	2000	%
Mesures de soutien pour l'entourage...	13/13	100.0	12/12	100.0	12/17	7/12	58.3	8/10	80.0	3/7	42.9
Avant la prise en charge:											
- visite des locaux	3/13	23.1	8/12	66.7	1/9	11.1	-	-	-	-	-
Pendant la prise en charge: (1)											
- entretien avec un médecin	13/13	100.0	12/12	100.0	11/12	91.7	-	-	-	-	-
- entretien avec un autre soignant	13/13	100.0	12/12	100.0	11/12	91.7	4/7	57.1	6/8	75.0	2/3
- entretien avec un assistant social	8/12	66.7	5/11	45.4	8/11	72.7	2/7	28.6	1/8	12.5	2/3
- entretien avec un psychologue	6/13	46.1	6/11	54.5	3/9	33.3	2/7	28.6	1/8	12.5	2/3
- entretien avec un représentant spirituel	11/13	84.6	11/12	91.7	10/11	90.9	6/7	85.7	6/8	75.0	2/3
- entretien avec un bénévole	1/13	7.7	6/11	54.5	3/10	30.0	-	-	-	-	-
- intervention du BRIO	6/13	46.1	6/11	54.5	4/11	36.4	-	-	-	-	-
- groupe de parole et association	2/11	18.2	2/11	18.2	1/7	14.3	1/7	14.3	2/8	25.0	2/3
- autre (rencontre EMSP)	0/3		1/3		0/4		3/7		5/8		0/3
Après le décès: (2)											
- prise de contact:	6/13	46.1	11/12	91.7	7/11	63.6	1/11	9.1	6/10	60.0	3/7
lettre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
téléphone	-	-	-	-	-	-	0/1	0	4/6	66.7	0/3
- entretien:	6/13	46.1	8/11	72.7	6/12	50.0	0/1	0	2/6	33.3	0/3
individuel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
de groupe	-	-	-	-	-	-	0/1	0	1/6	16.7	1/3
- présence aux obsèques	2/13	15.4	2/11	18.2	3/10	30.0	0/1	0	3/6	50.0	1/3
Mesures de soutien pour les patients (lors du décès de l'un d'entre eux):	5/13	38.5	7/12	58.3	6/16	37.5					
- entretien avec un autre soignant	5/5	100.0	7/7	100.0	6/6	100.0	-	-	-	-	-
- entretien avec un assistant social	2/5	40.0	2/6	33.3	3/5	60.0	-	-	-	-	-
- entretien avec un psychologue	1/5	20.0	4/6	66.7	4/6	66.7	-	-	-	-	-
- entretien avec un représentant spirituel	4/5	80.0	7/7	100.0	5/6	83.3	-	-	-	-	-
- entretien avec un bénévole	0/5	0	5/6	83.3	1/4	25.0	-	-	-	-	-
- groupe de parole	1/5	20.0	1/6	16.7	0/4	0	-	-	-	-	-
- suivi de deuil	0/4	0	3/6	50.0	0/4	0	-	-	-	-	-
- autre (contact EMSP)	1/3		1/2		0/3		-	-	-	-	-

	Lits A 2010	%	Lits B 2010	%	CHUV 2010	%	Lits A 2000	%	Lits B 2000	%	CHUV 2000	%
Les prises en charge palliatives se concluent par:												
- une évaluation	-	-	-	-	-	-	4/10	40.0	7/9	77.8	1/6	16.7
- un entretien avec la famille	11/12	91.7	10/12	83.3	14/16	87.5	-	-	-	-	-	-
- un bilan formatif au sein de l'équipe	3/12	25.0	7/12	58.3	5/15	33.3	-	-	-	-	-	-
- une information au médecin traitant	9/12	75.0	12/12	100.0	13/15	86.7	-	-	-	-	-	-
- autre (débriefing, DMST, info, CMS)	0/2		3/4		1/4		-	-	-	-	-	-
Mesures destinées à prévenir l'épuisement professionnel: (1)												
- colloques de débriefing	9/9	100.0	11/11	100.0	10/11	90.9	-	-	-	-	-	-
- accès à une personne ressource en SP	6/9	66.7	5/9	55.6	8/10	80.0	-	-	-	-	-	-
- EMSP	8/9	88.9	9/9	100.0	7/10	70.0	-	-	-	-	-	-
- groupe de parole	1/9	11.1	2/9	22.2	4/9	44.4	5/7	71.4	5/9	55.6	1/3	33.3
- entretien de groupe avec un psychologue	4/9	44.4	6/10	60.0	6/9	66.7	-	-	-	-	-	-
- soutien individuel par un psychologue	3/9	33.3	4/9	44.4	3/8	37.5	3/7	42.9	4/9	44.4	1/3	33.3
- autre (aumônier, formation, massages, psychiatre, supervision,...)	2/3		5/7		2/3		1/7		6/9		2/3	
	9/13	69.2	11/12	91.7	11/17	64.7	7/12	58.3	9/10	90.0	3/7	42.9

	Lits A 2010	%	Lits B 2010	%	CHUV 2010	%	Lits A 2000	%	Lits B 2000	%	CHUV 2000	%
Table 13: FORMATIONS EN SP ET LECTURES												
Personne ressource en SP	4/12	33.3	10/12	83.3	9/18	50.0	-	-	-	-	-	-
Niveau de formation personne ressource	0/3	0	0	0	1/9	11.1	-	-	-	-	-	-
niveau A	3/3	100.0	4/9	44.4	2/9	22.2	-	-	-	-	-	-
niveau B1	0/3	0	3/9	33.3	2/9	22.2	-	-	-	-	-	-
niveau B2	0/3	0	1/9	11.1	3/9	33.3	-	-	-	-	-	-
niveau C	0/3	0	1/9	11.1	1/9	11.1	-	-	-	-	-	-
je ne sais pas	2/13	15.4	8/12	66.7	7/18	38.9	-	-	-	-	-	-
Mission pédagogique en matière de SP:	1/1	100.0	8/8	100.0	6/6	100.0	-	-	-	-	-	-
Pour types personnel:	2/2	100.0	8/8	100.0	5/5	100.0	-	-	-	-	-	-
- médecin	0	0	3/8	37.5	0/4	0	-	-	-	-	-	-
- infirmier(ère)	1/1		2/4		1/3		-	-	-	-	-	-
- bénévole	1/1	100.0	6/8	75.0	5/5	100.0	-	-	-	-	-	-
- autre professionnel (ASSC, EMSP, physio)	0	0	4/8	50.0	4/5	80.0	-	-	-	-	-	-
Sous forme:	0	0	6/8	75.0	1/5	20.0	-	-	-	-	-	-
- cours	1/1		0/2		0/3		-	-	-	-	-	-
- colloques, séminaires, symposiums, ...	9/13	69.2	12/12	100.0	14/18	77.8	-	-	-	-	-	-
- stages	1/8	12.5	2/12	16.7	1/12	8.3	-	-	-	-	-	-
- autre	7/8	87.5	11/12	91.7	8/12	66.7	-	-	-	-	-	-
L'établissement reçoit le Palliative Flash (PF)	2/8	25.0	9/11	81.8	5/11	45.4	-	-	-	-	-	-
Cette publication est:	7/9	77.8	12/12	100.0	8/12	66.7	-	-	-	-	-	-
- lue en équipe	4/8	50.0	10/12	83.3	6/11	54.5	-	-	-	-	-	-
- déposée à la bibliothèque	0/8	0	1/12	8.3	1/8	12.5	-	-	-	-	-	-
- diffusée auprès des médecins	0/9	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-
- diffusée auprès du personnel infirmier	0/9	0	0	0	1/12	8.3	-	-	-	-	-	-
- diffusée auprès des autres professionnels soignants	5/9	55.6	4/12	33.3	9/12	75.0	-	-	-	-	-	-
- diffusée auprès de l'équipe non-soignante	4/9	44.4	8/12	66.7	2/12	16.7	-	-	-	-	-	-
Thématiques abordées dans le PF jugées:	0/9	0	0	0	0/12	0	-	-	-	-	-	-
- pas intéressantes	3/9	33.3	1/11	9.1	2/10	20.0	-	-	-	-	-	-
- peu intéressantes	5/9	55.6	11/12	91.7	3/12	25.0	-	-	-	-	-	-
- intéressantes	2/9	22.2	7/12	58.3	1/12	8.3	-	-	-	-	-	-
- très intéressantes												
- je ne sais pas												
Sujets à aborder plus souvent dans le PF												
La lecture du PF a conduit à:												
- améliorer les connaissances de l'équipe en SP												
- changer les pratiques quotidiennes de l'équipe												

	Lits A 2010	%	Lits B 2010	%	CHUV 2010	%	Lits A 2000	%	Lits B 2000	%	CHUV 2000	%	
Table 14: LIAISON													
Comment se fait le lien avec les partenaires:													
- intervention d'un responsable de la liaison interne à l'établissement	8/13	61.5	8/12	66.7	6/14	42.9	-	-	-	-	-	-	
(presque) toujours	0/13	0	2/12	16.7	1/14	7.1	-	-	-	-	-	-	
souvent	2/13	15.4	0/12	0	0/14	0	-	-	-	-	-	-	
parfois, rarement	3/13	23.1	2/12	16.7	7/14	50.0	-	-	-	-	-	-	
(presque) jamais	2/13	15.4	3/12	25.0	5/13	38.5	-	-	-	-	-	-	
- intervention d'un responsable désigné par le réseau	1/13	7.7	2/12	16.7	4/13	30.8	-	-	-	-	-	-	
(presque) toujours	5/13	38.5	5/12	41.7	0/11	0	-	-	-	-	-	-	
souvent	5/13	38.5	2/12	16.7	4/13	30.8	-	-	-	-	-	-	
parfois, rarement	2/13	15.4	7/12	58.3	6/14	42.9	-	-	-	-	-	-	
(presque) toujours	3/13	23.1	1/12	8.3	2/14	14.3	-	-	-	-	-	-	
souvent	5/13	38.5	2/12	16.7	1/14	7.1	-	-	-	-	-	-	
parfois, rarement	3/13	23.1	2/12	16.7	5/14	35.7	-	-	-	-	-	-	
(presque) jamais	5/13	38.5	7/12	58.3	7/14	50.0	-	-	-	-	-	-	
- transmission d'un document	2/13	15.4	1/12	8.3	2/14	14.3	-	-	-	-	-	-	
(presque) toujours	1/13	7.7	1/12	8.3	1/14	7.1	-	-	-	-	-	-	
souvent	5/13	38.5	3/12	25.0	4/14	28.6	-	-	-	-	-	-	
parfois, rarement	0/3	0	2/3	66.7	1/4	25.0	-	-	-	-	-	-	
(presque) toujours	0/3	0	1/3	33.3	0/3	0	-	-	-	-	-	-	
souvent	0/3	0	0/3	0	0/3	0	-	-	-	-	-	-	
parfois, rarement	3/3	100	0/3	0	3/4	75.0	-	-	-	-	-	-	
(presque) jamais	6/13	46.1	5/11	45.4	5/12	41.7	oui	5/9	55.6	7/10	70.0	6/6	100.0
- satisfaction de la liaison avec les partenaires	5/13	38.5	6/11	54.5	7/12	58.3	non	4/9	44.4	3/10	30.0	0/6	0
(presque) toujours	2/13	15.4	0/11	0	0/12	0	-	-	-	-	-	-	-
souvent	0/13	0	0/11	0	0/12	0	-	-	-	-	-	-	-
parfois, rarement	6/12	50.0	4/12	33.3	7/11	63.6	-	-	-	-	-	-	-
(presque) jamais	3/12	25.0	5/12	41.7	5/11	45.4	-	-	-	-	-	-	-
- aspects liaison à renforcer:	7/12	58.3	1/12	8.3	3/11	27.3	-	-	-	-	-	-	-
- connaissance des possibilités du réseau dans l'établissement	4/11	36.4	4/12	33.3	1/11	9.1	-	-	-	-	-	-	-
- connaissance par les autres structures des prestations disponibles dans l'établissement	5/12	41.7	3/12	25.0	4/11	36.4	-	-	-	-	-	-	-
- personne formée à la liaison dans l'établissement	9/12	75.0	5/12	41.7	6/11	54.5	-	-	-	-	-	-	-
- personne formée à la liaison dans le réseau	9/12	75.0	7/12	58.3	5/11	45.4	-	-	-	-	-	-	-
- volonté de liaison dans le réseau	2/5	40	0/2	0	0/3	0	-	-	-	-	-	-	-
- volonté de dypmt des SP dans le réseau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- adéquation de l'orientation en SP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- autre (manque anticipation et clarté de la part du médecin, manque structure de proximité et formation)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Lits A 2010	%	Lits B 2010	%	CHUV 2010	%	Lits A 2000	%	Lits B 2000	%	CHUV 2000	%
Table 15: COLLABORATIONS AVEC LES PATERNAIRES DU RESEAU												
Appel EMSP												
	12/13	92.3	8/12	66.7	9/16	56.2	-	-	-	-	-	-
oui, y compris en 2010	1/13	7.7	2/12	16.7	0/16	0	-	-	-	-	-	-
oui, mais avant 2010	0/13	0	2/12	16.7	7/16	43.7	-	-	-	-	-	-
non												
Satisfaction EMSP												
(presque) toujours	6/12	50.0	7/8	87.5	4/9	44.4	-	-	-	-	-	-
souvent	5/12	41.7	1/8	12.5	5/9	55.6	-	-	-	-	-	-
parfois, rarement	1/12	8.3	0/8	0	0/9	0	-	-	-	-	-	-
(presque) jamais	0/12	0	0/8	0	0/9	0	-	-	-	-	-	-
Pas de contact avec l'EMSP: raisons												
- l'établissement gère lui-même les prises en charge avec SP	0/13	0	2/12	16.7	7/16	43.7	-	-	-	-	-	-
- l'EMSP est mal connue de l'établissement			2/2	100.0	3/5	60.0	-	-	-	-	-	-
- l'établissement fait appel à d'autres ressources			0/2	0	0/4	0	-	-	-	-	-	-
- crainte que cela ne prenne trop de temps			0/2	0	0/4	0	-	-	-	-	-	-
- autre (blocage au niveau médical, pas nécessaire, pas besoin pour pat. ambulatoires)			0/2	0	1/8	12.5	-	-	-	-	-	-
			1/1		2/4		-	-	-	-	-	-
Renfort EMSP												
- conseils thérapeutiques par tél	5/13	38.5	3/12	25.0	5/11	45.4	-	-	-	-	-	-
- conseils thérapeutiques en présence du patient	5/12	41.7	1/11	9.1	3/10	30.0	-	-	-	-	-	-
- colloques de réseau	8/13	61.5	2/11	18.2	2/10	20.0	-	-	-	-	-	-
- colloques avec patient et proches	7/13	53.8	3/11	27.3	3/10	30.0	-	-	-	-	-	-
- actions de formation en SP	10/13	76.9	7/11	63.6	7/10	70.0	-	-	-	-	-	-
- accès facilité aux unités SP	9/13	69.2	2/11	18.2	6/11	54.5	-	-	-	-	-	-
- disponibilité les nuits	5/13	38.5	3/11	27.3	3/10	30.0	-	-	-	-	-	-
- disponibilité les week-ends	5/13	38.5	3/11	27.3	4/10	40.0	-	-	-	-	-	-
- diminution du délai de réponse et d'intervention	5/13	38.5	3/11	27.3	6/10	60.0	-	-	-	-	-	-
- clarification du rôle des intervenants	5/13	38.5	3/11	27.3	3/10	30.0	-	-	-	-	-	-
- avantage de prise en charge complète (1ère ligne)	6/13	46.1	2/11	18.2	2/10	20.0	-	-	-	-	-	-
- autre	1/4		0/2		0/3		-	-	-	-	-	-

	Lits A 2010	%	Lits B 2010	%	CHUV 2010	%	Lits A 2000	%	Lits B 2000	%	CHUV 2000	%	
Collaborations avec les autres partenaires en 2010													
- CMS	9/13	69.2	10/11	90.9	6/13	46.1	-	-	-	-	-	-	
- médecins traitants	9/13	69.2	9/11	81.8	10/13	76.9	-	-	-	-	-	-	
- autres médecins installés (oncologue, pneumologue, psycho-gériatre, pédiatre,...)	5/10	50.0	4/7	57.1	2/10	20.0	-	-	-	-	-	-	
- EMS court séjour	7/13	53.8	8/11	72.7	6/12	50.0	-	-	-	-	-	-	
- unité d'accueil temporaire en EMS (UAT)	2/13	15.4	3/11	27.3	2/11	18.2	-	-	-	-	-	-	
- hôpital	5/12	41.7	9/10	90.0	8/11	72.7	-	-	-	-	-	-	
- cliniques privées	2/12	16.7	3/10	30.0	2/11	18.2	-	-	-	-	-	-	
- CTR généraliste	5/13	38.5	1/8	12.5	6/11	54.5	-	-	-	-	-	-	
- CTR unité de SP	7/13	53.8	2/9	22.2	7/12	58.3	-	-	-	-	-	-	
- ligue vaudoise contre le cancer	8/13	61.5	7/11	63.6	3/13	23.1	-	-	-	-	-	-	
- association de bénévoles	4/12	33.3	7/10	70.0	0/12	0	-	-	-	-	-	-	
- équipe mobile de psychogériatrie	4/13	30.8	5/10	50.0	1/12	8.3	-	-	-	-	-	-	
- autre (pédopsychiatre, psychiatrie de liaison)	0/2		1/1		1/3		-	-	-	-	-	-	
Satisfaction collaborations en 2010													
	5/13	38.5	4/11	36.4	3/14	21.4	oui	4/5	80.0	6/8	75.0	5/5	100.0
(presque) toujours souvent	6/13	46.1	7/11	63.6	7/14	50.0	non	1/5	20	2/8	25.0	0/5	0
parfois, rarement (presque) jamais	2/13	15.4	0/11	0	1/14	7.1							
pas de collaboration	0/13	0	0/11	0	0/14	0							
	0/13	0	0/11	0	3/14	21.4							
Renfort collaborations													
- CMS	10/11	90.9	7/12	58.3	8/13	61.5	-	-	-	-	-	-	
- médecins traitants	12/12	100.0	9/12	75.0	8/12	66.7	-	-	-	-	-	-	
- autres médecins installés	6/10	60.0	3/11	27.3	3/10	30.0	-	-	-	-	-	-	
- EMS court séjour	6/11	54.5	6/12	50.0	4/11	36.4	-	-	-	-	-	-	
- unité d'accueil temporaire en EMS (UAT)	5/11	45.4	4/11	36.3	2/12	16.7	-	-	-	-	-	-	
- hôpital	5/11	45.4	7/11	63.6	7/13	53.8	-	-	-	-	-	-	
- cliniques privées	4/11	36.4	3/11	27.3	4/12	33.3	-	-	-	-	-	-	
- CTR généraliste	7/11	63.6	0/11	0	3/12	25.0	-	-	-	-	-	-	
- CTR unité de SP	8/11	72.7	0/11	0	5/12	41.7	-	-	-	-	-	-	
- ligue vaudoise contre le cancer	10/11	90.9	4/11	36.4	4/12	33.3	-	-	-	-	-	-	
- association de bénévoles	9/11	81.8	5/11	45.4	3/12	25.0	-	-	-	-	-	-	
- équipe mobile de psychogériatrie	5/11	45.4	2/11	18.2	1/12	8.3	-	-	-	-	-	-	
- autre (EMSP, Etat, famille, animatrice spirituelle...)	1/2		0/2		0/4		-	-	-	-	-	-	

	Lits A 2010	%	Lits B 2010	%	CHUV 2010	%	Lits A 2000	%	Lits B 2000	%	CHUV 2000	%
Satisfaction communication interne												
- infirmiers et médecins de l'établissement	7/11	63.6	12/12	100.0	13/15	86.7	-	-	-	-	-	-
- infirmiers et autres soignants	9/12	75.0	12/12	100.0	14/14	100.0	-	-	-	-	-	-
- infirmiers et auxiliaires de santé	10/12	83.3	12/12	100.0	9/9	100.0	-	-	-	-	-	-
- infirmiers et personnel non-soignant	7/12	58.3	11/12	91.7	10/13	76.9	-	-	-	-	-	-
- infirmiers et autres intervenants externes	9/12	75.0	12/12	100.0	9/13	69.2	-	-	-	-	-	-
Table 16: ASPECTS FINANCIERS												
Lacunes financières												
- couverture insuffisante des soins de base	10/13	76.9	7/12	58.3	6/15	40.0	-	-	-	-	-	-
- soutien personnel	9/10	90.0	7/7	100.0	3/5	60.0	-	-	-	-	-	-
- soutien proches	10/10	100.0	6/7	85.7	4/5	80.0	-	-	-	-	-	-
- coordination prise en charge	10/10	100.0	6/7	85.7	4/4	100.0	-	-	-	-	-	-
- moyens auxiliaires	9/9	100.0	6/7	85.7	4/5	80.0	-	-	-	-	-	-
- autre (financement journalier, locaux adaptés, radiothérapie)	3/10	30.0	4/7	57.1	3/4	75.0	-	-	-	-	-	-
	2/3		2/2		1/1		-	-	-	-	-	-

Table 17: PROJETS EN COURS												
Projets	4/13	30.8	9/12	75.0	9/19	47.4	3/9	33.3	9/10	90.0	3/6	50.0
Comité de pilotage	2/13	15.4	8/12	66.7	4/17	23.5	-	-	-	-	-	-
oui	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-
en cours de création												

Table 18: EVALUATION GLOBALE												
	Lits A 2010	%	Lits B 2010	%	CHUV 2010	%	Lits A 2000	%	Lits B 2000	%	CHUV 2000	%
Bilan 10 ans												
amélioration	10/13	76.9	9/12	75.0	12/17	70.6	-	-	-	-	-	-
statu quo	2/13	15.4	0/12	0	3/17	17.6	-	-	-	-	-	-
détérioration	0/13	0	0/12	0	0/17	0	-	-	-	-	-	-
je ne sais pas	1/13	7.7	3/12	25.0	2/17	11.8	-	-	-	-	-	-
Amélioration pour les catégories de patients suivantes:												
- affection oncologique	8/9	88.9	9/9	100.0	10/11	90.9	-	-	-	-	-	-
- insuffisance respiratoire, cardiaque, rénale...	9/9	100.0	6/9	66.7	3/6	50.0	-	-	-	-	-	-
- Alzheimer et autres démences	6/10	60.0	2/8	25.0	3/5	60.0	-	-	-	-	-	-
- affections neurologiques	4/9	44.4	5/9	55.6	5/7	71.4	-	-	-	-	-	-
- autre (prématurés, nouveaux-nés)	1/1		0/2		0/2		-	-	-	-	-	-
Amélioration attribuable aux nouvelles ressources:												
- équipe mobile	8/10	80.0	6/9	66.7	10/12	83.3	-	-	-	-	-	-
- personnes ressources en SP	8/10	80.0	6/9	66.7	10/11	90.9	-	-	-	-	-	-
- lits hospitaliers de SP	1/10	10.0	3/9	33.3	3/10	30.0	-	-	-	-	-	-
- formations en SP	7/10	70.0	7/8	87.5	7/12	58.3	-	-	-	-	-	-
- matériel distribué (Palliative Flash)	5/10	50.0	7/8	87.5	4/10	40.0	-	-	-	-	-	-
- financement / dotations	2/10	20.0	2/8	25.0	1/9	11.1	-	-	-	-	-	-
- autre (communication avec médecins-chefs, formations, guide médecin vaudois, meilleure connaissance générale)	2/4		3/3		1/4		-	-	-	-	-	-
Amélioration attribuable à la collaboration...												
- au sein de l'hôpital	8/10	80.0	6/8	75.0	12/12	100.0	-	-	-	-	-	-
- avec les CMS	6/9	66.7	6/9	66.7	4/10	40.0	-	-	-	-	-	-
- avec les médecins traitants	6/10	60.0	3/9	33.3	3/9	33.3	-	-	-	-	-	-
- avec le BRIO	5/10	50.0	4/9	44.4	1/8	12.5	-	-	-	-	-	-
- avec le CHUV	4/10	40.0	2/9	22.2	7/11	63.6	-	-	-	-	-	-
- avec les CTR	7/10	70.0	5/9	55.6	3/10	30.0	-	-	-	-	-	-
- avec l'EMSP	6/9	66.7	6/8	75.0	2/9	22.2	-	-	-	-	-	-
- avec la ligue vaudoise contre le cancer	6/9	66.7	4/8	50.0	1/10	10.0	-	-	-	-	-	-
- avec les associations de bénévoles	2/9	22.2	3/8	37.5	0/9	0	-	-	-	-	-	-
- autre	0		0/1		0/2		-	-	-	-	-	-

	Médecins et psychiatres		Médecins		Psychiatres	
	2010	%	2000	%	2000	%
Total réponses	584	100	549	100	145	100
Table 19: INFORMATIONS PERSONNELLES						
Type questionnaire:						
- papier	323	55.3	-	-	-	-
- électronique	261	44.7	-	-	-	-
Région de pratique:						
- Est (ASCOR-FSC)	104/575	18.1	-	-	-	-
- Centre (ARCOS)	178/575	30.9	-	-	-	-
- Ouest (ARC)	130/575	22.6	-	-	-	-
- Nord (Nord-Broye)	90/575	15.6	-	-	-	-
- je ne sais pas	73/575	12.7	-	-	-	-
Région de pratique recodée:						
- EST (ASCOR-FSC)	113/575	19.6	-	-	-	-
- Centre (ARCOS)	233/575	40.5	-	-	-	-
- Ouest (ARC)	135/575	23.5	-	-	-	-
- Nord (Nord-Broye)	93/575	16.2	-	-	-	-
- je ne sais pas	1/575	0.2	-	-	-	-
Age:						
- < 35	61/574	10.6	-	-	-	-
- 35-45	212/574	36.9	-	-	-	-
- 46-60	163/574	28.4	-	-	-	-
- > 60	138/574	24.0	-	-	-	-
Spécialité principale (les plus fréquentes):						
- Médecine générale	134/492	27.2	-	-	-	-
- Médecine interne	110/492	22.4	-	-	-	-
- Psychiatrie et psychothérapie	52/492	10.6	-	-	-	-
- Gynécologie et obstétrique	25/492	5.1	-	-	-	-
- Pédiatrie	25/492	5.1	-	-	-	-
- Chirurgie	15/492	3.0	-	-	-	-
- Anesthésiologie	13/492	2.6	-	-	-	-
- Psychiatrie de l'enfant	12/492	2.4	-	-	-	-
Suivi de patients en EMS:						
- oui, en tant que médecin attiré de l'EMS	195/578	33.7	87/549	15.8	-	-
- oui, en tant que médecin privé de résidents en EMS	97/578	16.8	-	-	-	-
- non	286/578	49.5	-	-	-	-
Pratique SP:	358/574	62.4	-	-	-	-

	Médecins et psychiatres		Médecins		Psychiatres	
	2010	%	2000	%	2000	%
Table 20: FORMATIONS ET LECTURES						
Formation suivie:						
- au niveau prégradué	127/579	21.9	135/458	29.5	-	-
- sous forme de cours postgraduels	-	-	-	-	16/128	12.5
- sous forme de journées de formation postgradué	-	-	-	-	13/120	10.8
- sous forme de journées de formation postgradué	-	-	-	-	30/123	24.4
Durée formations SP:						
- < 3 jours	30/126	23.8	-	-	-	-
- 3-4 jours	38/126	30.2	-	-	-	-
- > 4 jours	58/126	46.0	-	-	-	-
Degré de formation SP:						
- sensibilisation (A)	57/123	46.3	-	-	-	-
- approfondissement (B)	55/123	44.7	-	-	-	-
- spécialisation (C)	11/123	8.9	-	-	-	-
Année dernière formation SP:						
- < =1995	9/120	7.5	-	-	-	-
- 96-2000	5/120	4.2	-	-	-	-
- 2001-2005	24/120	20.0	-	-	-	-
- 2006-2008	28/120	23.3	-	-	-	-
- > 2008	54/120	45.0	-	-	-	-

	Médecins et psychiatres		Médecins		Psychiatres	
	2010	%	2000	%	2000	%
Besoins de formation SP:	226/576	39.2	148/415	35.7	16/133	12.0
Sur quels sujets:						
- évaluation des symptômes	103/208	49.5	-	-	-	-
- traitement de la douleur	152/212	71.7	-	-	-	-
- traitement d'autres symptômes physiques (dyspnée, nausées,...)	150/213	70.4	-	-	-	-
- traitement de troubles cognitifs, états confusionnels aigus	156/214	72.9	-	-	-	-
- accompagnement psychologique:	127/210	60.5	-	-	-	-
1) du patient	125/208	60.1	-	-	-	-
2) des proches	95/206	46.1	-	-	-	-
- accompagnement spirituel (patient/proches)	114/211	54.0	-	-	-	-
- suivi de deuil	152/213	71.4	-	-	-	-
- gestion des situations d'urgence, de crise	146/213	68.5	-	-	-	-
- gestion des dernières heures de vie, agonie	107/202	53.0	-	-	-	-
- aspects d'organisation multidisciplinaire et plurisectorielle	146/213	68.5	-	-	-	-
- aspects éthiques ou juridiques (euthanasie, directives anticipées, ...)	48/204	23.5	-	-	-	-
- SP pédiatriques	150/209	71.8	-	-	-	-
- SP gériatriques	194/214	90.6	-	-	-	-
- mise à jour générale des connaissances	9/69		-	-	-	-
- autre (formation sur base clinique - vignettes, gestion type psy de liaison, pathologies particulières - BPCO, cardiopathies)			-	-	-	-
Projets de formation SP:	96/581	16.5	48/492	9.8	7/132	5.3
Sous quelle forme:						
- cours fractionné en heures	32/68	47.1	-	-	-	-
- cours fractionné en demi-journées	63/82	76.8	-	-	-	-
- cours sur deux jours	18/60	30.0	-	-	-	-
- cours interactif sur Internet	40/65	61.5	-	-	-	-
- formation en SP mono-disciplinaire (médecins)	47/70	67.1	-	-	-	-
- formation en SP pluridisciplinaire (médecins, infirmiers(ères),...)	63/80	78.7	-	-	-	-
- autre	6/34		-	-	-	-
Temps envisagé pour la formation ces prochaines années?						
- quelques heures	18/94	19.1	-	-	-	-
- 1-2 jours	49/94	52.1	-	-	-	-
- 3-4 jours	19/94	20.2	-	-	-	-
- > 4 jours	8/94	8.5	-	-	-	-

	Médecins et psychiatres 2010	%	Médecins 2000	%	Psychiatres 2000	%
Raisons pour lesquelles aucune formation n'est envisagée:						
- je n'ai pas le temps	150/335	44.8	-	-	-	-
- je ne prends pas suffisamment de patients SP en charge	300/378	79.4	-	-	-	-
- je ne suis pas intéressé(e) par ce domaine	55/328	16.8	-	-	-	-
- j'ai déjà suivi une ou plusieurs formation(s) SP	57/324	17.6	-	-	-	-
- je peux faire appel à l'équipe mobile SP en cas de besoin	270/359	75.2	-	-	-	-
- autre (grande pratique, priorités, proche retraite, pas concerné, manque d'offres, cas rares, manque formation région lausannoise, pas de proposition de cours)	100/196		-	-	-	-
Lecture du Guide SP:						
- oui, souvent	133/576	23.1	-	-	-	-
- oui, parfois	265/576	46.0	-	-	-	-
- non, jamais	178/576	30.9	-	-	-	-
Nombre de numéros lus:						
- 1 ou 2 numéros	80/392	20.4	-	-	-	-
- entre 3 et 5	154/392	39.3	-	-	-	-
- entre 6 et 13	116/392	29.6	-	-	-	-
- je ne me souviens pas	42/392	10.7	-	-	-	-
Nombre de numéros conservés:						
- aucun	97/397	24.4	-	-	-	-
- quelques-uns	86/397	21.7	-	-	-	-
- tous	200/397	50.4	-	-	-	-
- je ne sais pas	14/397	3.5	-	-	-	-
Fréquence consultations des Guides:						
- souvent	20/396	5.0	-	-	-	-
- occasionnellement	154/396	38.9	-	-	-	-
- rarement	117/396	29.5	-	-	-	-
- jamais	105/396	26.5	-	-	-	-
Jugement Guides:						
- pas intéressants	2/397	0.5	-	-	-	-
- peu intéressants	10/397	2.5	-	-	-	-
- intéressants	212/397	53.4	-	-	-	-
- très intéressants	150/397	37.8	-	-	-	-
- je ne sais pas	23/397	5.8	-	-	-	-
Les guides ont-ils:						
- permis d'améliorer les connaissances	336/389	86.4	-	-	-	-
- modifié la pratique	156/377	41.4	-	-	-	-

	Médecins et psychiatres		Médecins		Psychiatres	
	2010	%	2000	%	2000	%
Guide jugé:						
- bien structuré	347/355	97.7	-	-	-	-
- formulé de manière lisible	350/356	98.3	-	-	-	-
- aisé d'accès avec une information facile à trouver	318/356	89.3	-	-	-	-
- trop vulgarisé	18/343	5.2	-	-	-	-
- trop complexe	22/345	6.4	-	-	-	-
Poursuite du projet de Guides:	338/364	92.9	-	-	-	-
Sujets à aborder plus souvent dans le Guide:						
- oui	39/373	10.5	-	-	-	-
- non	100/373	26.8	-	-	-	-
- je ne sais pas	234/373	62.7	-	-	-	-
Lisez-vous le Palliative Flash:						
- oui, souvent	37/564	6.6	-	-	-	-
- oui, parfois	80/564	14.2	-	-	-	-
- non, jamais	447/564	79.3	-	-	-	-
Thématiques abordées dans le PF jugées:						
- pas intéressantes	0/116	0	-	-	-	-
- peu intéressantes	5/116	4.3	-	-	-	-
- intéressantes	85/116	73.3	-	-	-	-
- très intéressantes	17/116	14.7	-	-	-	-
- je ne sais pas	9/116	7.8	-	-	-	-
Sujets à aborder plus souvent dans le PF						
- oui	7/112	6.2	-	-	-	-
- non	37/112	33.0	-	-	-	-
- je ne sais pas	68/112	60.7	-	-	-	-
La lecture du PF a conduit à:						
- améliorer vos connaissances en SP	77/116	66.4	-	-	-	-
- changer votre pratique	38/111	34.2	-	-	-	-

		Médecins et psychiatres		Médecins		Psychiatres	
		2010	%	2000	%	2000	%
PARTIE CONCERNANT LES MEDECINS PRACTIQUANT DES SP (358 au total)							
Table 21: PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC SOINS PALLIATIFS							
Utilisation d'un instrument standardisé d'évaluation de la douleur	oui, pour presque tous oui, pour la plupart oui, pour certains non, (presque) jamais	38/339 62/339 105/339 134/339	11.2 18.3 31.0 39.5	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
Outils d'auto-évaluation:	(presque) toujours souvent parfois, rarement (presque) jamais	60/199 82/199 47/199 10/199	30.1 41.2 23.6 5.0	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
Outils d'hétéro-évaluation:	(presque) toujours souvent parfois, rarement (presque) jamais	29/185 50/185 59/185 47/185	15.7 27.0 31.9 25.4	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
Nb de patients avec SP en 2010:							
- 0		29/343	8.4	-	-	-	-
- 1 à 5		149/343	43.4	-	-	-	-
- 6 à 10		68/343	19.8	-	-	-	-
- 11 à 20		30/343	8.7	-	-	-	-
- > 20		55/343	16.0	-	-	-	-
- je ne sais pas		12/343	3.5	-	-	-	-
Pratique SP en 2010:							
- affections oncologiques		210/303	69.3	-	-	-	-
- insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale ou autres atteintes d'organes		89/293	30.4	-	-	-	-
- SIDA		5/283	1.8	-	-	-	-
- Alzheimer et autres démences		103/293	35.1	-	-	-	-
- autres affections neurologiques dégénératives (sclérose latérale amyotrophique, sclérose		39/292	13.4	-	-	-	-
- affections rhumatismales		34/288	11.8	-	-	-	-
- autre (affections vasculaires, handicap mental, malvoyance, pathologies psy, fin de vie, anorexie terminale, personnes très âgées, troubles métaboliques)		9/133		-	-	-	-
Changement administration des opiacés ces derniers années:		134/336	39.9	-	-	-	-

	Médecins et psychiatres		Médecins		Psychiatres	
	2010	%	2000	%	2000	%
Difficultés rencontrées:						
- rémunération	44/324	13.6	62/549	11.3	9/145	6.2
- temps	171/330	51.8	190/549	34.6	26/145	17.9
- épuisement professionnel	66/328	20.1	49/549	8.9	7/145	4.8
- perturbations de l'organisation du cabinet	94/329	28.6	-	-	-	-
- coordination des interventions	121/324	37.3	-	-	-	-
- incompréhension des professionnels	24/325	7.4	-	-	-	-
- incompréhension des proches	33/324	10.2	-	-	-	-
- besoins psychosociaux de l'entourage	114/325	35.1	-	-	-	-
- manque de compétences en matière de SP	50/326	15.3	-	-	-	-
- autre (manque de lits, peu de SP, spirituel, problèmes avec assurances, demandes de	7/105		32/549		-	
Table 22: COLLABORATIONS AVEC LES AUTRES PARTENAIRES DU RESEAU						
Appel EMSP						
oui, y compris en 2010	166/346	48.0	-	-	-	-
oui, mais avant 2010	72/346	20.8	-	-	-	-
non	108/346	31.2	-	-	-	-
L'EMSP a évité une hospitalisation en urgence						
souvent	37/158	23.4	-	-	-	-
parfois	57/158	36.1	-	-	-	-
rarement	15/158	9.5	-	-	-	-
jamais	49/158	31.0	-	-	-	-
L'EMSP a prolongé le maintien à domicile						
souvent	66/161	41.0	-	-	-	-
parfois	56/161	34.8	-	-	-	-
rarement	16/161	9.9	-	-	-	-
jamais	23/161	14.3	-	-	-	-
Satisfaction EMSP						
(presque) toujours	114/163	69.9	-	-	-	-
souvent	40/163	24.5	-	-	-	-
parfois, rarement	9/163	5.5	-	-	-	-
(presque) jamais	0/163	0	-	-	-	-
Pas de contact avec l'EMSP: raisons						
- peu de patients SP	80/98	81.6	-	-	-	-
- je gère moi-même les prises en charge avec SP	47/96	49.0	-	-	-	-
- je ne connais pas l'EMSP ou son fonctionnement	29/91	31.9	-	-	-	-
- je fais appel à d'autres ressources (hôpital, CMS, médecins, psy, associations, centre douleur, CTR, Rive Neuve, réseau)	31/88	35.2	-	-	-	-
- crainte que cela ne prenne trop de temps	7/91	7.7	-	-	-	-
- autre (multiplie les intervenants, collabore avec CMS, CHUV, peu utile, demandes refusées pour les patients psy)	12/35		-	-	-	-

	Médecins et psychiatres 2010	%	Médecins 2000	%	Psychiatres 2000	%
Renfort EMSP						
- conseils thérapeutiques par tél	133/287	46.3	-	-	-	-
- conseils thérapeutiques en présence du patient	104/283	36.7	-	-	-	-
- consultations au cabinet	73/279	26.2	-	-	-	-
- aide à l'orientation dans le réseau	138/281	49.1	-	-	-	-
- accès facilité aux unités SP	154/281	54.8	-	-	-	-
- disponibilité les nuits	125/282	44.3	-	-	-	-
- disponibilité les week-ends	157/283	55.5	-	-	-	-
- diminution du délai de réponse et d'intervention	108/277	39.0	-	-	-	-
- clarification du rôle des intervenants	119/284	41.9	-	-	-	-
- avantage de prise en charge complète (1ère ligne)	97/286	33.9	-	-	-	-
- autre (dans l'idéal tout doit être renforcé, augmentation de la communication, handicap mental, meilleure disponibilité)	21/113		-	-	-	-
Collaborations avec les autres partenaires en 2010						
- CMS	249/323	77.1	-	-	-	-
- autres médecins installés (anesthésiste, généraliste, neurologue, oncologue, psy, antalgie,	115/293	39.2	-	-	-	-
- CTR généraliste	98/294	33.3	-	-	-	-
- CTR unité de SP	155/297	52.2	-	-	-	-
- hôpital	136/209	65.1	-	-	-	-
- cliniques privées	54/198	27.3	-	-	-	-
- EMS court séjour	161/308	52.3	-	-	-	-
- unité d'accueil temporaire en EMS (UAT)	106/303	35.0	-	-	-	-
- ligue vaudoise contre le cancer	42/300	14.0	-	-	-	-
- association de bénévoles	72/301	23.9	-	-	-	-
- équipe mobile de psychogériatrie	129/309	41.7	-	-	-	-
- autre (CHUV, équipe mobile de psychogériatrie, infirmière indépendante, Rive-Neuve, unité de malvoyants, UMSP, ASCOR, EMS long séjour, hôpital de jour)	14/141		-	-	-	-
Satisfaction collaborations en 2010						
(presque) toujours	136/321	42.4	-	-	-	-
souvent	127/321	39.6	-	-	-	-
parfois, rarement	9/321	2.8	-	-	-	-
(presque) jamais	1/321	0.3	-	-	-	-
pas de collaboration	48/321	14.9	-	-	-	-

	Médecins et psychiatres 2010	%	Médecins 2000	%	Psychiatres 2000	%
Renfort collaborations						
- CMS	145/275	52.7	-	-	-	-
- autres médecins installés (généraliste, oncologue, psychogériatre, ophtalmologue, consultation douleur)	59/245	24.1	-	-	-	-
- CTR généraliste	82/257	31.9	-	-	-	-
- CTR unité de SP	117/260	45.0	-	-	-	-
- hôpital	134/265	50.6	-	-	-	-
- cliniques privées	74/255	29.0	-	-	-	-
- EMS court séjour	127/263	48.3	-	-	-	-
- unité d'accueil temporaire en EMS (UAT)	93/259	35.9	-	-	-	-
- ligue vaudoise contre le cancer	71/248	28.6	-	-	-	-
- association de bénévoles	98/249	39.4	-	-	-	-
- équipe mobile de psychogériatrie	98/255	38.4	-	-	-	-
- autre (bénéficiaire de lits d'urgence, psychiatrie infantile et adulte, équipe nutrition à domicile)	16/147		-	-	-	-
Appui ou ressources supplémentaires:	141/324	43.5	57/257	22.2		
- aide au soutien psychologique du patient et/ou de l'entourage	72/126	57.1	-	-	-	-
- aide au soutien social du patient et/ou de l'entourage	87/127	68.5	-	-	-	-
- aide au soutien spirituel du patient et/ou de l'entourage	65/125	52.0	-	-	-	-
- informations sur les possibilités offertes par le réseau	88/130	67.7	-	-	-	-
- développement des possibilités d'hospitalisation à domicile	95/131	72.5	-	-	-	-
- davantage d'accès aux:	35/123	28.5	-	-	-	-
1) lits A	70/130	53.8	-	-	-	-
2) lits B	82/131	62.6	-	-	-	-
3) lits C	90/129	69.8	-	-	-	-
4) lits d'unités	62/128	48.4	-	-	-	-
- appui, conseil pour la gestion des symptômes	57/130	43.8	-	-	-	-
- appui, conseil concernant une dimension éthique			-	-	-	-
- autre (lits USP, manque de moyens des CMS, nutrition, encourager EXTI, éthique, assurances, accessibilité téléphonique, supervision par une personne neutre)	6/55		-	-	-	-

	Médecins et psychiatres 2010	%	Médecins 2000	%	Psychiatres 2000	%
Table 23: ASPECTS FINANCIERS						
Lacunes financières	106/313	33.9	65/220	29.6	-	-
- limitations du Tarmed:						
1. temps de prestations au patient facturable	67/98	68.4	-	-	-	-
2. temps de coordination facturable	69/95	72.6	-	-	-	-
3. temps de déplacements facturable	53/95	55.8	-	-	-	-
- financement des veilles	73/97	75.3	-	-	-	-
- financement du matériel et moyens auxiliaires nécessaires aux SP	59/93	63.4	-	-	-	-
- financement des séjours en:						
1. lits A	34/85	40.0	-	-	-	-
2. lits B	43/86	50.0	-	-	-	-
3. lits C	38/85	44.7	-	-	-	-
4. cliniques privées	42/83	50.6	-	-	-	-
- autre (expertises non remboursées, limites lors du maintien à domicile, prise en charge médicaments)	5/33		-	-	-	-
Table 24: EVALUATION GLOBALE						
Bilan 10 ans						
amélioration	222/326	68.1	-	-	-	-
statu quo	36/326	11.0	-	-	-	-
détérioration	4/326	1.2	-	-	-	-
je ne sais pas	64/326	19.6	-	-	-	-
Amélioration pour les catégories de patients suivantes:						
- affection oncologique	207/213	97.2	-	-	-	-
- insuffisance respiratoire, cardiaque, rénale...	136/188	72.3	-	-	-	-
- Alzheimer et autres démences	148/194	76.3	-	-	-	-
- affections neurologiques	139/182	76.4	-	-	-	-
- autre (affections rhumatismales, oncologie pédiatrique, patients psychiatriques)	12/73		-	-	-	-
Amélioration attribuable aux nouvelles ressources:						
- équipe mobile	184/204	90.2	-	-	-	-
- lits hospitaliers de SP	155/198	78.3	-	-	-	-
- formations en SP	151/193	78.2	-	-	-	-
- matériel distribué (Guides, Palliative Flash)	156/196	79.6	-	-	-	-
- financement	51/166	30.7	-	-	-	-
- autre (amélioration des connaissances et des traitements, prise de conscience, formations intervenants, info public)	11/73		-	-	-	-

Table 25: Personnes formées dans les établissements (sans les doublons)

EMS - Lits C		N total profession	Information manquante	Dont personnes formées			Dont sans formation en SP
N étab	N total profession			A	B	C	
a.	médecin	54/29	10/54	14/54	2/54		28/54
b.	infirmier(ère)	230/47	29/230	73/230	36/230	2/230	90/230
c.	infirmier(ère) assistant(e) / ASSC	104/29	14/104	40/104	4/104		46/104
d.	aide soignant(e) / auxiliaire de santé	776/36	224/776	179/776			373/776
e.	ergothérapeute, physiothérapeute, autres thérapeutes	19/19	4/19	4/19			11/19
f.	psychologue	2/11					2/2
g.	aumônier	26/21	11/26	5/26	1/26		9/26
h.	assistant(e) social(e)	2/12	1/2				1/2
i.	bénévole	46/16	17/46	5/46	1/46		23/46
j.	veilleur	131/26	33/131	29/131			69/131
k.	stagiaire, apprenti	19/14	5/19	2/19			12/19
l.	personnel non-soignant (administratif, de ménage, d'animation)	430/28	58/430	79/430	1/430		292/430
m.	autre	10/8	1/10	7/10	2/10		

CMS		N total profession	Information manquante	Dont personnes formées			Dont sans formation en SP
N étab	N total profession			A	B	C	
a.	infirmier(ère)	310/27	43/310	18/310	140/310		109/310
b.	infirmier(ère) assistant(e) / ASSC	39/15	10/39	1/39	1/39		27/39
c.	aide soignant(e) / auxiliaire de santé (aide familiale)	518/23	70/518	72/518			376/518
d.	ergothérapeute, physiothérapeute, autres thérapeutes	22/13	5/22				17/22
e.	assistant(e) social(e)	22/13	5/22				17/22
f.	stagiaire, apprenti	7/5	3/7				4/7
g.	autre	21/39	11/21	1/21			9/21

ESE		N étab	N total profession	Information manquante	Dont personnes formées			Dont sans formation en SP
					A	B	C	
a.	médecin	2/14	2/2	1/2			1/2	
b.	infirmier(ère)	6/14	15/6	11/15	1/15	3/15		
c.	infirmier(ère) assistant(e) / ASSC	1/14	1/1			1/1		
d.	aide soignant(e) / auxiliaire de santé	0/14						
e.	équipe éducative	7/14	342/7	180/342	56/342	12/342	94/342	
f.	ergothérapeute, physiothérapeute, autres thérapeutes	4/14	34/4	18/34	4/34		12/34	
g.	psychologue	1/14					1/1	
h.	aumônier	1/14						
i.	assistant(e) social(e)	1/14	2/1				2/2	
j.	veilleur	3/14	35/3	31/35			4/35	
k.	stagiaire, apprenti	1/14	23/1				23/23	
l.	personnel non-soignant (administratif, de ménage, d'animation)	3/14	41/3	3/41	7/41		31/41	
m.	autre	3/14	5/3		1/5		4/5	

Hôpitaux		N étab	N total profession	Information manquante	Dont personnes formées			Dont sans formation en SP
					A	B	C	
a.	médecin	10/42	95/10	26/95	1/95	27/95	41/95	
b.	infirmier(ère)	13/42	175/13	63/175	33/175	20/175	57/175	
c.	infirmier(ère) assistant(e) / ASSC	6/42	26/6	10/26	5/26		11/26	
d.	aide soignant(e) / auxiliaire de santé	8/42	61/8	16/61	29/61		16/61	
e.	ergothérapeute, physiothérapeute, autres thérapeutes	7/42	32/7	2/32	6/32	1/32	23/32	
f.	psychologue	4/42	9/4	2/9		1/9	6/9	
g.	aumônier	5/42	5/5	2/5		2/5	1/5	
h.	assistant(e) social(e)	2/42	6/2	1/6			5/6	
i.	bénévole	3/42	32/3		28/32	1/32	3/32	
j.	veilleur	3/42	26/3		7/26		19/26	
k.	stagiaire, apprenti	2/42	4/2		2/4		2/4	
l.	personnel non-soignant (administratif, de ménage, d'animation)	2/42	22/2		12/22		10/22	
m.	autre	4/42	16/4		1/16	1/16	14/16	

Table 26: ANALYSE PAR RESEAUX, RESULTATS SIGNIFICATIFS

	Ouest (ARC)		Centre (ARCOS)		Est (ASCOR)		Nord		chi2
	%	(N=)	%	(N=)	%	(N=)	%	(N=)	
EMS									
Ressources et structures aptes à répondre aux besoins en SP:									
Oui	65.2	(N=23)	58.7	(N=46)	58.6	(N=29)	28.0	(N=25)	0.035
Non	34.8		41.3		41.4		72.0		
Personne ressource en SP:									
Oui	73.9	(N=23)	93.3	(N=45)	64.3	(N=28)	60.0	(N=25)	0.004
Non	26.1		6.7		35.7		40.0		
Activités de développement des SP dans l'établissement:									
Oui	82.6	(N=23)	76.1	(N=46)	65.5	(N=29)	40.0	(N=25)	0.006
Non	17.4		23.9		34.5		60.0		
Groupe de travail ou comité de pilotage pour le développement et l'évolution des SP:									
Oui	23.8	(N=21)	23.3	(N=43)	25.0	(N=28)	33.3	(N=24)	0.045
Non	28.6		44.2		64.3		54.2		
En cours de création	47.6		32.6		10.7		12.5		
CMS									
Définition des SP, inscrite ou non dans une charte:									
Oui	100.0	(N=7)	35.0	(N=20)	NI		NI	(N=12)	0.000
Non	0.0		65.0		NI		100.0		
Mention des SP dans une charte ou autre document:									
Oui	0	(N=7)	75.0	(N=20)	NI		100.0	(N=12)	0.000
Non	100.0		25.0		NI		0		
Ressources et structures aptes à répondre aux besoins en SP:									
Oui	100.0	(N=7)	80.0	(N=20)	NI		8.3	(N=12)	0.000
Non	0		20.0		NI		91.7		
Groupe de travail ou comité de pilotage pour le développement et l'évolution des SP:									
Oui	100.0	(N=7)	85.0	(N=20)	NI		75.0	(N=12)	0.045
Non	0		15.0		NI		0		
En cours de création	0		0		NI		25.0		
MEDECINS									
Prise en charge de patients avec SP:									
Oui, souvent	31.3	(N=131)	19.6	(N=230)	30.0	(N=110)	43.0	(N=93)	0.000
Oui, parfois ou rarement	29.0		48.7		36.4		38.7		
Non	39.7		31.7		33.6		18.3		
Fait appel à l'EMSP en 2010:									
Oui	58.2	(N=67)	38.6	(N=140)	60.3	(N=68)	44.3	(N=70)	0.006
Non	41.8		61.4		39.7		55.7		

NI: non inclus car un seul questionnaire rempli pour les CMS du réseau EST

Table 27: Sujets à aborder dans le Guide SP et le Palliative Flash

<p>Médecins: sujets à aborder dans le Guide SP</p> <p><u>Spiritualité, philosophie, psychologie</u></p> <p>Spiritualité</p> <p>Approfondissement des questions philosophiques et spirituelles des SP.</p> <p>Philosophie/ spiritualité/ sociologie politique --> meilleure prise en charge dans les hôpitaux. PLUS de lits!!!</p> <p>Accompagnement psychologique des plus de 80 ans</p> <p>Spiritualité, voire philosophie et choix de vie personnels.</p>
<p><u>Pédiatrie</u></p> <p>Pédiatrie, aspects pédiatriques spécifiques</p> <p>Plus de sujets pédiatriques ou parfois un guide uniquement pédiatrique.</p>
<p><u>Ethique</u></p> <p>Des questions d'éthique et de droit.</p> <p>Directives anticipées - considérations légales + éthiques + philosophiques</p> <p>Gestion de la pluridisciplinarité. Ethique</p>
<p><u>Général</u></p> <p>Mises à jour</p> <p>Sujets généraux, plurispécialisés: médecine holistique, gériatrie holistique, pédiatrie holistique</p> <p>Actualisation des connaissances par une parution échelonnée (nouveaux médecins, nouvelles indications, nouvelles procédures,...)</p> <p>Reprise de certains sujets, parfois sous d'autres aspects.</p> <p>Actualisation des sujets déjà abordés</p> <p>Il est utile pour les praticiens d'avoir une source d'informations couvrant tout le champ des SP.</p> <p>Faire un guide synthétique qui reprennent les éléments essentiels des précédents guides sous forme de take home message</p> <p>De fait je trouverais utile qu'ils soient reliés en un ouvrage compacte, (un livre)</p>
<p><u>Médication</u></p> <p>Tableau récapitulatif de la médication possible en sous-cutané/ rectal (style boîte à outils rapide)</p>
<p><u>Psychogériatrie</u></p> <p>Soins palliatifs en psychiatrie, psychogériatrie</p>
<p><u>Symptômes</u></p> <p>Dyspnée</p> <p>Prise en charge par symptômes en fin de vie (... , dyspnée,...)</p> <p>Gestion en réseau avec équipes ambulatoires et hospitalières. Plaintes somatiques et traitements symptomatiques : bouche sèche, fausses routes, hoquet, escarres, état confusionnel en fin de vie. Accès veineux et/ou sous-cutané, hydratation en phase terminale</p>
<p><u>Troubles cognitifs</u></p> <p>Problèmes pratiques de prise en charge lors de troubles du discernement.</p> <p>Gestion des troubles cognitifs, des processus décisionnels en relation avec une espérance de vie limitée (Choix de faire des investigations ou pas p ex), etc...</p>
<p><u>Autres</u></p> <p>... nutritionnel</p> <p>Problème: plus ou moins jeune en soins palliatifs./ --> EMS pas adéquat</p> <p>'ethnopaliatologie": différence de vision selon l'ethnie, les sp sont chronophages comment gérer cela?</p> <p>Collaboration avec les proches</p> <p>Colloques interactifs et réseau autour du patient</p> <p>Diabète, HTA etc..</p> <p>Grand âge et arrêt des soins curatifs</p> <p>Communication avec les proches aidants</p> <p>Pluri-disciplinarité en soins palliatifs</p> <p>Soutien aux familles avec enfants confrontées à la maladie grave de l'un de ses membres.(enfants ou parents)</p> <p>Sur toutes les nouveautés apparaissant dans le domaine médicaments, offre de lieux de soins palliatifs, etc).</p>

Médecins: sujets à aborder dans le PF

Mieux distinguer les soins palliatifs de l'euthanasie - Former les généralistes à l'euthanasie, avec un diplôme d'éthique

Agitations. Prise en charge de l'entourage

Antalgie/ Insuffisance hépatique sévère

Directives anticipées - considérations légales + éthiques + philosophiques

Directives anticipées

Update

Démence et soins palliatifs Evaluation et traitement de la douleur chez les patients porteurs de démence

Le travail multidisciplinaire

Traitement de la douleur

Hôpitaux: sujets à aborder dans le PF

Différences entre SP et soins fin de vie et soins de confort

Directives anticipées, information du patient

L'antalgie, les problèmes alimentaires, l'accompagnement des tiers

L'hypnose

La qualité relationnelle que les équipes soignantes offrent par rapport à leur idéal de soin

Revoir le contenu - provoquer la surprise, créer du changement - attirer le lecteur

Thèmes non-oncologiques c'est-à-dire insuff. cardiaque, BPCO = insuffisance respiratoire, etc.

ESE: sujets à aborder dans le PF

Des situations avec des cas de personnes en situation de handicap physique et polyhandicap, TCC, difficultés à communiquer

Soins palliatifs en milieu socio-éducatif

CMS: sujets à aborder dans le PF

- Limites des situations SP à domicile (urgences ou SP direct) - Le lien entre l'infirmière ressource et médecin traitant - Antalgie / rotation à domicile - Directives anticipées _ Hospitalisations: quel trajet suivre?

- SP/ évaluation chez client dément. - Comment aborder et encourager les clients à écrire des directives anticipées. - Comment renforcer les compétences en soins palliatifs du personnel non diplômé

Dépendance aux opiacés: questions des client -> peur

Ethique douleur, accompagnement psychologique, écoute et présence du soignant auprès de la famille,

Gestion des symptômes

Intégrer des vignettes cliniques sur la prise en charge de personnes en soins palliatifs pouvant être utilisées au CMS pour en discuter en groupe (situation emblématique)

Les dernières nouveautés en ce qui concerne les traitements médicamenteux (antalgie, application de produits par voie cutanée selon symptômes spécifiques,...)

Soins d'escarres en phase terminale

EMS: sujets à aborder dans le PF

- où est la frontière entre gériatrie et SP ? - les SP comme philosophie générale de prise en soins

Davantage d'aspect philosophique et partage d'expérience d'équipe

Souffrances psychologiques liées à des troubles de type démences psychiatriques, spécificité psychologie âge avancé

Davantage de conseils pratiques, exemples

Des problématiques concernant la psychogériatrie parce qu'on les vit

L'hydratation artificielle, les échelles de douleurs, directives anticipées

La culpabilité du soignant à ne pouvoir faire mieux, plus

La douleur, directives anticipées/dernières volontés

Les questions abordant l'accompagnement psychologique des patients, de l'entourage, les organismes existant pour soutenir après le décès, démences, soins corporels

Les soins de bouche, écoute des familles

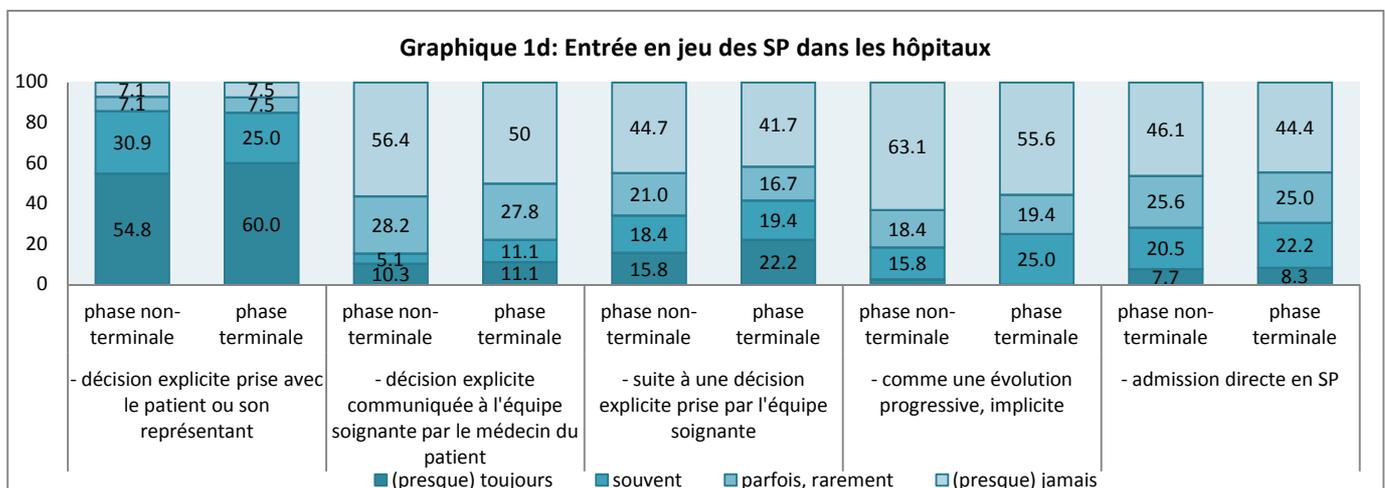
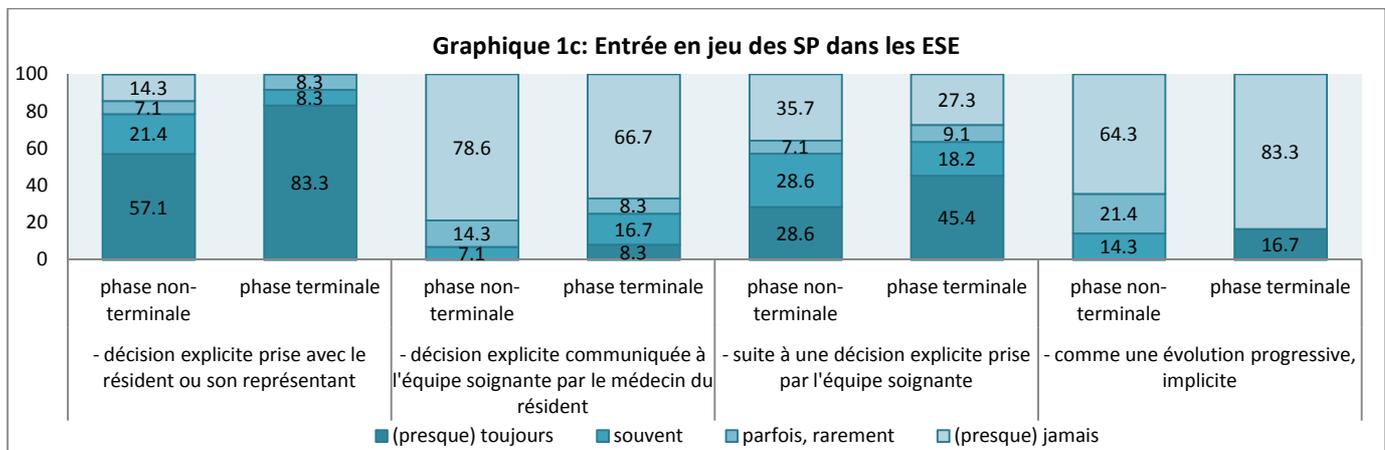
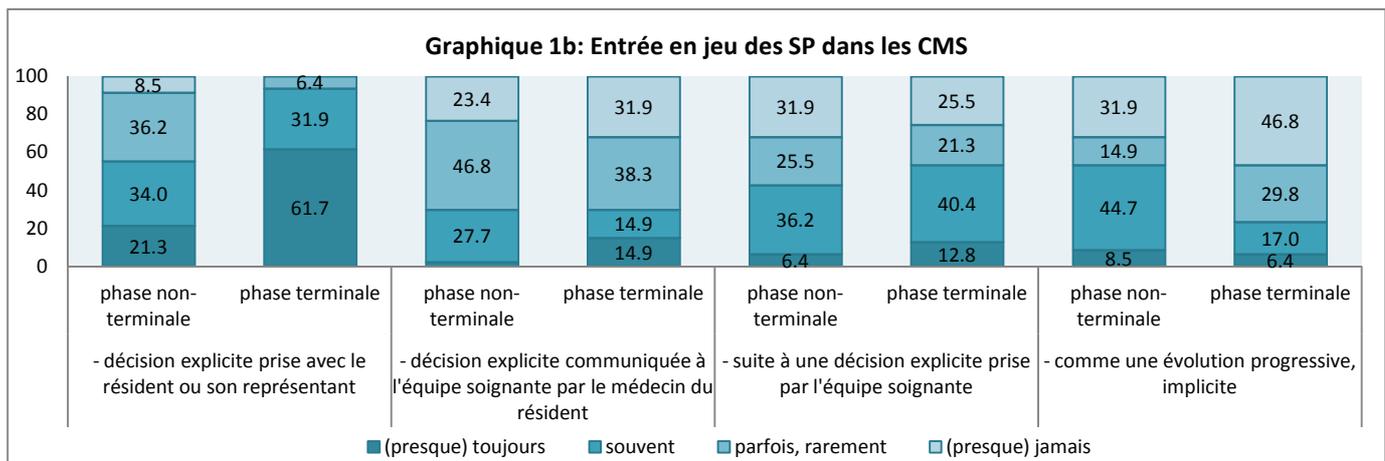
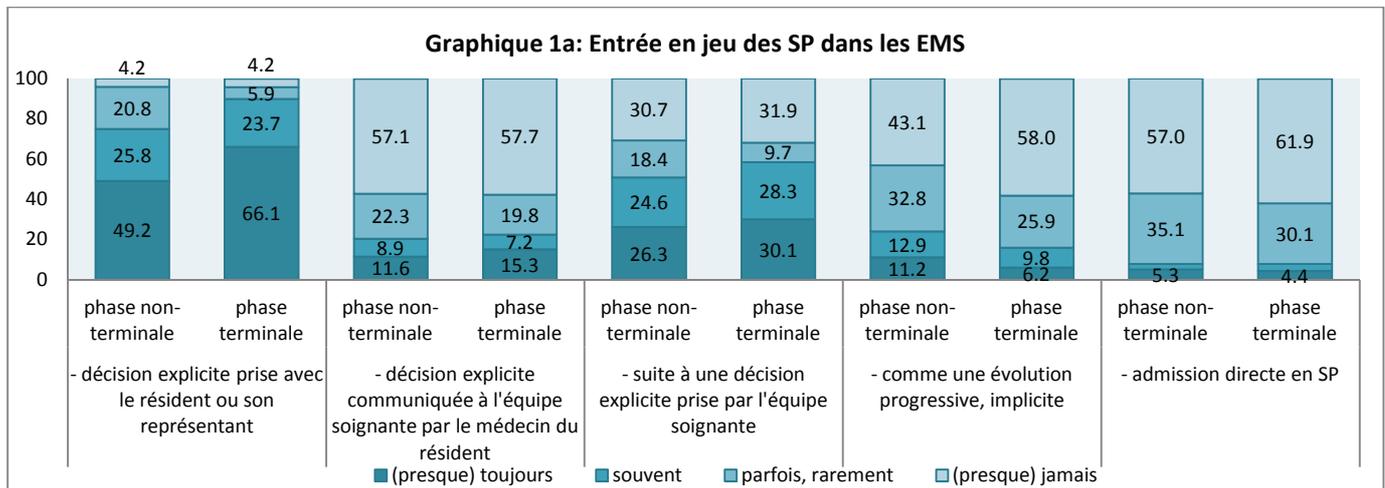
Relation avec la famille, pluridisciplinarité / communication avec les proches

Ressource du personnel après deuil

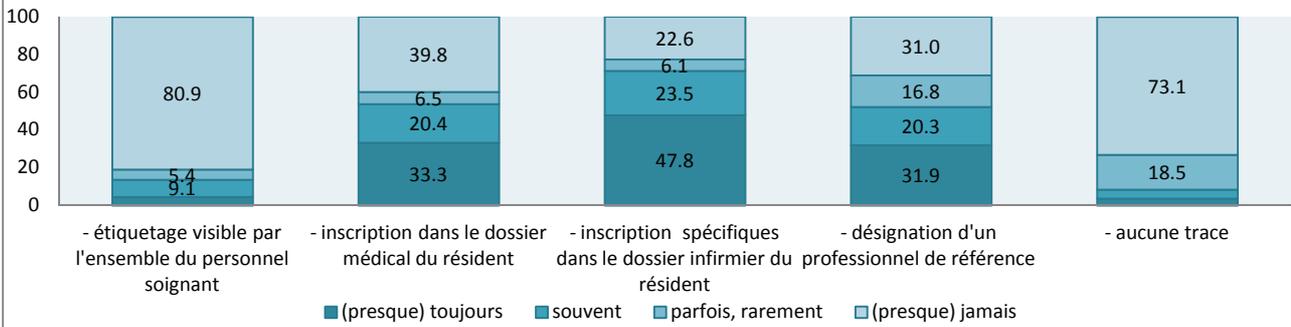
Soins palliatifs et démences, approche corporelle

Souvent spécifique (cancérologie) on pourrait peut être développer la mission psychogériatrique

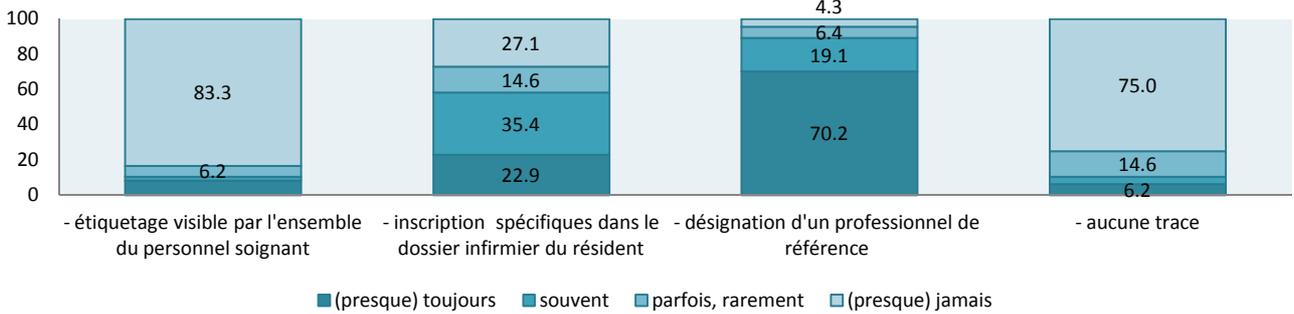
7. Graphiques



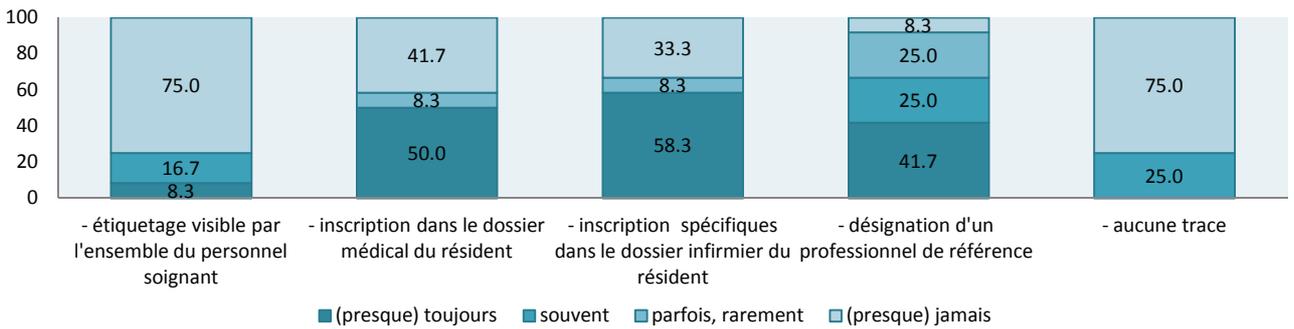
Graphique 2a: Mise en place des SP dans les EMS



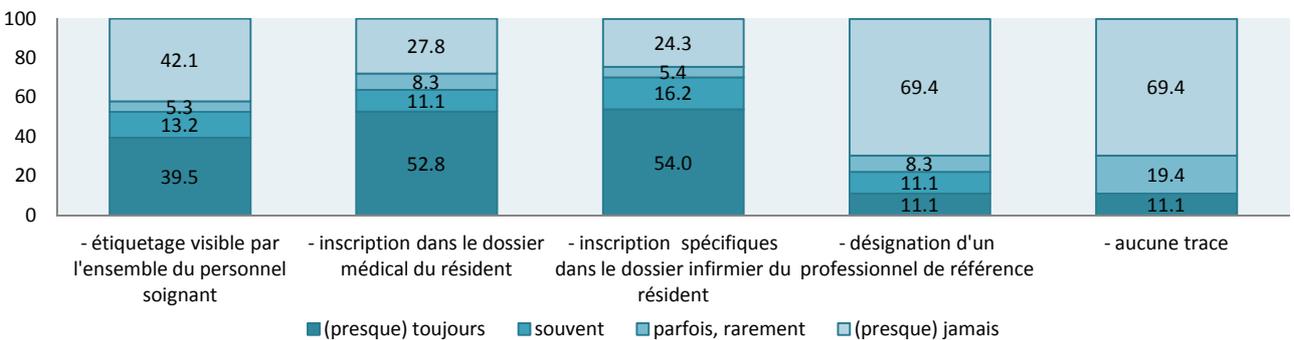
Graphique 2b: Mise en place des SP dans les CMS



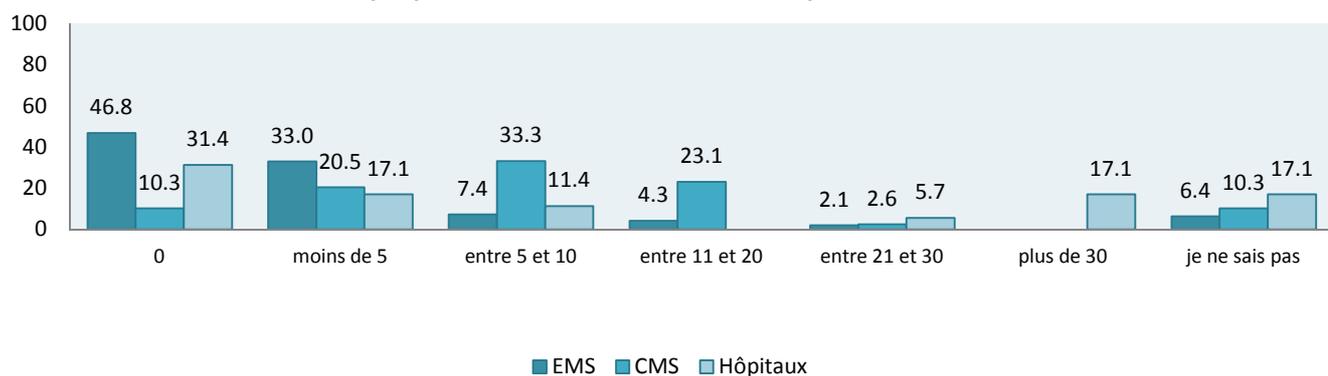
Graphique 2c: Mise en place des SP dans les ESE



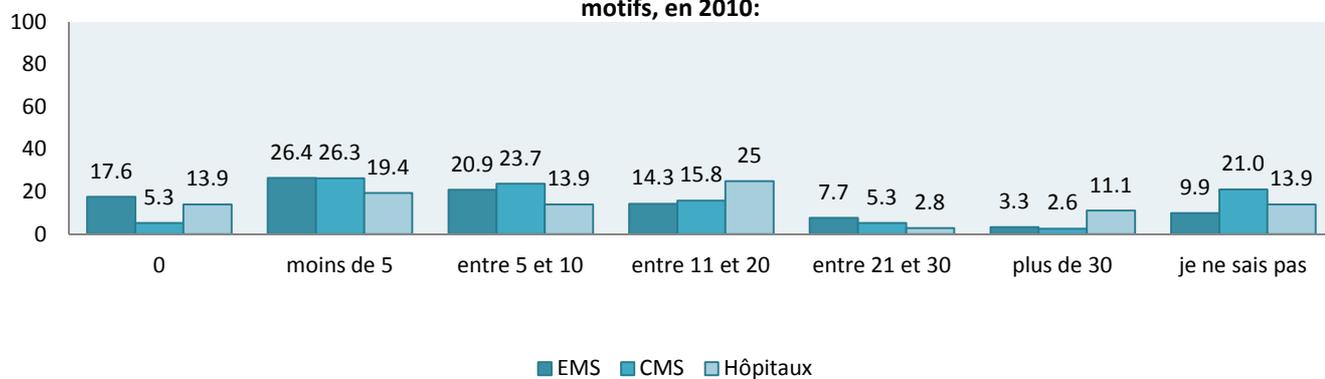
Graphique 2d: Mise en place des SP dans les hôpitaux



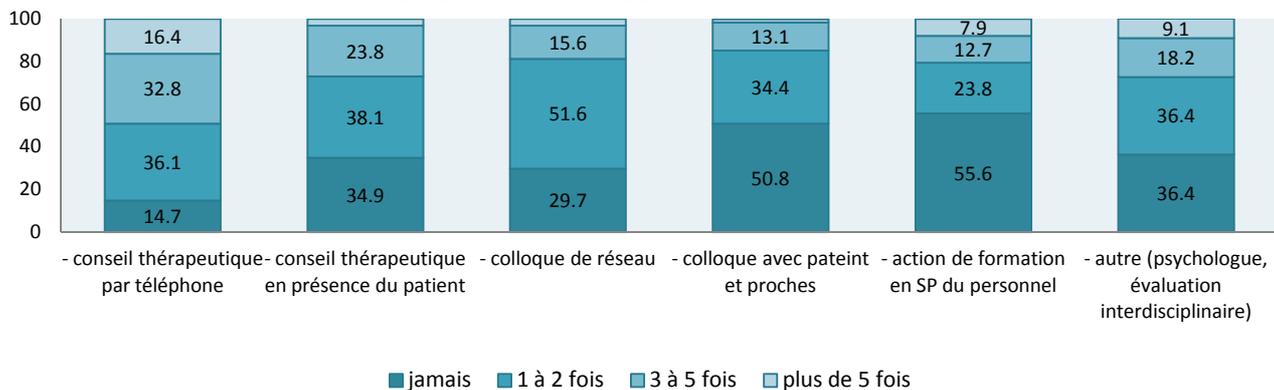
Graphique 3a: Nombre de résidents admis pour SP, en 2010:



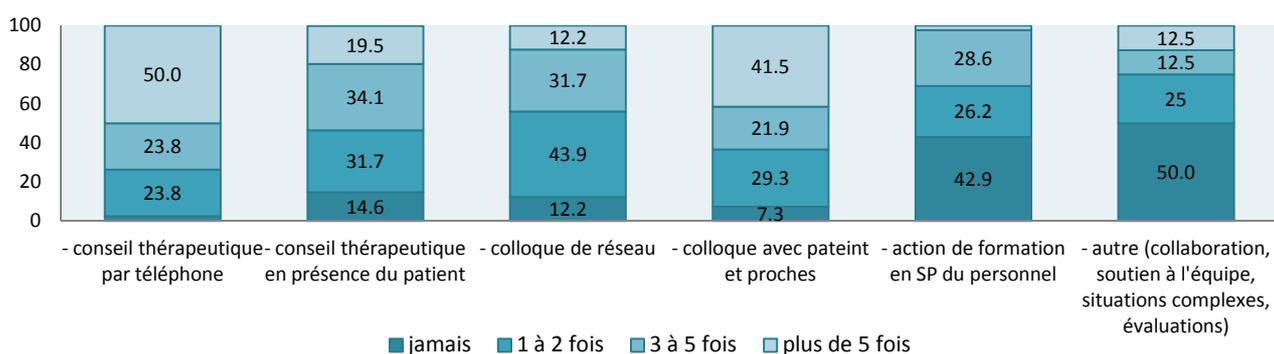
Graphique 3b: Nombre de résidents qui ont reçu des SP alors qu'ils ont été admis pour d'autres motifs, en 2010:



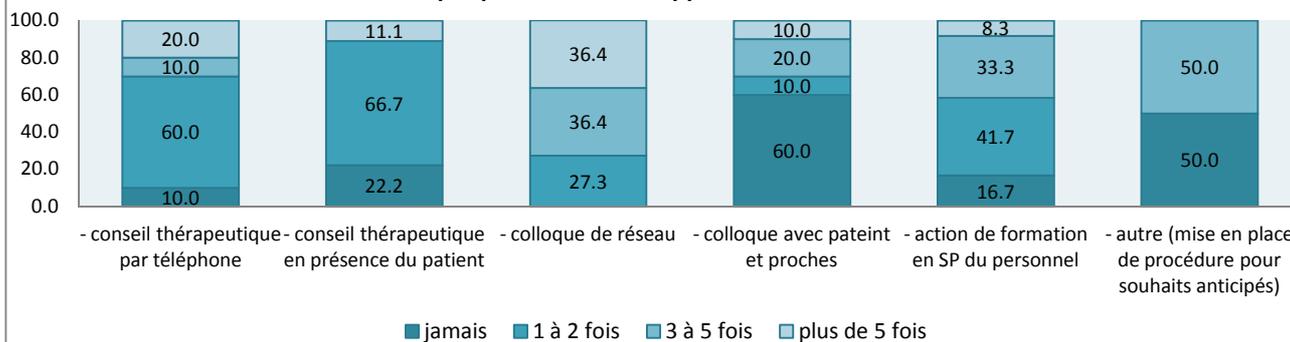
Graphique 4a: Motifs d'appel de l'EMSP en 2010 dans les EMS



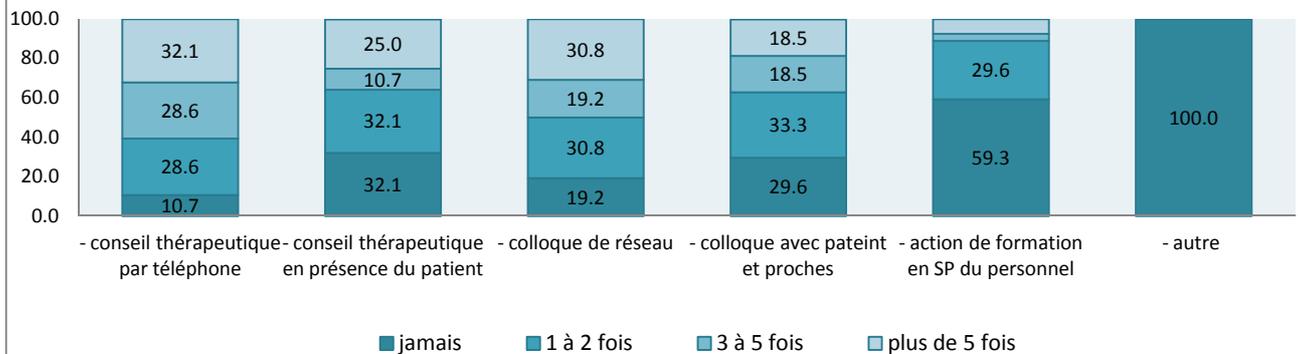
Graphique 4b: Motifs d'appel de l'EMSP en 2010 dans les CMS



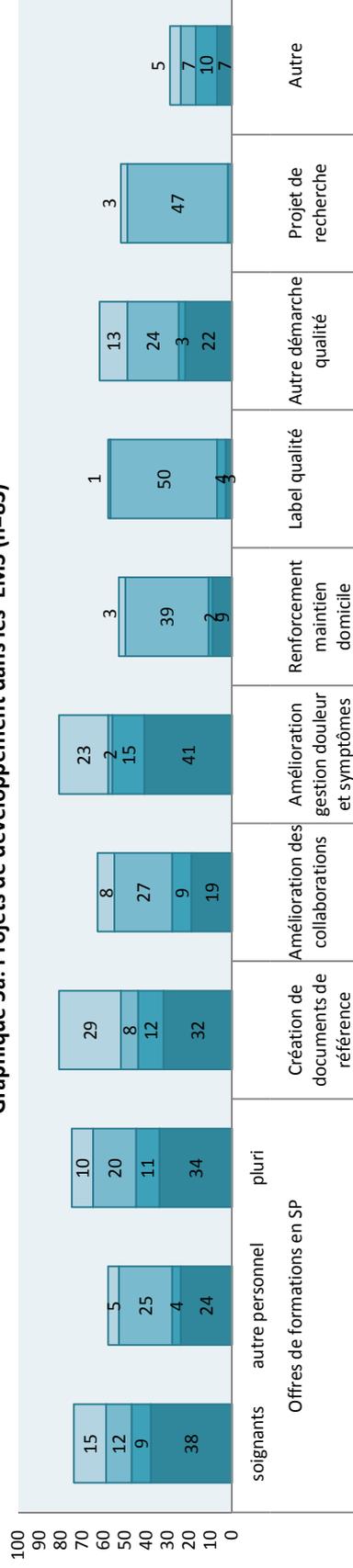
Graphique 4c: Motifs d'appel de l'EMSP en 2010 dans les ESE



Graphique 4d: Motifs d'appel de l'EMSP en 2010 dans les hôpitaux



Graphique 5a: Projets de développement dans les EMS (n=83)



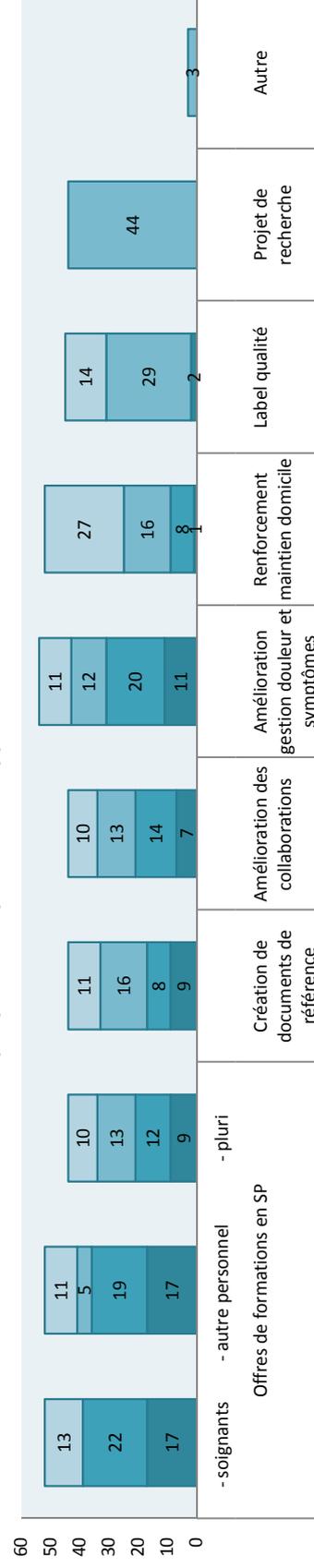
■ oui, projet initié par l'établissement

■ oui, projet en collaboration

■ non, pas de projet

■ existe déjà dans l'établissement

Graphique 5b: Projets de développement dans les CMS (n=45)



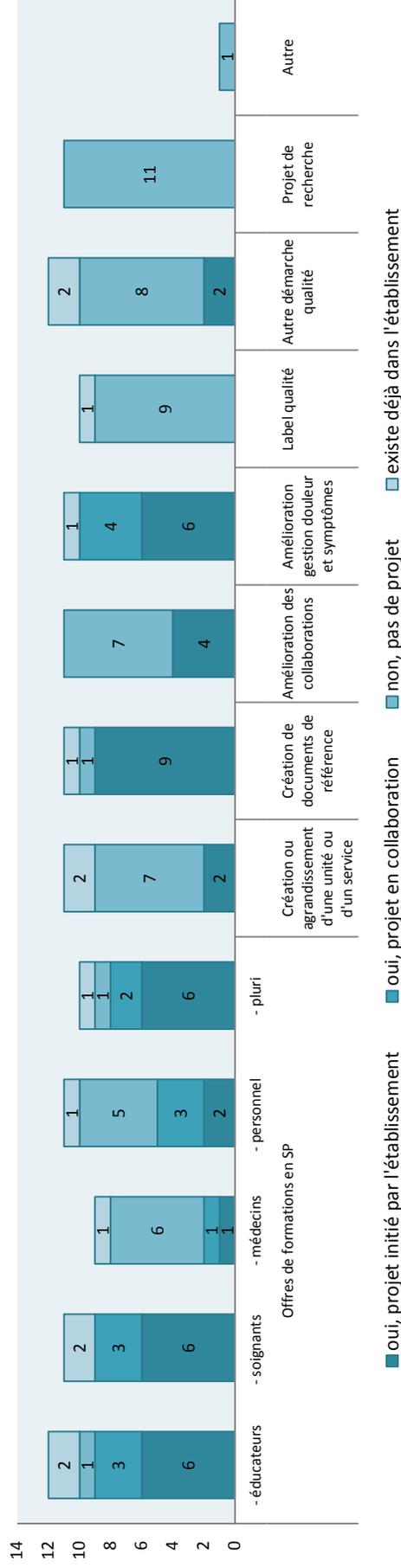
■ oui, projet initié par l'établissement

■ oui, projet en collaboration

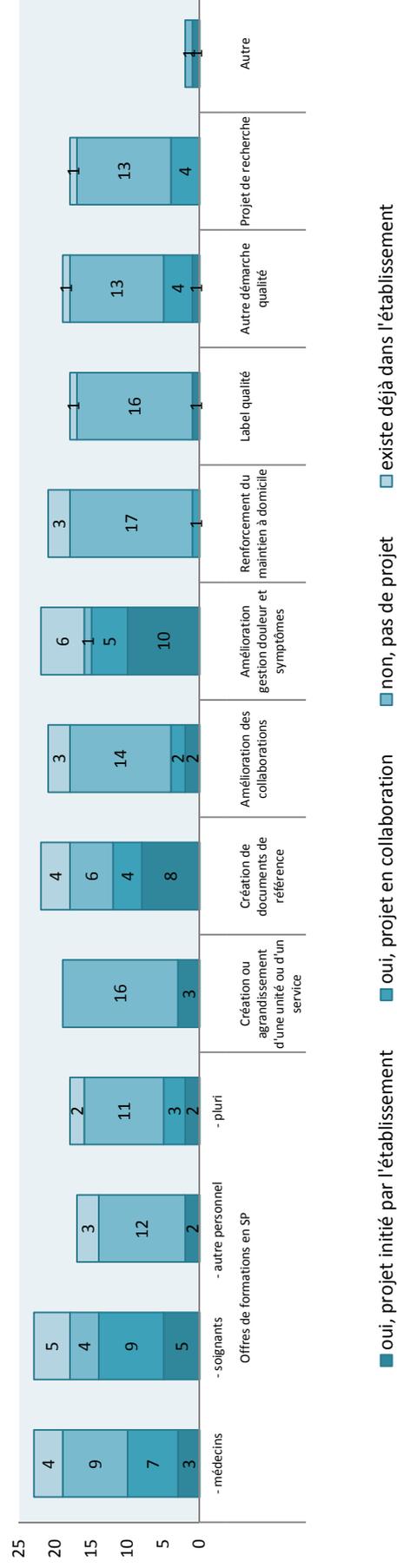
■ non, pas de projet

■ existe déjà dans l'établissement

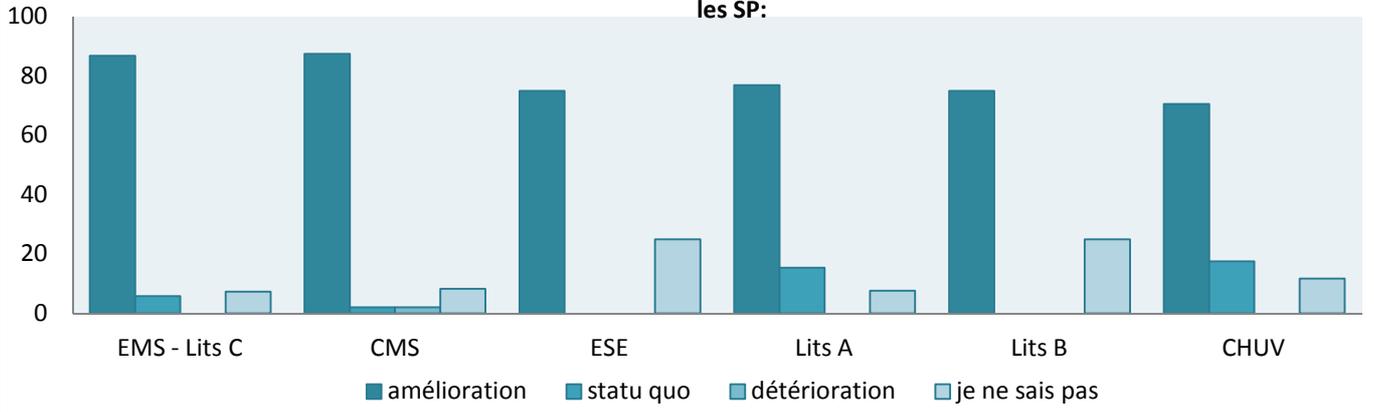
Graphique 5c: Projets de développement dans les ESE (n=12)



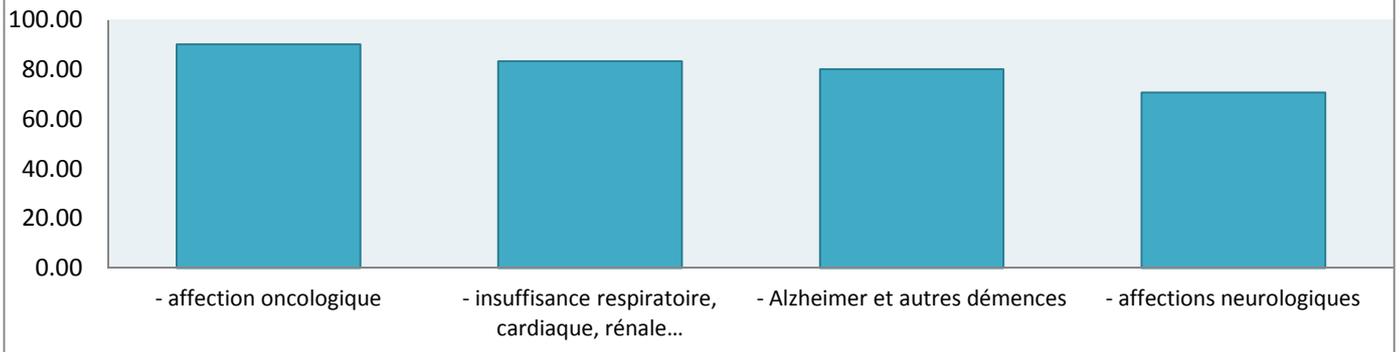
Graphique 5d: Projets de développement dans les hôpitaux (n=22)



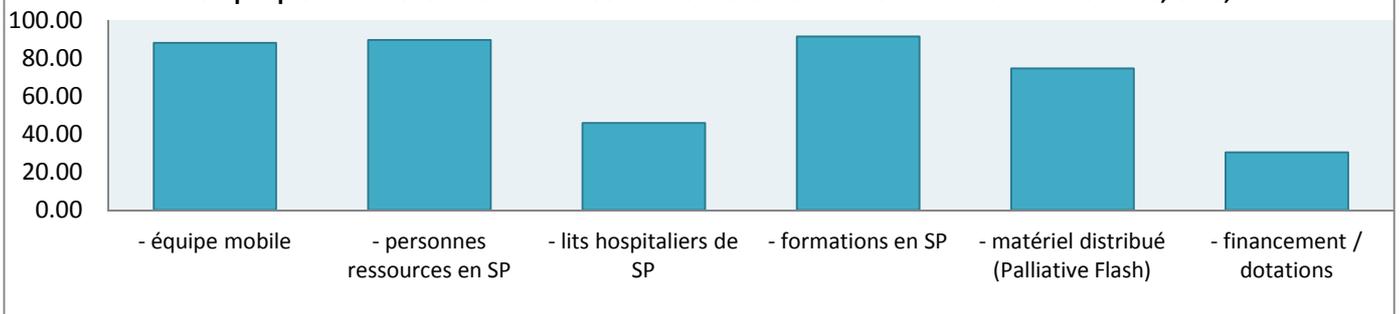
Graphique 6: Depuis 10 ans y a-t-il eu une amélioration, un statu quo ou une détérioration dans les SP:



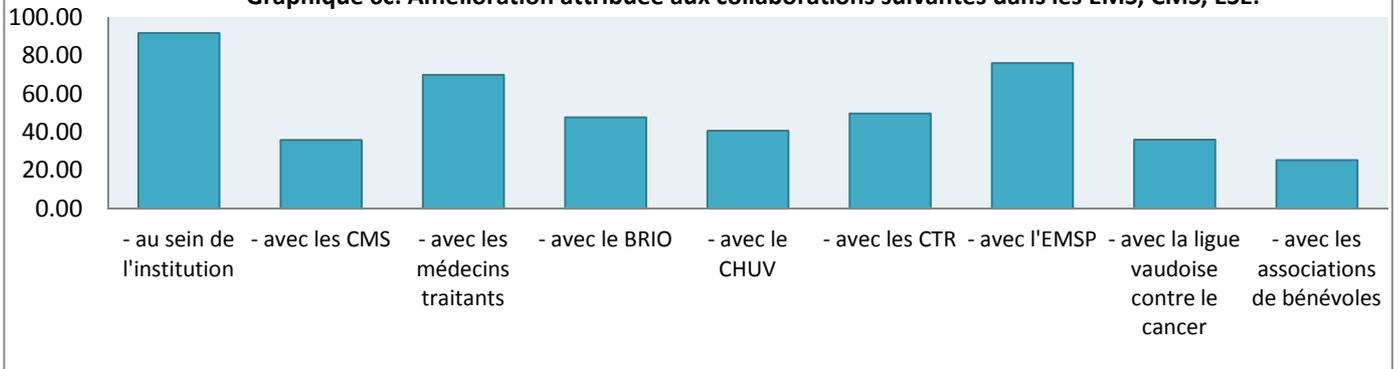
Graphique 6a: Amélioration pour les catégories de résidents suivantes dans les EMS, CMS, ESE:

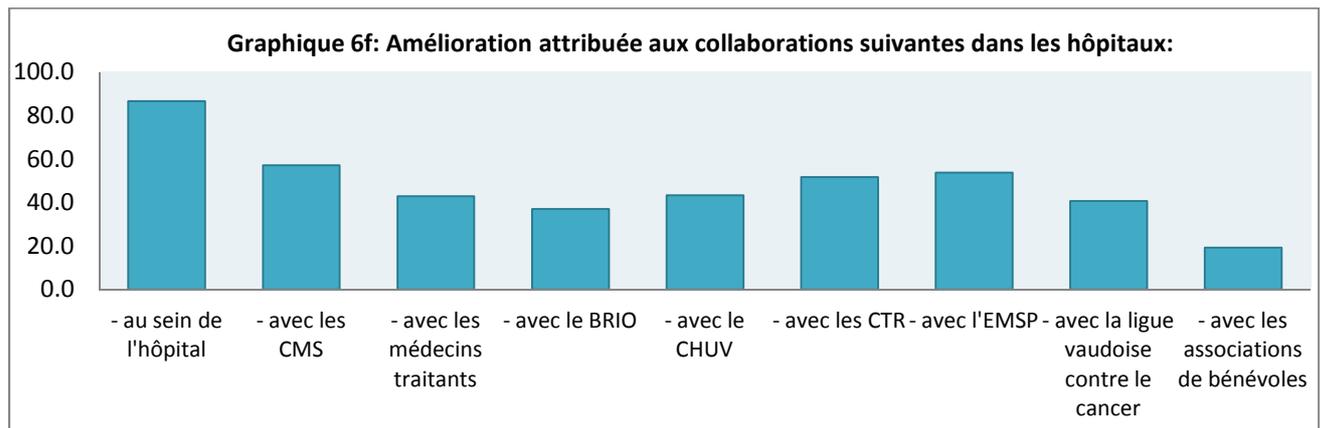
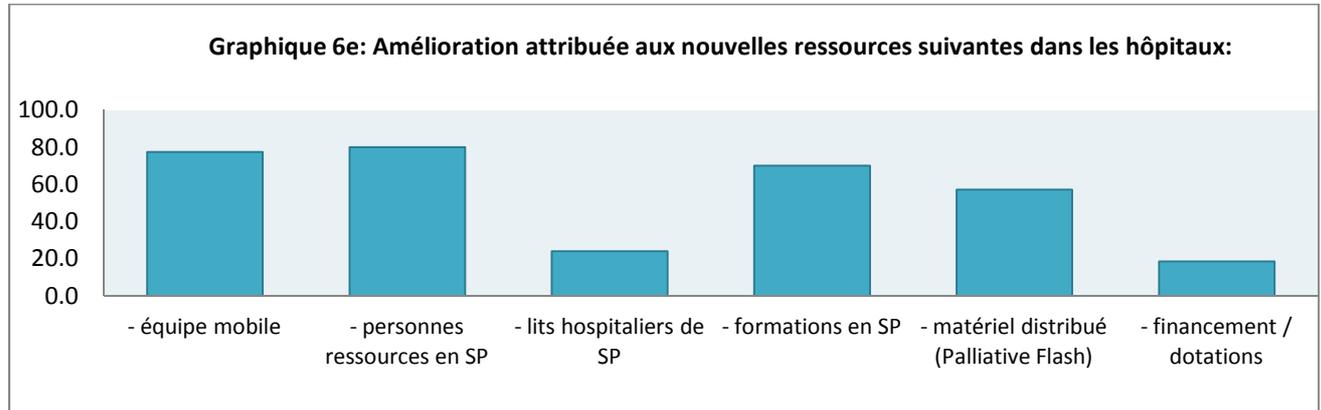
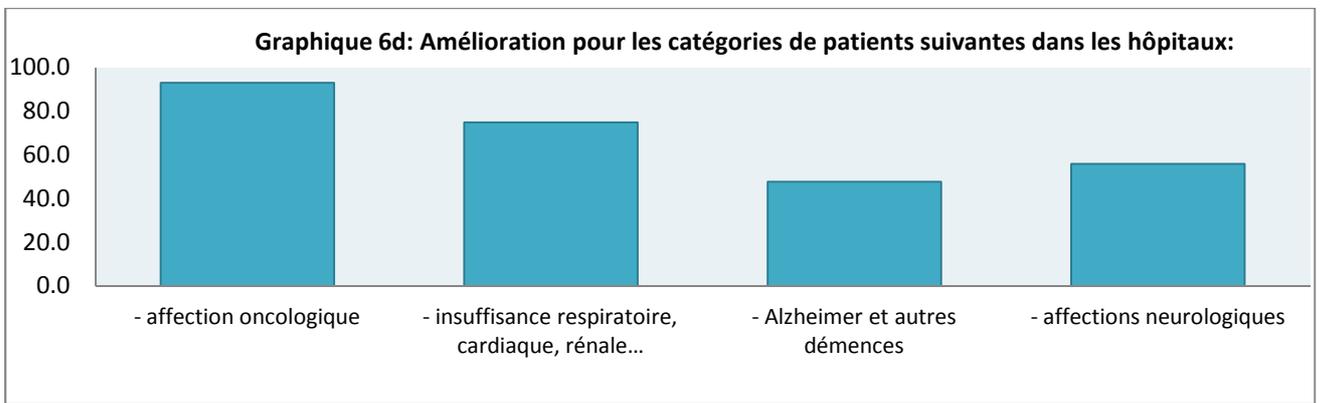


Graphique 6b: Amélioration attribuée aux nouvelles ressources suivantes dans les EMS, CMS, ESE:

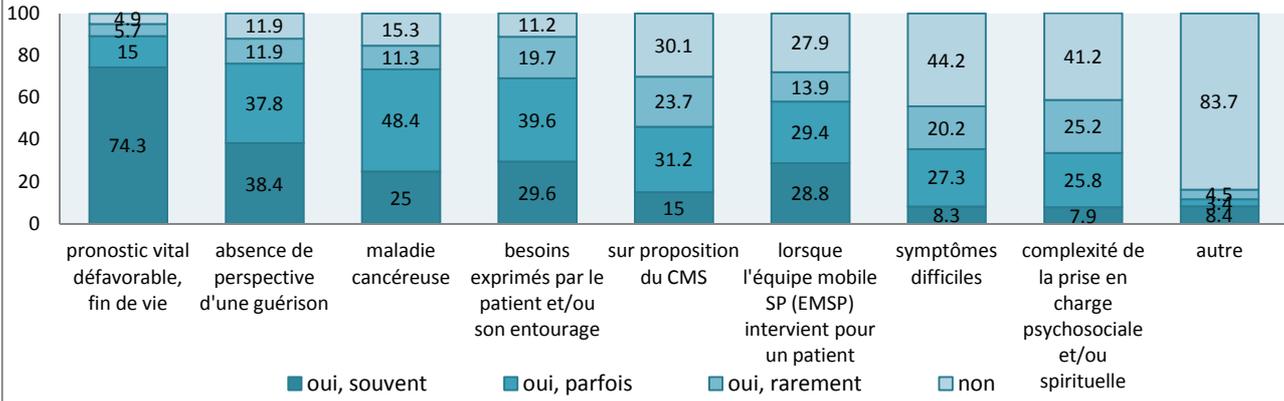


Graphique 6c: Amélioration attribuée aux collaborations suivantes dans les EMS, CMS, ESE:

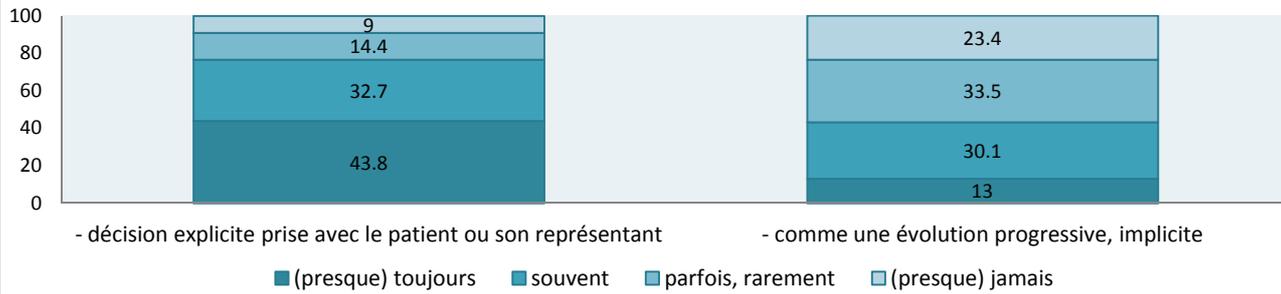




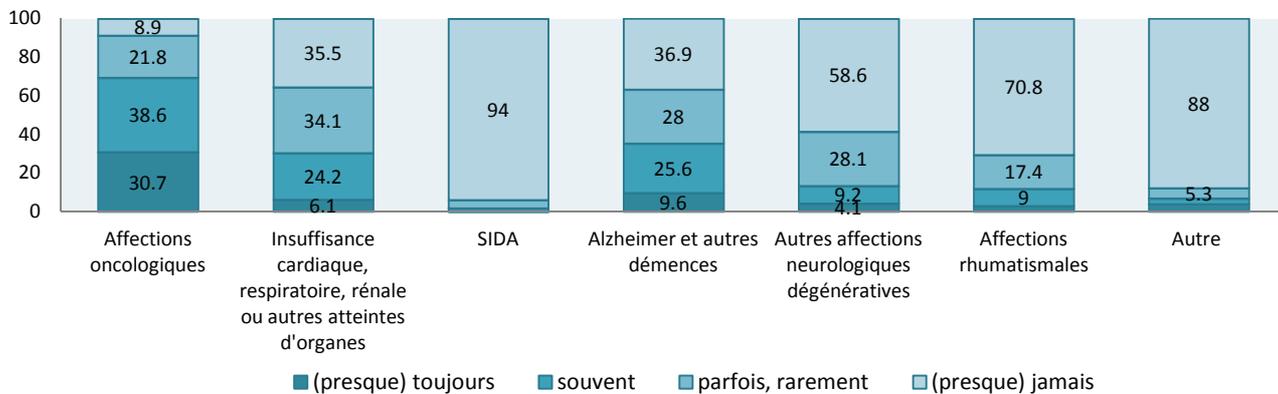
Graphique 7: Sur quelle(s) base(s) considérez-vous vos patients comme étant en situation de SP?



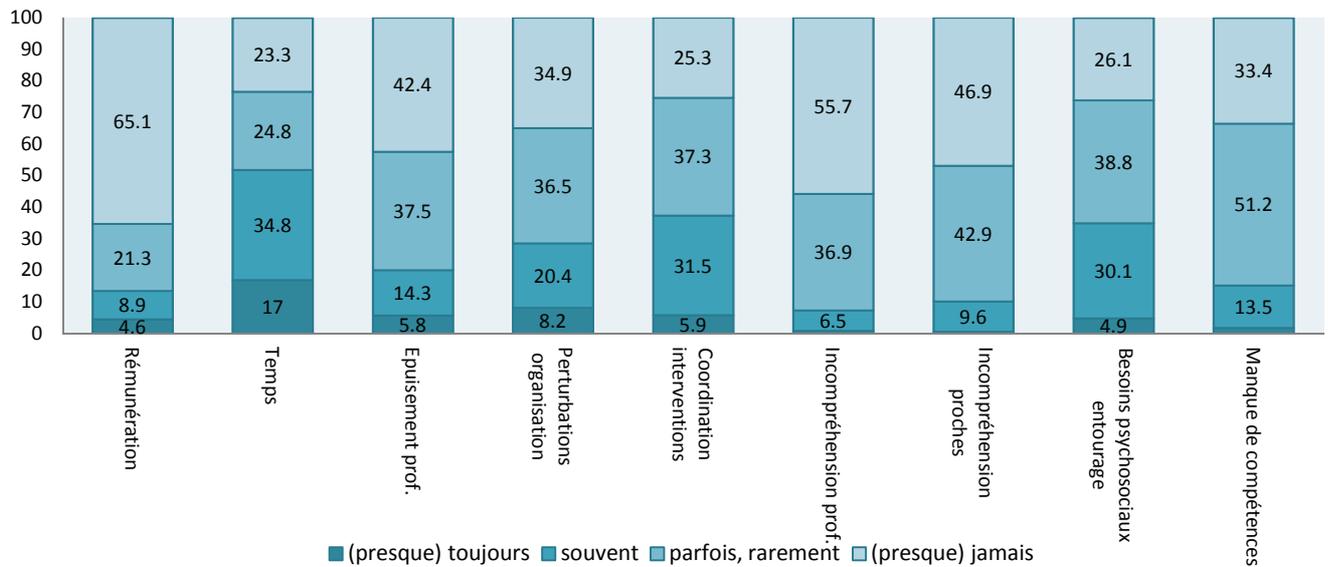
Graphique 8: Entrée en jeu des SP chez les médecins



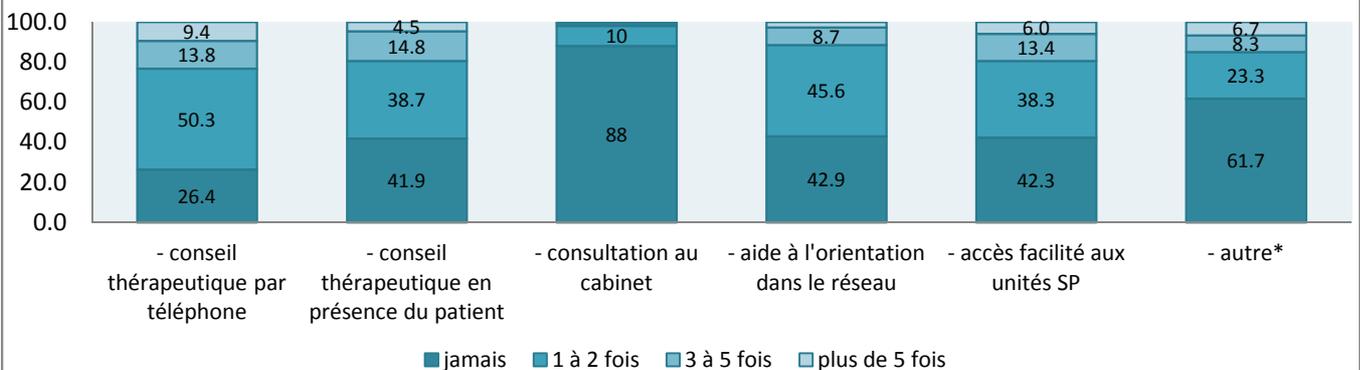
Graphique 9: En 2010, avez-vous pratiqué des SP pour les affections suivantes?



Graphique 10: La pratique des SP vous place-t-elle face aux difficultés suivantes:

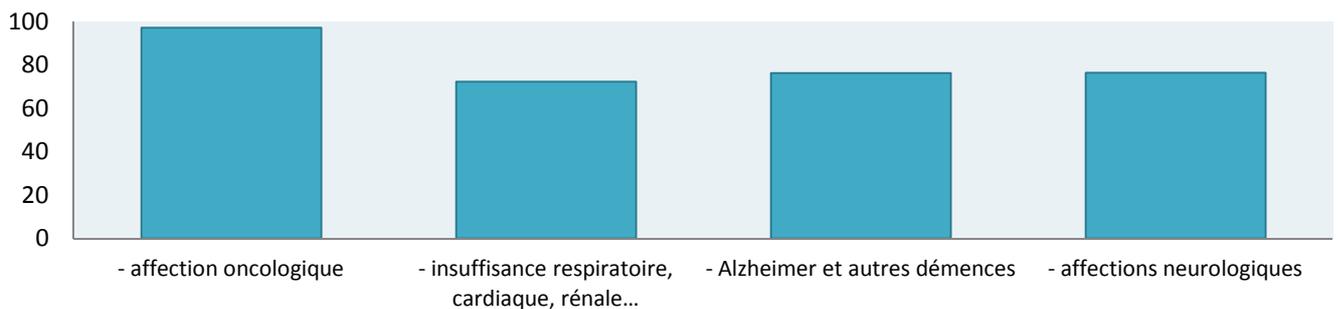


Graphique 11: Motif appel EMSP en 2010: médecins



* intervention au domicile du patient, complexité des symptômes, regard extérieur, soutien aux proches et équipes soignantes, visite en EMS

Graphique 12a: Amélioration pour les catégories de patients suivantes chez les médecins:



Graphique 12b: Amélioration attribuable aux nouvelles ressources suivantes chez les médecins:

