

PROJET DE SERVICE DE L'ÉQUIPE TERRITORIALE SOINS PALLIATIFS 2026 • 2031

Dispositif d'



SOMMAIRE

I. PRÉSENTATION DU SERVICE 4

- A. Introduction 6
- B. Historique et évolution du dispositif 7
- C. Cadre juridique et orientations nationales 9

II. DIAGNOSTIC TERRITORIAL ET PARTENARIAL EN SOINS PALLIATIFS 11

- A. Contexte territorial et enjeux 12
- B. Diagnostic des acteurs et besoins du territoire 13
- C. Écosystème territorial : acteurs et ressources mobilisables 15

III. PUBLIC ACCOMPAGNÉ & PLACE DE L'ENTOURAGE 14

- A. Typologie et vulnérabilité du public 16
- B. Place et rôle de l'entourage 17

IV. MISSIONS DE L'ETSP 19

- A. Évaluation globale 19
- B. Accompagnement du patient et de son entourage 22
- C. Coordination renforcée et articulation ville-hôpital 23
- D. Soutien aux professionnels et aux équipes 25
- E. Diffusion de la culture palliative, formation et animation territoriale 25

V. ORGANISATION & FONCTIONNEMENT DU SERVICE 29

- A. L'équipe 29
- B. Parcours ETSP 33
- C. Le support 25
- D. Collaboration 25
- E. Animation territoriale 25

VI. AXES STRATÉGIQUES & OBJECTIFS 2026-2031 36

- A. Axes stratégiques 29
- B. Fiches actions 33

ANNEXES 39

I. PRÉSENTATION DU SERVICE

A. INTRODUCTION



L'Équipe Territoriale de Soins Palliatifs (ETSP) est un dispositif spécialisé porté par l'association Appui Santé Caux Bray Albâtre. Elle intervient auprès des personnes adultes atteintes de maladies graves, évolutives ou terminales, ainsi que de leur entourage.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, dispensés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave et incurable. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques, ainsi que les autres symptômes, tout en prenant en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle, afin d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches.

L'ETSP s'inscrit dans une dynamique de proximité et de complémentarité, en lien étroit avec les acteurs du domicile, les structures hospitalières et médico-sociales. Elle participe ainsi à renforcer la cohérence du parcours et à améliorer l'accès aux soins palliatifs pour les personnes les plus vulnérables.

B. HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DU DISPOSITIF

L'ETSP s'inscrit dans une histoire longue portée par le réseau RESOPAL, acteur historique du territoire dans l'accompagnement des patients, des proches et des professionnels.

L'organisation régionale et nationale a ensuite évolué sous l'impulsion de la loi HPST, puis de la réforme "Ma Santé 2022", qui ont encouragé la structuration de dispositifs de coordination territoriale. Dans ce cadre, RESOPAL a été intégré en 2022 au Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) Appui Santé Caux Bray Albâtre, aux côtés de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) et de la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), pour mutualiser les fonctions d'appui aux parcours.

Cependant, les orientations nationales réaffirmées en 2023-2024 ont souligné la nécessité de conserver des équipes spécialisées en soins palliatifs, clairement identifiées et disposant d'une expertise clinique dédiée, afin d'éviter une dilution de la compétence palliative au sein de dispositifs généralistes.

C'est dans ce contexte que, depuis fin 2024, l'Équipe Territoriale de Soins Palliatifs a retrouvé un positionnement autonome au sein d'Appui Santé Caux Bray Albâtre, permettant de :

Préserver et renforcer
l'expertise clinique spécialisée

Assurer une meilleure réactivité et disponibilité auprès des patients, de leur entourage et des professionnels

Clarifier la lisibilité du dispositif pour les partenaires du territoire

Maintenir un lien fort avec l'identité historique de RESOPAL



Cette réorganisation répond à un besoin partagé par les acteurs du territoire : garantir une offre palliative lisible, réactive, cohérente et adaptée aux spécificités d'un territoire rural et contrasté, tout en soutenant les professionnels dans les situations complexes.

B. CADRE JURIDIQUE ET ORIENTATIONS NATIONALES

L'action de l'Équipe Territoriale de Soins Palliatifs repose sur un ensemble de textes législatifs et réglementaires qui encadrent les droits des patients, les principes de la démarche palliative et l'organisation des soins sur le territoire national.

LOI
du
9
juin
2009

Elle constitue le socle fondateur. Elle garantit à toute personne en fin de vie le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement adapté, affirmant l'obligation de respecter la dignité, la qualité de vie et les besoins spécifiques des personnes concernées.

LOI
N^o
2016
-87

du 2 février 2016 (loi Leonetti-Claeys) renforce ces droits en :

- Affirmant le droit à une fin de vie digne et apaisée, en encadrant strictement l'obstination déraisonnable.
- Instaurant des directives anticipées opposables, permettant à chacun d'exprimer ses volontés pour sa fin de vie.
- Précisant les conditions de la sédation profonde et continue pour les situations de souffrance réfractaire. Ce texte guide notre pratique, notamment dans l'accompagnement des patients et le soutien aux professionnels confrontés à des situations complexes.

LE CODE
de la santé
publique

notamment l'article L.1110-5, renforce ces principes en consacrant le droit à la prise en charge de la douleur, au soulagement des symptômes et à l'accompagnement, y compris lorsque les traitements peuvent avoir pour effet secondaire d'abréger la vie. Ces textes rappellent le devoir des professionnels d'offrir une prise en charge globale, sans abandon, et adaptée aux souffrances physiques, psychologiques, sociales et spirituelles.

LE
CIRCU-
LAIRE

du 25 mars 2008 précise l'organisation des soins palliatifs en France autour de trois niveaux complémentaires :

- Les professionnels de première ligne formés à la démarche palliative.
- Les équipes spécialisées telles que les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ou l'hospitalisation à domicile (HAD).
- Les structures dédiées comme les Unités de Soins Palliatifs.

Dans ce cadre, les Équipes Territoriales de Soins Palliatifs occupent une place spécifique, à l'interface du premier et du deuxième niveau. Elles apportent une expertise clinique, un appui aux pratiques professionnelles et un rôle de coordination renforcée sur leur territoire.

2021-2024 “Développement des soins palliatifs” encourage la structuration d'équipes territoriales afin d'améliorer l'accès aux soins palliatifs, de réduire les inégalités territoriales, de soutenir les professionnels de proximité et de renforcer les parcours à domicile. Elle insiste également sur la nécessité de décloisonner les pratiques entre la ville, l'hôpital et le médico-social.

du 1^{er} juillet 2022 invite les Agences Régionales de Santé (ARS) à soutenir la création et la consolidation des ETSP via le Fonds d'Intervention Régional. Elle précise leurs missions : gouvernance pluriprofessionnelle, intégration des acteurs libéraux et associatifs, appui clinique expert, soutien des pratiques professionnelles et diffusion de la culture palliative.

Ces textes définissent le cadre dans lequel s'inscrit notre action :

- Ils garantissent les droits des patients et encadrent notre pratique clinique,
- Ils soutiennent notre rôle de coordination et d'expertise sur le territoire,
- Ils nous engagent à travailler en lien étroit avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), les établissements de santé et les professionnels libéraux.



L'ETSP s'inscrit pleinement dans ces orientations nationales et contribue à structurer un appui spécialisé, transversal et accessible pour les patients, leurs proches et les professionnels du territoire.

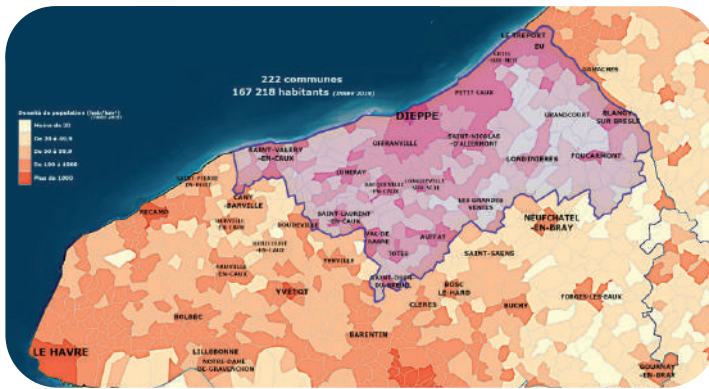
II. DIAGNOSTIC TERRITORIAL ET PARTENARIAL EN SOINS PALLIATIFS

A. CONTEXTE TERRITORIAL ET ENJEUX

L'Équipe Territoriale de Soins Palliatifs (ETSP) d'Appui Santé Caux Bray Albâtre intervient principalement à domicile.

Il n'y a pas d'intervention actuellement en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante (EHPAD) ou en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) puisque cela fait partie des missions de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du Groupement Hospitalier de Territoire Caux Maritime (GHT Caux Maritime). Nous sommes toutefois en mesure de renforcer l'offre en fonction des besoins identifiés.

Son territoire d'intervention couvre environ 163 373 habitants et s'aligne sur le territoire de démocratie sanitaire de Dieppe. Les distances entre les extrémités peuvent atteindre 1h30 de trajet, ce qui représente un défi en termes d'accessibilité et de réactivité pour les soins palliatifs à domicile.



Territoire d'intervention de l'ETSP.

La population du territoire présente des caractéristiques qui renforcent la nécessité d'une intervention adaptée :



Population vieillissante : 23,7 % des Normands ont plus de 65 ans en 2025, avec un indice de vieillissement supérieur à la moyenne dans l'agglomération de Dieppe. La projection pour 2050 estime cette proportion à 30 %. Ce vieillissement s'accompagne d'une dépendance accrue et d'une augmentation des besoins en soins palliatifs.

Disparités territoriales : Les zones rurales et littorales connaissent un accès limité aux structures spécialisées et aux professionnels de santé. Les temps d'accès aux soins sont particulièrement longs dans les communes éloignées. En France, 500 décès par jour* surviennent sans accompagnement palliatif adapté, situation accentuée en Normandie par les déserts médicaux. *(source SFAP)





Pathologies et mortalité : Le cancer reste la première cause de décès nécessitant un accompagnement palliatif, représentant 70 % des cas en Normandie. Les zones littorales et industrielles, comme Dieppe, présentent une incidence élevée. La mortalité globale dans le département est supérieure à la moyenne nationale.

Les besoins en soins palliatifs devraient augmenter de 15 % d'ici 2035 en raison du vieillissement de la population et de la progression des maladies chroniques. Dans ce contexte, l'ETSP joue un rôle central pour réduire les inégalités d'accès, renforcer l'expertise et la réactivité, et anticiper les besoins grâce à une approche mobile et pluridisciplinaire.

Enjeux clés :

Vieillesse et dépendance accrue.

Difficultés d'accès dans les zones rurales et littorales.

Incidence élevée du cancer et mortalité supérieure à la moyenne.

Prévision +15 % des besoins en soins palliatifs d'ici 2035.

B. DIAGNOSTIC DES ACTEURS ET BESOINS DU TERRITOIRE

Pour élaborer le projet de service de l'ETSP, un diagnostic territorial et partenarial a été réalisé à partir de trois sources : la réunion du Comité de pilotage palliatif (COPIL Pallia) du 8 juillet 2025, 20 entretiens semi-directifs avec des professionnels du territoire et l'enquête nationale LNA Santé sur les attentes et représentations des Français. Cet état des lieux a permis d'identifier les besoins, freins, leviers et attentes des acteurs impliqués dans le parcours palliatif.

Le COPIL Pallia a rassemblé médecins EMSP, HAD, ETSP et libéraux, représentants de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et bénévoles. Les échanges ont révélé un consensus sur la nécessité d'un parcours fluide et coordonné, respectueux des souhaits du patient et de ses proches, avec un référent identifié, des outils communs et une prise en charge anticipée et pluridisciplinaire. Les freins principaux identifiés sont les interventions tardives, le déficit de lien ville-hôpital, l'hétérogénéité des pratiques, le manque de structures dédiées et de ressources humaines, ainsi que l'absence d'outils partagés efficaces. Les situations complexes, notamment pour les patients isolés, restent particulièrement difficiles à gérer.

Les entretiens semi-directifs ont confirmé ces constats et apporté des enseignements complémentaires : la confusion entre soins palliatifs et fin de vie retarde l'implication précoce et complique l'annonce auprès des patients, révélant un besoin fort de formation et d'outils pratiques. Les patients ont des besoins multiples : soulagement

symptômes (douleur, dyspnée, anxiété), accompagnement psychologique, aide dans la perte d'autonomie et information claire sur les soins. Les proches ont besoin d'un soutien émotionnel, logistique et administratif, ainsi que des relais de répit souvent insuffisants. Les professionnels expriment un besoin crucial de coordination, en particulier pour les libéraux, et souhaitent un référent de parcours capable de connaître les ressources du territoire et d'accompagner l'orientation.

L'ETSP est perçue comme un acteur pivot, pouvant repérer précocement les patients, soutenir la coordination, faciliter la décision clinique et assurer le lien avec les familles. Les modalités privilégiées incluent visites conjointes au domicile, contact direct par téléphone ou messagerie sécurisée, relais ponctuels ou continus, et permanence téléphonique identifiée.



L'enquête nationale LNA Santé confirme ces besoins et souligne l'importance de l'information :

seuls **25 %** des patients décèdent à domicile



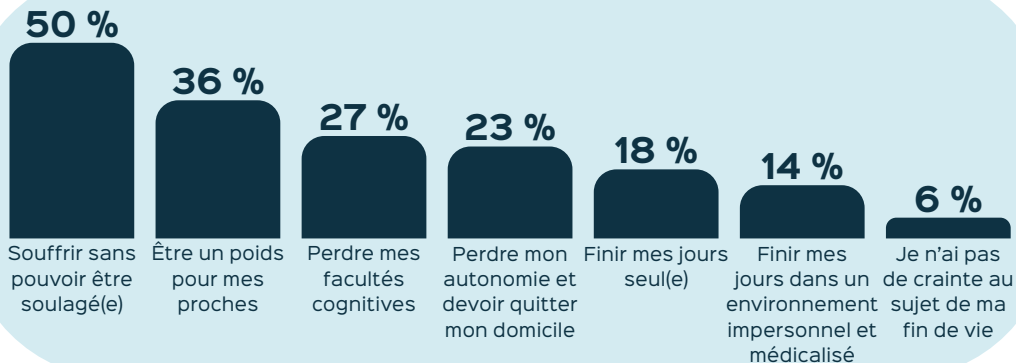
alors que **49 %** souhaiteraient **finir leur vie à domicile avec suivi médical renforcé** et **26 %** en structure spécialisée

Les craintes principales sont :

- pour **50 %** la **souffrance non soulagée**
- pour **23 %** la **perte d'autonomie**
- pour **36 %** devenir un **poids pour l'entourage**



Enfin, **65 %** des français se déclarent **insuffisamment informés** sur les dispositions légales entourant la fin de vie.





En conclusion, le diagnostic met en évidence des besoins convergents : lisibilité des parcours, coordination renforcée, anticipation des situations complexes et formation des professionnels. Il confirme le rôle central de l'ETSP comme acteur pivot de proximité, facilitateur et ressource pour professionnels et familles, capable de structurer un parcours palliatif anticipé, cohérent et adapté aux besoins du territoire. Tous les détails et analyses complémentaires sont disponibles en annexe.

C. ÉCOSYSTÈME TERRITORIAL : ACTEURS ET RESSOURCES MOBILISABLES

Sur le territoire, les professionnels de proximité – médecins traitants, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, pharmaciens, services à domicile (Service d'aide et d'accompagnement à domicile SAAD et service de soins infirmiers à domicile SSIAD) – constituent le socle de la prise en charge à domicile des patients. L'ETSP intervient en appui et en soutien de ces acteurs, apportant son expertise clinique et organisationnelle pour faciliter l'orientation des patients, anticiper les situations complexes et renforcer la coordination des interventions.

L'ETSP entretient également des liens avec les structures spécialisées et hospitalières, notamment les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), les établissements ayant des LIS (lits identifiés en soins palliatifs) et les hospitalisations à domicile (HAD), permettant des relais adaptés aux situations plus complexes.

Il n'existe actuellement aucune unité de soins palliatifs sur le territoire, ce qui nécessite, en cas de besoins spécifiques, un recours à des structures plus éloignées comme les centres hospitaliers universitaires (CHU). L'ETSP assure un lien étroit avec ces établissements pour garantir une continuité dans l'accompagnement.

Par ailleurs, l'ETSP collabore avec les partenaires institutionnels : CARSP (Cellule d'Animation Régionale des Soins Palliatifs) et ARS Normandie.

Les associations et bénévoles constituent un autre volet de partenariat : Détente Arc-en-Ciel, France Alzheimer, Ligue contre le cancer, France Parkinson, Normandie SEP ainsi que des associations locales de soutien aux aidants. Ces collaborations complètent l'accompagnement des patients et de leur entourage et contribuent à structurer le parcours palliatif sur le territoire.

Cet état des lieux montre que l'ETSP se positionne comme un acteur pivot et ressource

d'expertise, travaillant en soutien de tous les acteurs du territoire pour garantir un accompagnement cohérent, anticipé et adapté aux besoins des patients et de leur entourage.

III. PUBLIC ACCOMPAGNÉ & PLACE DE L'ENTOURAGE

A. TYPOLOGIE ET VULNÉRABILITÉ DU PUBLIC

L'Équipe Territoriale de Soins Palliatifs (ETSP) accompagne des adultes confrontés à des maladies graves, évolutives et incurables, dans un objectif de maintien de la qualité de vie, du confort et du respect des volontés, en intégrant systématiquement l'entourage dans le parcours de soin.

Le public est majoritairement âgé, avec un âge moyen de 74 ans en 2024 et de 72 ans au premier semestre 2025. La répartition par sexe montre une légère prédominance masculine (53,5 % hommes pour 46,5 % femmes). Ces personnes présentent souvent une perte d'autonomie, un isolement et des parcours médicaux complexes nécessitant une coordination pluridisciplinaire.

Les prises en charge se répartissent autour de plusieurs profils :

Cancérologie : majorité des situations, en phase palliative ou terminale, nécessitant anticipation, gestion de symptômes complexes et coordination de fin de vie à domicile.

Maladies neurodégénératives (SLA, Parkinson, Alzheimer avancé) : évolutions rapides, retentissement fonctionnel et besoins élevés d'accompagnement des proches.

Insuffisances chroniques d'organes et polyopathologies du grand âge : prises en charge moins fréquentes mais nécessitant une expertise en coordination et soutien à domicile.

Handicap et situations complexes : intégration des personnes avec troubles fonctionnels ou déficiences dans un parcours palliatif adapté.

Une minorité d'adultes jeunes, environ 10 % des accompagnements, présente des situations hautement complexes. La maladie survient souvent brutalement, bouleversant la vie familiale et professionnelle.

Ces situations se traduisent par :

- Une parentalité fragilisée, avec des jeunes enfants à charge.
- Un isolement de l'aidant principal, souvent unique ou sur-sollicité.
- Un retentissement psychosocial et économique majeur.
- La nécessité d'un accompagnement rapide et adapté des familles pour prévenir l'épuisement et sécuriser le maintien à domicile.

L'ETSP n'intervient pas directement auprès des enfants ou adolescents, ces situations relevant de l'ERRSPP (Équipe Régionale Ressource en Soins Palliatifs Pédiatriques) du CHU de Rouen. Un passage de relais à l'entrée dans l'âge adulte est prévu, garantissant la continuité et l'adaptation de l'accompagnement aux spécificités de chaque tranche d'âge.

B. PLACE ET RÔLE DE L'ENTOURAGE



L'entourage (famille, conjoint, enfants, amis, voisins, aidants naturels) est un pilier central du maintien à domicile et de l'accompagnement palliatif. Il contribue aux soins quotidiens, à la surveillance et au soutien émotionnel, tout en faisant face à une charge physique et psychique importante.

Les contraintes et besoins identifiés de l'entourage incluent :

Charge mentale et organisationnelle liée aux soins et à l'anticipation des besoins.

Souffrance émotionnelle, parfois marquée par la culpabilité, la peur de mal faire ou le sentiment d'impuissance.



Isolement social, particulièrement pour les aidants uniques ou âgés.

Manque d'information sur l'évolution de la maladie, les aides disponibles et les limites de ce qu'ils peuvent assumer.

L'accompagnement de l'entourage par l'ETSP repose sur :

1

Le repérage précoce des signes d'épuisement et la mise en place de temps d'échange dédiés.

2

L'orientation vers les ressources disponibles sur le territoire (bénévoles formés, dispositifs de répit, aides sociales et psychologiques).

3

Une posture professionnelle respectueuse, adaptant l'intervention au degré d'implication souhaité par la famille, co-construisant les actions et limitant toute pression supplémentaire.

Reconnaître et soutenir l'entourage est essentiel pour assurer la cohérence et la sécurité du parcours, renforcer la dignité et le confort du patient et limiter le risque de rupture du maintien à domicile.

IV. MISSIONS DE L'ETSP

L'Équipe Territoriale de Soins Palliatifs intervient comme équipe d'expertise, d'appui et de soutien, selon un principe de subsidiarité. Elle ne se substitue pas aux professionnels de proximité mais vient en complément, pour soutenir, renforcer et sécuriser les prises en charge palliatives, en particulier dans les situations complexes ou à risque de rupture de parcours.

Sa finalité première est d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie grave, évolutive et incurable, dans le respect de leurs droits, de leurs choix et de leurs volontés.

Elle accompagne également le cheminement du patient et de ses proches, sur les plans clinique, psychologique, social et existentiel.

A. ÉVALUATION GLOBALE

L'ETSP porte une approche centrée sur la personne, en réalisant une évaluation globale des besoins du patient et de son entourage :

Évaluation de la douleur et des symptômes d'inconfort.

Identification des besoins psychologiques, sociaux, spirituels ou existentiels.

Compréhension du projet de vie, du cheminement et des souhaits du patient.

Cette évaluation permet d'éclairer la décision clinique et d'apporter, lorsque nécessaire, un avis thérapeutique spécialisé.

B. ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

L'équipe s'engage dans une démarche d'écoute, de soutien et de respect des droits des patients, en favorisant :

- Le soulagement des symptômes.
- Le soutien psychologique, social, spirituel ou existentiel.
- L'accompagnement des proches et de l'entourage.

- Le respect du cheminement individuel et la prise en compte des volontés de la personne.
- Aide au respect des droits et volontés : expression des choix, projet de soins, maintien de l'autonomie décisionnelle, personne de confiance, directives anticipées.
- Accompagnement du deuil psychologique et social.

Elle contribue aussi à l'accompagnement de la fin de vie et à la préservation du maintien à domicile lorsque tel est le souhait et que les conditions sont réunies.

C. COORDINATION RENFORCÉE ET ARTICU- LATION VILLE-HÔPITAL



L'ETSP veille à fluidifier les parcours en assurant :

- La mise en lien des professionnels autour des situations complexes.
- La coordination entre la ville et l'hôpital.
- La circulation de l'information utile.
- La participation à la démarche décisionnelle lors d'enjeux éthiques ou cliniques.

L'Équipe Territoriale de Soins Palliatifs (ETSP) agit ainsi comme un point d'appui fiable et réactif pour les acteurs du territoire.

D. SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS ET AUX ÉQUIPES

Dans une démarche d'appui au premier recours, l'ETSP propose :

- Un soutien clinique auprès des professionnels intervenant dans la prise en charge.
- Une aide à l'analyse des situations.
- Un accompagnement dans les questionnements éthiques.
- Un relais dans les moments de difficulté ou d'épuisement des équipes.
- Soutien des équipes avec une supervision ou débriefing possible lors de situations vécues comme difficiles.

Cet appui est toujours pensé dans une logique de complémentarité, jamais de substitution.

E. DIFFUSION DE LA CULTURE PALLIATIVE, FORMATION ET ANIMATION TERRITORIALE

L'ETSP contribue activement au renforcement de la culture palliative sur le territoire à travers :

- Des actions de sensibilisation et de formation.
- Le repérage précoce pour favoriser l'anticipation et l'accès aux soins palliatifs.
- Le partage de bonnes pratiques.
- La promotion d'une approche globale, anticipatrice et respectueuse des droits des patients.
- La participation à l'animation territoriale aux côtés de la CARSP, de l'ARS, des établissements et des associations.

V. ORGANISATION & FONCTIONNEMENT DU SERVICE

A. L'ÉQUIPE

L'Équipe Territoriale de Soins Palliatifs repose sur une organisation pluridisciplinaire pensée pour placer le patient, son entourage et les professionnels de premier recours au centre de l'accompagnement. Chaque fonction contribue, de manière complémentaire et coordonnée, à la sécurisation des parcours et à la qualité de la prise en charge.

Elle se compose :



Directeur Général de l'association (N+2)



Responsable ETSP (N+1), rôle principal :

- Pilotage global.
- Structuration et animation territoriale.
- Coordination de l'équipe et des partenariats.



Infirmières coordinatrices, rôle principal :

- Référent du patient et de son parcours.
- Coordination des interventions.
- Lien avec professionnels et structures partenaires.

1 médecin coordinateur, rôle principal :

- Expertise médicale palliative.
- Appui clinique.
- Contribution à la cohérence des pratiques sur le territoire.





Psychologue, rôle principal :

- Soutien psychologique aux patients, familles et professionnels.
- Accompagnement existentiel et deuil.



Assistante sociale, rôle principal :

- Orientation vers les aides sociales.
- Sécurisation du maintien à domicile.
- Accompagnement social et deuil.

Les membres de l'équipe et leur rôle en détail :

La responsable de service.

Elle assure le pilotage et l'organisation globale de l'ETSP. Elle garantit la mise en œuvre et la cohérence du projet de service, la structuration des partenariats et le bon fonctionnement de l'équipe.

Elle joue également un rôle majeur dans :

- L'accueil et l'analyse des demandes adressées à l'ETSP.
- L'animation territoriale des soins palliatifs.
- Le développement et la consolidation des liens avec les acteurs du territoire.
- La coordination des actions de formation et d'acculturation à la démarche palliative.

Son action permet d'inscrire durablement l'ETSP dans le paysage territorial et de renforcer la dynamique collective autour des soins palliatifs.

Les infirmières coordonnatrices.

Elles occupent une place centrale dans l'organisation de l'ETSP. Elles constituent l'interlocutrice privilégiée des patients, de leurs proches et des professionnels de proximité.

À ce titre, elles :

- Analysent les nouvelles demandes ETSP avec la responsable de service et prennent la référence du dossier.
- Évaluent la situation et coordonnent les interventions autour du patient.
- Assurent le lien avec les professionnels de premier recours et les structures partenaires.
- Veillent à la continuité et à la lisibilité du parcours d'accompagnement.

Ce rôle permet d'offrir aux patients et à leurs proches un repère identifié tout au long du parcours et de soutenir les professionnels de terrain dans la prise en charge des situations complexes.

Le médecin coordonnateur.

Il intervient en appui de l'équipe et des professionnels référents. Il apporte une expertise médicale palliative et contribue également à l'évaluation clinique globale des situations.

Son rôle comprend notamment :

- Un appui à la réflexion et à la décision médicale dans les situations complexes.
- Un accompagnement des professionnels dans l'anticipation des évolutions et des besoins.
- Une contribution à la cohérence des pratiques palliatives sur le territoire, en articulation avec les acteurs hospitaliers et libéraux.

L'assistante sociale.

Elle soutient le territoire et l'équipe ETSP sur les aspects sociaux des prises en charge :

- Oriente les familles et patients vers les dispositifs adaptés, facilite l'accès aux aides sociales et financières, et contribue à la sécurisation du maintien à domicile.
- Intervient dans l'accompagnement du deuil social et la mise en place d'aides spécifiques en soins palliatifs.

La psychologue.

Elle occupe une place essentielle au sein de l'ETSP.

Au-delà de sa participation à l'analyse des situations, elle assure un soutien psychologique à plusieurs niveaux :

- Auprès des patients confrontés à la maladie grave, à la perte d'autonomie et aux questionnements existentiels,
- Auprès des proches et aidants, souvent fortement sollicités et exposés à l'épuisement émotionnel,
- Auprès des professionnels, en proposant des espaces de soutien, d'écoute et de prise de recul face à la charge émotionnelle inhérente aux situations palliatives.

Cette fonction contribue à sécuriser l'accompagnement global et à soutenir les équipes dans la durée.



B. PARCOURS ETSP

Le fonctionnement de l'ETSP repose sur une logique de parcours patient, garantissant lisibilité, continuité et coordination des interventions, tout en restant adaptable à l'évolution de la situation de chaque patient. Chaque parcours est personnalisé et modulé en fonction des besoins, des souhaits et de l'état de santé du patient.

B.1. LA SOLLICITATION ETSP

Toute personne peut solliciter l'ETSP :



Le **patient** lui-même
ou son **entourage**.



Les **professionnels de santé** :
médecins libéraux, infirmiers,
oncologues, hospitaliers, HAD, SSIAD,
structures médico-sociales, associations
partenaires etc.

Toute demande d'intervention est accompagnée d'un formulaire spécifique, rempli à l'initiative du demandeur. Ce formulaire peut être transmis par divers canaux : téléphone, mail, fax ou lors d'échanges directs avec des professionnels.

Une fois la demande reçue, elle est enregistrée dans le logiciel métier. L'équipe en prend connaissance rapidement, analyse la pertinence de l'intervention, et peut proposer une réorientation si nécessaire.

Toute sollicitation conduit à l'intégration du patient dans la file active de l'ETSP, quel que soit le type de demande à partir du moment où une évaluation est demandée.

B.2. TYPOLOGIE DES DEMANDES

1

Information et orientation :
conseils sur les ressources et dispositifs adaptés.

2

Appui ponctuel :
soutien ponctuel aux équipes ou suivi ciblé du patient et de son entourage.

3

Suivi avec accompagnement :
évaluation globale, coordination du parcours, appui aux décisions complexes, travail du projet de fin de vie et suivi régulier.

B.3. PARCOURS SP : ACCOMPAGNEMENT AU QUOTIDIEN

Les horaires de l'ETSP sont de 9h à 17h du lundi au vendredi. Chaque parcours commence par une évaluation globale, coordonnée par l'infirmière coordinatrice, qui devient le référent identifié du patient et des professionnels.

Elle va prendre contact avec le patient, son entourage et les autres intervenants puis organise une visite à domicile d'évaluation.

Une visite à domicile d'évaluation globale est systématiquement organisée, suivie de visites régulières, dont la fréquence est ajustée en fonction des besoins. Plusieurs visites hebdomadaires peuvent être assurées pour un même patient. Les visites conjointes avec d'autres intervenants sont privilégiées pour renforcer la coordination et améliorer la qualité des soins.

Selon les besoins et l'évolution du patient, l'ETSP propose :

- Soutien et appui aux équipes de proximité (professionnels libéraux, HAD, EMS...).
- Accompagnement du patient et de son entourage, sur les plans clinique, psychosocial et existentiel permettant de formuler avec lui son projet de fin de vie si possible. Le projet personnalisé de fin de vie est réajusté tout le long du suivi.

Le parcours reste personnalisé et modulable, reflétant la diversité des situations et les

choix du patient.

Un projet personnalisé de soins est réalisé avec le patient. Il permet de suivre les objectifs du suivi et du patient et les réajuster si nécessaire.

L'ETSP peut participer à des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et elle peut également être moteur dans leur organisation.

Durant tout le suivi, un lien privilégié entre l'équipe en place, le patient et son entourage est entrepris. Des comptes-rendus de visite à domicile (VAD) sont réalisés et la traçabilité des informations est renseignée dans le logiciel métier pour permettre le partage d'information et la continuité.

Le soutien de l'équipe ETSP s'appuie sur une supervision mensuelle.

B.4. SORTIE DU PARCOURS ETSP

La sortie de la file active de l'ETSP peut intervenir pour plusieurs raisons, selon l'évolution de la situation du patient :

Décès du patient.

En cas de décès du patient, l'équipe propose systématiquement un accompagnement de deuil à l'entourage, incluant un soutien psychologique ainsi qu'une aide sociale et administrative pour les démarches à effectuer.

Ce suivi vise à soutenir les proches dans cette période délicate.



Situation jugée stable.

Lorsque la situation est jugée stable, que ce soit en raison d'une pathologie sous contrôle ou d'un patient ayant une compréhension claire et apaisée de son devenir, une sortie du dispositif peut être envisagée.

Dans ce cas, l'infirmière coordinatrice informe l'ensemble des professionnels impliqués, ainsi que le patient et ses proches. Il leur est rappelé que l'équipe reste mobilisable et peut être recontactée à tout moment si de nouveaux besoins apparaissent.

Hospitalisation ou entrée en institution.

Si le patient est hospitalisé ou entre en institution de manière prolongée, et qu'il exprime le souhait de ne pas retourner à domicile, le suivi à domicile est alors interrompu.

L'équipe peut, selon les cas, transmettre les éléments utiles à la continuité de la prise en charge dans la structure d'accueil.



Dans tous les cas, la sortie est formalisée par une traçabilité dans le dossier de coordination, et vise à garantir la continuité et la cohérence du parcours de soins. L'organisation et les procédures opérationnelles de l'ETSP peuvent évoluer au fil du temps, mais le parcours reste centré sur le patient et adaptable à ses besoins et ses souhaits.

Souhait d'interrompre le suivi par l'ETSP.

Si le patient exprime explicitement le souhait d'interrompre le suivi par l'ETSP, ce choix est respecté dans une logique d'autonomie et de respect de sa volonté.

Là encore, les professionnels concernés sont informés, et un rappel de la possibilité de réintégrer le dispositif ultérieurement est fait.

C. LE SUPPORT

Les fonctions support constituent un levier essentiel au bon fonctionnement de l'ETSP. Elles assurent un accompagnement transversal des équipes et un soutien indispensable à la réalisation des missions. En accompagnant les professionnels dans leurs différentes activités, elles contribuent à la fluidité de l'organisation, à la sécurisation des pratiques et à la qualité du service rendu.

C.1. LE SECRÉTARIAT

À Appui Santé Caux Bray Albâtre, l'Équipe Territoriale de Soins Palliatifs (ETSP) bénéficie d'un secrétariat partagé avec d'autres services d'Appui Santé CBA.

Cette organisation permet :

- La réception des sollicitations adressées à l'ETSP.
- Leur orientation vers le professionnel ou le service concerné, en fonction de la nature de la demande.
- Un appui administratif contribuant à la continuité de l'activité. Ce fonctionnement souple permet de s'adapter à l'évolution de l'organisation interne tout en garantissant un premier niveau de réponse lisible pour les patients, les proches et les partenaires.

C.2. LA LOGISTIQUE

La logistique constitue un outil de travail central pour l'ETSP, dont l'activité repose majoritairement sur des interventions au domicile des patients, souvent éloignés géographiquement.

Elle comprend notamment :

- La mise à disposition de moyens matériels adaptés aux interventions.
- La gestion du parc de véhicules, indispensable à la mobilité de l'équipe.
- L'organisation des déplacements sur un territoire étendu, avec des professionnels régulièrement en situation d'itinérance.

Cette logistique structurée permet de garantir la réactivité des interventions, de sécuriser les déplacements et de soutenir l'organisation quotidienne du service.

C.3. DÉMARCHE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

La démarche qualité est portée par le projet associatif et la gouvernance d'Appui Santé CBA, et se décline au sein de l'ETSP en cohérence avec les spécificités de l'activité palliative. Elle vise à développer une culture de l'amélioration continue, particulièrement nécessaire dans un service en constante évolution et récemment réajusté dans son organisation.

Elle s'appuie notamment sur :

- L'évaluation de la satisfaction des patients, des proches et des professionnels.
- La gestion des plaintes et réclamations.
- Le recueil et l'analyse des événements indésirables.
- L'analyse des pratiques professionnelles et des situations complexes.

Cette démarche permet d'ajuster les organisations, de renforcer la qualité et la sécurité des accompagnements, et de construire progressivement une qualité partagée, au service des patients, des équipes et des partenaires.

D. COLLABORATION

La collaboration constitue un socle fondamental de l'action de l'ETSP, dans une logique de complémentarité, de subsidiarité et de co-construction avec les acteurs du territoire.

D.1. DAU SOINS DE SUPPORT ET GROUPES DE PAROLE



L'ETSP collabore étroitement avec le Dispositif d'Accompagnement de l'Usager (DAU), notamment pour la mise en place de groupes de parole et de soins de support.

Dans un contexte où un budget dédié permet le développement de soins de support, cette collaboration vise à :

- Améliorer la qualité de vie des patients accompagnés en proposant des séances d'approches complémentaires (socio esthéticienne, socio coiffure, praticienne en hypnose, sophrologue, reflexologue...).
- Proposer des espaces d'expression et de soutien adaptés aux besoins repérés.
- Orienter les patients et les proches vers des dispositifs complémentaires en lien avec le DAU.

Cette articulation permet de renforcer l'approche globale de l'accompagnement palliatif et d'optimiser les ressources existantes au bénéfice des usagers.

D.2. STAFF ETSP EMSP HAD

Des espaces de concertation réguliers sont organisés entre l'ETSP, l'EMSP et l'HAD.

Ils visent à :

- Partager l'analyse des situations complexes.
- Ajuster les stratégies d'accompagnement.
- Favoriser une prise de décision concertée.
- Renforcer la continuité et la cohérence du parcours ville-hôpital.

Ces temps d'échanges constituent un appui essentiel pour les professionnels et contribuent à sécuriser les parcours des patients. En fonction des situations et des besoins, ce staff peut être élargi et ouvert aux libéraux pour évoquer une situation spécifique.

E. ANIMATION TERRITORIALE

E.1. COPIL PALLIA

Le COPIL Pallia (Comité de Pilotage) est un outil structurant de l'animation territoriale des soins palliatifs. Il a été créé en 2023 dans le cadre du développement de la dynamique territoriale autour des soins palliatifs. C'est un espace de réflexion, de coordination et de co-construction entre les acteurs du territoire engagés dans la prise en charge palliative.

Il réunit les structures sanitaires, médico-sociales, libérales et associatives (médecins traitants, IDEL, HAD, EMSP, ETSP, CPTS, bénévoles, etc.) pour améliorer et fluidifier ensemble le parcours de soins palliatifs.

Fonctionnement :



Réunions régulières (COFIL) autour de thématiques clés : parcours patient, place de la ville, outils de liaison...



Ateliers collaboratifs et participatifs.



Pilotage et animation par l'ETSP, en lien avec les partenaires institutionnels.

E.2. SENSIBILISATION ET FORMATION

La sensibilisation et la formation des professionnels constituent un axe majeur et structurant du projet de service de l'ETSP, identifié comme un levier essentiel pour améliorer le repérage précoce, l'anticipation et la qualité des accompagnements palliatifs sur le territoire.

L'ETSP propose des actions de sensibilisation au siège d'Appui Santé Caux Bray Albâtre, à destination des professionnels du territoire (libéraux, structures sanitaires et médico-sociales, services à domicile, associations), permettant de créer des espaces d'échange, de réflexion et d'acculturation à la démarche palliative.

Par ailleurs, l'ETSP peut se déplacer au sein des structures ou services qui en expriment le besoin, afin de proposer des sensibilisations ciblées et adaptées au contexte de terrain (par exemple au sein de SSIAD, SAAD, structures médico-sociales, établissements de santé ou équipes spécifiques). Cette approche de proximité favorise l'adhésion des équipes, la prise en compte de leurs réalités professionnelles et l'intégration concrète des apports dans les pratiques quotidiennes.

Les thématiques abordées peuvent être variées et modulables, en fonction des besoins identifiés :

- Bases de la démarche palliative et clarification des représentations.
- Repérage précoce et anticipation des situations palliatives.
- Accompagnement de la fin de vie à domicile.
- Place et soutien de l'entourage.
- Ecoute et juste distance.
- ...



Les formats de sensibilisation sont volontairement souples et adaptables : temps courts ou journées thématiques, interventions pluridisciplinaires, analyses de situations cliniques, échanges de pratiques. Cette flexibilité permet de répondre aux attentes des professionnels tout en tenant compte des contraintes organisationnelles.

Le développement de cette offre de sensibilisation et de formation constitue un axe prioritaire pour les années à venir, avec l'objectif de renforcer la culture palliative sur l'ensemble du territoire, de soutenir les professionnels de proximité et de contribuer à une meilleure équité d'accès aux soins palliatifs.

VI. AXES STRATÉGIQUES ET OBJECTIFS 2026-2031

Les objectifs et les actions du projet évolueront au fil du temps, enrichis et adaptés pour rester pleinement en phase avec les besoins des patients et des acteurs du territoire.

A. AXES STRATÉGIQUES

Axe 1 : Acculturation aux soins palliatifs et animation territoriale.

Le diagnostic a montré un besoin important de formation et de sensibilisation des professionnels, ainsi qu'un déficit de coordination et de repérage précoce des situations

complexes. Les professionnels expriment également une confusion fréquente entre soins palliatifs et soins de fin de vie.

Objectifs

- Renforcer la culture palliative sur le territoire.
- Améliorer la coordination et les échanges entre acteurs.
- Favoriser le repérage précoce et l'accès aux soins palliatifs.

Indicateurs

- Nombre de sessions de sensibilisation et de formations réalisées.
- Taux de participation aux animations territoriales.
- Nombre de situations repérées précocement grâce aux actions d'animation.
- Suivi d'activité ETSP.

Axe 2 : Communication et visibilité de l'ETSP.

La réorganisation de l'équipe et sa sortie du DAC nécessitent de clarifier et valoriser le rôle de l'ETSP auprès des professionnels, des patients et de leurs proches. Le diagnostic a souligné un manque de lisibilité du dispositif sur le territoire.

Objectifs

- Valoriser le rôle et les missions de l'ETSP.
- Assurer une communication cohérente et accessible pour tous les partenaires et usagers.

Indicateurs

- Nombre de supports d'information diffusés et créés (flyers, livrets, signatures numériques).
- Nombre de publications de communication sur les réseaux sociaux.

Axe 3 : Culture qualité et amélioration continue.

Le diagnostic a montré la nécessité de sécuriser le parcours des patients et de renforcer la satisfaction des équipes dans un contexte d'évolution constante du service. La qualité, la traçabilité et l'amélioration continue sont essentielles pour garantir la cohérence et la fiabilité du dispositif.

Objectifs

- Consolider la démarche qualité au sein du service.
- Assurer la continuité et la sécurité des parcours de soins.
- Favoriser la participation active des patients à leur parcours.

Indicateurs

- Nombre d'analyses de pratiques, d'incidents ou FEI traités.
- Taux de satisfaction des patients et des équipes.
- Mise à jour de la gestion documentaire.

Axe 4 : Soutien aux équipes et aux aidants.

Le diagnostic a identifié un besoin crucial de soutien pour les professionnels de proximité et pour les aidants confrontés à la charge physique et psychologique des situations palliatives. L'ETSP doit jouer un rôle d'appui et de conseil, y compris pour des avis thérapeutiques à distance.

Objectifs

- Renforcer l'accompagnement des équipes et des professionnels libéraux.
- Soutenir les aidants dans leur rôle.
- Développer l'accès aux avis thérapeutiques et conseils en lien avec le parcours du patient.

Indicateurs

- Nombre de situations bénéficiant d'un appui ou d'un conseil par l'ETSP.
- Nombre d'aidants accompagnés.
- Nombre de soutiens d'équipe.



Axe 5 : Patient acteur de son parcours et maintien à domicile.

Les patients souhaitent être davantage impliqués dans leur parcours et disposer d'informations claires sur leurs droits et le déroulement des soins. Un constat fort est également que la majorité des patients exprime leur souhait de décéder à domicile. La question du maintien à domicile, notamment pour les patients de moins de 60 ans, nécessite un accompagnement anticipatif et personnalisé, intégrant les aides sociales et les dispositifs de soutien.

Objectifs

- Favoriser l'implication active du patient dans son parcours de fin de vie.
- Assurer le maintien à domicile dans des conditions sécurisées et adaptées.
- Garantir l'accès aux aides sociales et aux ressources nécessaires pour soutenir l'autonomie.
- Respecter les souhaits de fin de vie des patients, y compris le souhait de rester à domicile.

Indicateurs

- Mise en place d'une charte patient ou équivalent pour formaliser les droits et le rôle du patient.
- Taux de patients accompagnés à domicile selon leurs souhaits.
- Suivi de l'utilisation des aides et dispositifs de soutien mis en place.

B. FICHES ACTION

AXE 1 : ACCULTURATION AUX SOINS PALLIATIFS ET ANIMATION TERRITORIALE

ACTION N°1 Développer l'acculturation palliative des professionnels du territoire.

RÉPOND À L'AXE DU PROJET ASSOCIATIF :	Axe 3 : Favoriser la dynamique de territoire. Le diagnostic territorial met en évidence une méconnaissance persistante de la démarche palliative, souvent associée uniquement à la fin de vie. Cette représentation freine le repérage précoce et l'anticipation des situations complexes. Les professionnels expriment un besoin de repères, de clarification et d'outils concrets.												
PILOTE :	Responsable ETSP	CONTRIBUTEUR :	ETSP, Appui Santé CBA, EMSP, HAD, COFIL Pallia										
OBJECTIF :	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une culture palliative partagée sur le territoire. • Améliorer le repérage précoce des situations palliatives. • Soutenir les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes. 												
PUBLICS CONCERNÉS :	Professionnels de santé libéraux, services à domicile (SSIAD, SAAD), structures médico-sociales.												
DESCRIPTION DE L'ACTION :	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de sensibilisations et formations au siège d'Appui Santé. • Interventions directement au sein des structures à la demande. • Création de contenus (type PP, vidéo etc) et adaptation des contenus aux besoins identifiés sur le terrain. • Création d'un flyer spécifique formation ETSP. • Former le personnel de l'ETSP. Les objectifs et les actions évolueront au fil du temps, enrichis et adaptés pour rester pleinement en phase avec les besoins des patients et des acteurs du territoire.												
CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE EN TERMES DE RÉSULTATS ATTENDUS :	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="287 1259 381 1313">2026</td> <td data-bbox="381 1259 874 1313">Création d'un livret de formation et de contenus. Organisation de nouvelles sessions.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="287 1313 381 1367">2027</td> <td data-bbox="381 1313 874 1367">Mise à jour des contenus. Organisation des sessions de formation.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="287 1367 381 1422">2028</td> <td data-bbox="381 1367 874 1422">Évaluation et mise à jour.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="287 1422 381 1476">2029</td> <td data-bbox="381 1422 874 1476">Évaluation et mise à jour.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="287 1476 381 1530">2030</td> <td data-bbox="381 1476 874 1530">Évaluation et mise à jour.</td> </tr> </table>			2026	Création d'un livret de formation et de contenus. Organisation de nouvelles sessions.	2027	Mise à jour des contenus. Organisation des sessions de formation.	2028	Évaluation et mise à jour.	2029	Évaluation et mise à jour.	2030	Évaluation et mise à jour.
2026	Création d'un livret de formation et de contenus. Organisation de nouvelles sessions.												
2027	Mise à jour des contenus. Organisation des sessions de formation.												
2028	Évaluation et mise à jour.												
2029	Évaluation et mise à jour.												
2030	Évaluation et mise à jour.												

INDICATEURS DE SUIVI :

- Nombre de sensibilisations réalisées.
- Nombre de professionnels sensibilisés.
- Retours qualitatifs des participants.
- Nombre de formations auxquelles l'ETSP à participer.

ACTION N°2

Renforcer l'animation territoriale et les temps de coordination.

<p>RÉPOND À L'AXE DU PROJET ASSOCIATIF :</p>	<p>Axe 1 : Informer, coordonner et coopérer Axe 4 : Favoriser la dynamique de territoire Le diagnostic souligne un besoin de coordination renforcée entre acteurs et d'espaces d'échanges réguliers. Les professionnels expriment le besoin de partager leurs pratiques, de mieux se connaître et de sécuriser les parcours complexes.</p>							
<p>PILOTE :</p>	Responsable ETSP	<p>CONTRIBUTEUR :</p>	ETSP, COPIL Pallia					
<p>OBJECTIF :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les échanges interprofessionnels. • Améliorer la fluidité des parcours patients. • Renforcer le maillage territorial en soins palliatifs. 							
<p>PUBLICS CONCERNÉS :</p>	Territoire.							
<p>DESCRIPTION DE L'ACTION :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de soirées de coordination territoriales. • Participation et animation du COPIL Pallia. • Mise en place de temps d'échanges cliniques et de concertation. • Mise en place de RCP à la demande des libéraux. • Intégration du groupe Ethique du CH de Dieppe. • Développement de l'outil e-parcours. Les objectifs et les actions évolueront au fil du temps, enrichis et adaptés pour rester pleinement en phase avec les besoins des patients et des acteurs du territoire.							
<p>CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE EN TERMES DE RÉSULTATS ATTENDUS :</p>	<p>2026</p> <p>2027</p> <p>2028</p> <p>2029</p> <p>2030</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="381 914 874 1018"> COPIL Pallia . Mise en place de RCP. Intégration du Comité Ethique du CH de Dieppe. Développement de l'outil e-parcours. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="381 1018 874 1106"> COPIL Pallia Soirée de la coordination. Comité éthique. Continuité du développement e-parcours. RCP. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="381 1106 874 1145"> À réévaluer. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="381 1145 874 1185"> À réévaluer. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="381 1185 874 1233"> À réévaluer. </td> </tr> </table>		COPIL Pallia . Mise en place de RCP. Intégration du Comité Ethique du CH de Dieppe. Développement de l'outil e-parcours.	COPIL Pallia Soirée de la coordination. Comité éthique. Continuité du développement e-parcours. RCP.	À réévaluer.	À réévaluer.	À réévaluer.
COPIL Pallia . Mise en place de RCP. Intégration du Comité Ethique du CH de Dieppe. Développement de l'outil e-parcours.								
COPIL Pallia Soirée de la coordination. Comité éthique. Continuité du développement e-parcours. RCP.								
À réévaluer.								
À réévaluer.								
À réévaluer.								
<p>INDICATEURS DE SUIVI :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de temps de coordination organisés. • Nombre de personnes présentes aux temps de coordination. • Nombre de personnes ayant participées au COPIL Pallia. 							

AXE 2 : DÉVELOPPER LA COMMUNICATION ET LA LISIBILITÉ DE L'ÉTSP

ACTION
N^o1

Renforcer la lisibilité et l'identification de l'ETSP sur le territoire.

Axe 4 : Favoriser la dynamique de territoire.

Le diagnostic territorial met en évidence un manque de lisibilité des dispositifs de soins palliatifs et une confusion fréquente entre les différents acteurs. La récente réorganisation de l'ETSP, avec son repositionnement hors du DAC, renforce la nécessité de clarifier son rôle, ses missions et ses modalités de sollicitation auprès des partenaires du territoire.

PILOTE :

Responsable ETSP

CONTRIBUTEUR :

Équipe ETSP / Chargée de com

OBJECTIF :

- Améliorer l'identification de l'ETSP par les professionnels et partenaires.
- Clarifier le rôle, les missions et le périmètre d'intervention de l'équipe.
- Faciliter l'orientation et le recours à l'ETSP de manière précoce.

PUBLICS CONCERNÉS :

Professionnels de santé libéraux, structures sanitaires et médico-sociales, partenaires associatifs et institutionnels.

DESCRIPTION DE L'ACTION :

- Élaboration et diffusion de supports de communication dédiés (flyers, plaquettes, supports numériques).
 - Harmonisation des signatures professionnelles et documents institutionnels.
 - Présentation de l'ETSP lors de temps territoriaux (COPIL Pallia, réunions partenariales, soirées de coordination).
 - Actualisation des supports existants pour refléter le nouveau positionnement de l'équipe.
- Les objectifs et les actions évolueront au fil du temps, enrichis et adaptés pour rester pleinement en phase avec les besoins des patients et des acteurs du territoire.

CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE EN TERMES DE RÉSULTATS ATTENDUS :

2026	Mise à jour et création des supports.
2027	Mise à jour.
2028	Mise à jour.
2029	Mise à jour.
2030	Mise à jour.

INDICATEURS DE SUIVI :

- Nombre de supports créés.
- Suivi de la file active ETSP.
- Nombre de publications spécifiques ETSP sur les réseaux sociaux.
- Nombre de présentations ETSP.

AXE 3 : DÉVELOPPER LA CULTURE QUALITÉ, LA GESTION DES RISQUES ET L'AMÉLIORATION CONTINUE

ACTION N°1 Déployer une culture qualité et d'amélioration continue au sein de l'ETSP.

RÉPOND À L'AXE DU PROJET ASSOCIATIF :	Axe 3 : Garantir la qualité d'accompagnement. Le diagnostic territorial et partenarial met en évidence des parcours complexes, à risque de ruptures, nécessitant anticipation, coordination et sécurisation. Le récent réajustement organisationnel de l'ETSP renforce la nécessité de structurer une démarche qualité partagée, adaptée à un service en évolution, afin d'améliorer en continu les pratiques, la sécurité des parcours et la satisfaction des patients, de leurs proches et des professionnels.											
PILOTE :	Responsable Qualité	CONTRIBUTEUR : Responsable ETSP, équipe ETSP, gouvernance Appui Santé CBA										
OBJECTIF :	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une culture qualité commune au sein de l'ETSP. • Sécuriser les parcours patients et prévenir les ruptures. • Soutenir les professionnels dans l'analyse et l'amélioration de leurs pratiques. • Incrire l'ETSP dans une dynamique d'amélioration continue. 											
PUBLICS CONCERNÉS :	Patients accompagnés par l'ETSP, proches aidants, professionnels de l'ETSP et partenaires du territoire.											
DESCRIPTION DE L'ACTION :	<ul style="list-style-type: none"> • Déclinaison de la politique qualité associative au niveau de l'ETSP. • Mise en place et appropriation des outils qualité (FEI, suivi des ruptures de parcours, gestion documentaire). • Analyse collective des événements indésirables et situations complexes. • Organisation de temps d'analyse des pratiques et de supervision. • Recueil et prise en compte de la satisfaction des patients, des proches et des équipes. • Ajustement régulier des pratiques en fonction des retours et évolutions du service. Les objectifs et les actions évolueront au fil du temps, enrichis et adaptés pour rester pleinement en phase avec les besoins des patients et des acteurs du territoire.											
CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE EN TERMES DE RÉSULTATS ATTENDUS :	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="281 1246 381 1294">2026</td> <td data-bbox="381 1246 1015 1294">Bilan politique qualité et mise à jour du PAQ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="281 1294 381 1342">2027</td> <td data-bbox="381 1294 1015 1342">Bilan politique qualité et suivi du PAQ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="281 1342 381 1390">2028</td> <td data-bbox="381 1342 1015 1390">Bilan politique qualité et suivi du PAQ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="281 1390 381 1437">2029</td> <td data-bbox="381 1390 1015 1437">Bilan politique qualité et suivi du PAQ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="281 1437 381 1452">2030</td> <td data-bbox="381 1437 1015 1452">Bilan politique qualité et suivi du PAQ.</td> </tr> </table>		2026	Bilan politique qualité et mise à jour du PAQ.	2027	Bilan politique qualité et suivi du PAQ.	2028	Bilan politique qualité et suivi du PAQ.	2029	Bilan politique qualité et suivi du PAQ.	2030	Bilan politique qualité et suivi du PAQ.
2026	Bilan politique qualité et mise à jour du PAQ.											
2027	Bilan politique qualité et suivi du PAQ.											
2028	Bilan politique qualité et suivi du PAQ.											
2029	Bilan politique qualité et suivi du PAQ.											
2030	Bilan politique qualité et suivi du PAQ.											

INDICATEURS DE SUIVI :

- Utilisation des outils qualité (Nombre FEI, analyses réalisées, actions clôturées).
- Nombre de temps d'analyse des pratiques.
- Nombre de sensibilisations qualité réalisées.
- Retours qualitatifs des patients, proches et professionnels.
- Nombre d'audits réalisés.
- Mise à jour de la gestion documentaire.

AXE 4 : METTRE LE PATIENT AU COEUR DE SON PARCOURS ET FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE

ACTION N°1

Renforcer la place du patient acteur de son parcours de soins palliatifs et sécuriser le maintien à domicile

RÉPOND À L'AXE DU PROJET ASSOCIATIF :

Axe 1 : Informer, coordonner et coopérer.
Le diagnostic territorial et l'enquête nationale LNA Santé mettent en évidence un écart significatif entre les souhaits des patients et la réalité des parcours : une majorité de personnes exprime le désir de finir leur vie à domicile, alors qu'une minorité y décède effectivement. Les freins identifiés concernent principalement l'absence d'anticipation, le manque de coordination, la fragilité des aidants et l'insuffisante mobilisation des aides sociales, notamment pour les patients de moins de 60 ans.
Dans ce contexte, l'ETSP a un rôle central pour accompagner le patient dans l'expression de ses choix, soutenir son autonomie décisionnelle et sécuriser le maintien à domicile lorsque celui-ci est souhaité et possible.

PILOTE :

Responsable ETSP

CONTRIBUTEUR :

Équipe ETSP, RAQ, HAD, EMSP, assistante sociale, libéraux, services d'aide à domicile, MDA, COPIL Pallia, chargée de com

OBJECTIF :

- Renforcer la place du patient comme acteur de son parcours de soins palliatifs.
- Favoriser l'expression et le respect des souhaits de la personne (lieu de vie, projet de soins, fin de vie).
- Anticiper les situations complexes pour limiter les ruptures de parcours.
- Sécuriser le maintien à domicile lorsque tel est le souhait du patient.

PUBLICS CONCERNÉS :

Patient de l'ETSP, proches et aidants, professionnels intervenant au domicile.

DESCRIPTION DE L'ACTION :

- Élaboration de supports d'information adaptés (livret d'accueil ETSP, documents explicatifs, présentation claire du fonctionnement de l'ETSP lors de l'entrée dans le parcours).
- Mise en place d'un livret avec information et soutien autour des droits des patients (expression des volontés, directives anticipées, personne de confiance).

**DESCRIPTION
DE L'ACTION :**

- Intégration progressive d'une charte ou de repères favorisant l'expression des souhaits du patient.
 - Développement d'outils favorisant l'implication du patient pour l'accompagner dans la clarification de son projet de vie et de soins, réajusté tout au long du parcours.
 - Anticipation des besoins médicaux, psychosociaux et sociaux en lien avec les professionnels de proximité.
 - Mobilisation renforcée des aides sociales et dispositifs de soutien, notamment pour les patients de moins de 60 ans.
 - Coordination étroite avec les acteurs du domicile afin de sécuriser le maintien à domicile et prévenir les hospitalisations non souhaitées
- Les objectifs et les actions évolueront au fil du temps, enrichis et adaptés pour rester pleinement en phase avec les besoins des patients et des acteurs du territoire.

**CALENDRIER
PRÉVISIONNEL
DE MISE EN
ŒUVRE EN
TERMES DE
RÉSULTATS
ATTENDUS :**

2026	Lancement d'un GT sur les documents.
2027	/
2028	/
2029	/
2030	/

**INDICATEURS
DE SUIVI :**

- Suivi du pourcentage de patients décédés à domicile.
- Suivi des ruptures de parcours.
- Documents créés ou mis à jour.
- Audit sur le nombre de projets de fin de vie formalisés.

AXE 5 : SOUTENIR LES PROFESSIONNELS ET LES AIDANTS, RENFORCER L'EXPERTISE ET L'APPUI CLINIQUE

ACTION
N°1

Renforcer le soutien aux professionnels et aux aidants et développer l'avis thérapeutique et le conseil.

**RÉPOND À L'AXE
DU PROJET
ASSOCIATIF :**

Axe 1 : Informer, coordonner et coopérer

Axe 2 : Soutenir les aidants et les accompagnants

Le diagnostic territorial met en évidence un fort besoin de soutien des professionnels de proximité et des aidants confrontés à des situations palliatives complexes, souvent marquées par l'isolement, la charge émotionnelle et les difficultés d'anticipation.

Les professionnels expriment un besoin d'appui clinique réactif, de conseils spécialisés et d'espaces de réflexion partagée, notamment dans les situations à enjeux éthiques ou décisionnels.

Dans ce contexte, l'ETSP se positionne comme une ressource experte, accessible et sécurisante, venant soutenir sans se substituer aux acteurs de premier recours.

PILOTE :	Responsable ETSP											
CONTRIBUTEUR :	ETSP, professionnels libéraux, HAD, EMSP, structures médico-sociales, associations d'aidants, DAU, COPIL Pallia											
OBJECTIF :	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les professionnels du territoire dans la prise en charge des situations palliatives complexes. • Renforcer le soutien aux aidants et prévenir leur épuisement. • Développer l'avis thérapeutique et le conseil comme outils d'appui clinique. • Améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des parcours de soins. 											
PUBLICS CONCERNÉS :	Professionnels de santé libéraux et salariés, équipes intervenant au domicile (HAD, SSIAD, SAAD, EMSP...), proches aidants des patients accompagnés.											
DESCRIPTION DE L'ACTION :	<ul style="list-style-type: none"> • Appui clinique et avis thérapeutique auprès des professionnels, en lien avec le médecin coordonnateur et l'équipe pluridisciplinaire. Conseil et soutien par contact téléphonique ou échanges sécurisés, dans le cadre des horaires de fonctionnement de l'ETSP. • Participation et mise en place de RCP et échanges autour des situations complexes. • Soutien psychologique et social des aidants, en lien avec la psychologue et l'assistante sociale. Orientation vers les dispositifs de répit, les ressources territoriales et les associations d'aide aux aidants. • Réflexion territoriale partagée sur l'évolution des modalités de soutien (dont l'opportunité d'une astreinte), sans engagement à ce stade. <p>Les objectifs et les actions évolueront au fil du temps, enrichis et adaptés pour rester pleinement en phase avec les besoins des patients et des acteurs du territoire.</p>											
MOYENS :	Augmentation du temps médical et formation du médecin. Recrutement psychologue. Formation régulière des équipes. DU Douleur.											
CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE EN TERMES DE RÉSULTATS ATTENDUS :	<table border="1"> <tr> <td>2026</td> <td>Suivi indicateurs. Recrutement psychologue. Développement des soutiens psy et sociaux.</td> </tr> <tr> <td>2027</td> <td>À réévaluer.</td> </tr> <tr> <td>2028</td> <td>À réévaluer.</td> </tr> <tr> <td>2029</td> <td>À réévaluer.</td> </tr> <tr> <td>2030</td> <td>À réévaluer.</td> </tr> </table>	2026	Suivi indicateurs. Recrutement psychologue. Développement des soutiens psy et sociaux.	2027	À réévaluer.	2028	À réévaluer.	2029	À réévaluer.	2030	À réévaluer.	
2026	Suivi indicateurs. Recrutement psychologue. Développement des soutiens psy et sociaux.											
2027	À réévaluer.											
2028	À réévaluer.											
2029	À réévaluer.											
2030	À réévaluer.											
INDICATEURS DE SUIVI :	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sollicitations pour appui, conseil ou avis thérapeutique. • Nombre de soutiens psychologiques équipe + patients et/ou aidants. 											

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire semi directif



QUESTIONNAIRE SEMI DIRECTIF ETSP



Appui Santé créé en 2022 pour mission de mettre en place le Dispositif d'Appui à la Coordination DAC. Il unifiât plusieurs dispositifs dont RESOPAL. Il en a gardé les missions au travers de son Equipe Territoriale de Soins Palliatifs qui intervient sur l'ensemble du Territoire de Démocratie Sanitaire. Après quelques années de fonctionnement Appui Santé travaille aujourd'hui à l'écriture du Projet de Service de l'ETSP et souhaite pour cela recueillir votre avis sur les besoins du territoire, vos attentes, afin d'apporter une réponse adaptée aux personnes bénéficiant de soins palliatifs.

Merci pour l'accueil que vous nous réservez et pour l'aide que vous nous apportez.

Date :		Lieu :	
Entretien effectué par :			
Partenaires / Profession			
Patientèle	<input type="checkbox"/> Urbaine <input type="checkbox"/> Rurale		
Place des soins palliatifs dans votre patientèle			

Questions	Réponses
Aujourd'hui, quels sont les besoins des patients en soins palliatifs ? Et leurs proches ?	
Quels sont les besoins auxquels vous ne pouvez pas répondre ?	

<p>Si besoin, auprès de quels partenaires demandez-vous conseil ou soutien ?</p>	
<p>Peuvent-ils répondre à toutes les attentes des patients en soins palliatifs et de leurs proches ?</p>	
<p>Selon vous, quelles sont les déclinaisons des soins palliatifs qui seraient le plus utiles sur le territoire de Démocratie sanitaire ?</p>	

<p>Quelles missions prioritaires donneriez-vous à une Equipe Territoriale de Soins Palliatifs ?</p>	
<p>Quels sont vos attentes en termes de collaboration avec l'ETSP ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Compétences</i> - <i>Visite commune au domicile</i> - <i>Communication (tel, mail, sms)</i> - <i>Fréquence des visites</i> 	
<p>Une permanence vous paraît-elle utile ? A développer</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Astreinte</i> - <i>Horaires d'astreinte souhaitée</i> 	
<p>De quelle formation souhaiteriez-vous bénéficier ?</p> <p>De quelle formation souhaiteriez-vous que le territoire puisse bénéficier ? (IDEL etc.)</p>	

Annexe 2 : Compte Rendu COPIL Pallia juillet 2025

	Imprimé	Version 1	Page 1 sur 5
	CR COPIL PALLIA N3 2025		

Rédaction	Date de rédaction
Clémence LACULLE Responsable ETSP / DAU	21/07/2025

I. Date, Horaire et Lieu de la réunion

Date : 08/07/2025

Horaires : 14h00 – 16h15

Lieu : Appui Santé

II. Personnes conviées

Feuille d'émargement en annexe

Nom prénom	Fonction	Présent(e)	Excusé(e)	Absent(e)
FAYARD Laurent	Direction HAD		x	
Dr RATTEZ Soline	Médecin Praticien HAD		x	
Dr QUESNEL Anne Laure	Médecin EMSP CH DIEPPE	x		
Dr SENG Luc	Médecin Co ETSP	x		
LACULLE Clémence	Responsable ETSP / DAU	x		
BROUSSE Philippe	Bénévole Détente arc en ciel	x		
SERVAIS PICORD Laurine	IDE de liaison HAD	x		
FOUCOURT Chloé	IDECo ETSP	x		
PHILIPPE Adeline	IDECo ETSP	x		
LE GOFF Gaelle	IDECo EMSP CH DIEPPE	x		
HARAUX Alison	Cheffe de projet / RAQ		x	
HAVARD Stéphanie	Cadre coordinatrice HAD	x		
BOIMARE Corinne	Directrice URPS			x
Dr DEFEUJILLET Catherine	Médecin EMSP		x	
COQUAIS Julien	Direction APPUI SANTE		x	
Dr LOISEL Nicolas	Médecin gé / CPTS MedInCaux	x		
VEREECKE Chrystelle	Coordinatrice CPTS Galéa	x		
Dr DAVID Blandine	Médecin praticien HAD	x		
DEMBELE Halyma	Psychologue EMSP CH DIEPPE	x		
Dr THENARD Gaëtan	Médecin gé / CPTS MedInCaux	x		

III. Compte rendu

1/ Introduction

Rappel des objectifs du COPIL Pallia qui sont de structurer le parcours pallia sur le territoire et d'analyser des situations palliatives afin d'organiser des actions d'amélioration sur les accompagnements menés.

Rappel de l'historique de ce COPIL crée en 2023 avec à son origine, la création du numéro unique. Une réglette sur le parcours palliatif a été réalisée puis ce sont principalement des sensibilisations avec la semaine « Soins palliatifs » en 2023 ou « la soirée de la coordination » en 2024.

Le BILAN 2024 est présent sur PLEXUS.

Pour cette nouvelle réunion, nous avons souhaité recentrer notre travail sur le parcours du patient SP et plus particulièrement sur l'orientation.

Les objectifs de la réunion étaient :

- ⇒ Identifier les attentes des partenaires
- ⇒ Travailler l'orientation des patients
- ⇒ Identifier collectivement les leviers et les freins à une orientation plus précoce en intégrant les acteurs du territoire.

« Mieux anticiper, mieux orienter, mieux intégrer »

Quelques réalités actuelles ont été recensés, comme les interventions tardives de l'HAD (parfois quelques heures), les infirmiers et les médecins libéraux qui ne se sentent pas toujours intégrer dans l'orientation des patients, manque de lien ville hôpital. Et l'ETSP qui pourrait jouer un rôle clé dans la détection et l'orientation en lien avec la ville.

2/ Ateliers

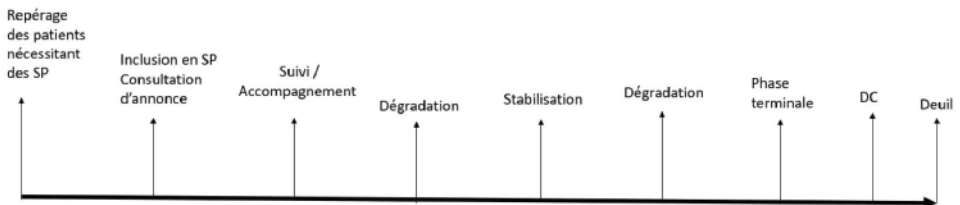
Trois groupes mixtes ont été créés. Malheureusement l'absence de l'URPS Infirmier n'a pas permis de représenter les infirmiers libéraux et c'était un manque sur cette séance.

Les groupes ont tournés sur 3 tables :

« Quelles sont vos attentes pour un parcours de soins palliatifs réussi ? »

« Identifier une ou plusieurs difficultés dans le parcours du patient actuellement ? »

« Quel est votre rôle actuel (ou souhaité) dans l'orientation d'un patient en soins palliatifs ? »



Un rapporteur sur chaque table.

3/ Synthèse

a. Attentes et identification des difficultés

Attentes pour un parcours SP réussi	Identification des difficultés
Respect du souhait du patient Respect des souhaits et soutien de l'entourage	Patient isolé Lenteur ou manque d'aides sociales (SSIAD, sujet jeune, personnel) Certificat de DC (semaine et week-end)
Fluidité (Professionnels, patient, entourage) Accompagnement pluri pro Détermination d'un référent avec légitimité : ⇨ Pr le patient notion de continuité (différent du spécialiste) ⇨ Pr les pros : vision d'ensemble, bonne connaissance des acteurs du territoire ⇨ Gage de confiance Axe MT / ETSP essentiel Outil partagé = éviter les répétitions pour le patient	Manque d'intégration de la ville dans la PEC Retard dans l'information Manque de communication entre les acteurs Identification des acteurs et leurs rôles Manque d'homogénéité dans les pratiques (VAD médecins etc.) Lien avec les IDEL : être informés des dégradations Pas de médecin traitant DMP (outil inefficace / gestion de documents) Beaucoup d'outils différents dans les pratiques
Information du patient (c'est un droit) Voir en présentiel le patient pour l'annonce et le suivi PS formés au processus d'accueil de l'annonce Partager les informations transmises au patient pour permettre le suivi Accompagnement après l'annonce	Manque d'informations sur ce qui a été dit (ce qui est su par le patient et l'entourage)
RCP qui intègrent largement les acteurs	Médecin gé non invité, pas payé durant les RCP Non intégration dans les RCP du terme SP (sous-entendu) Problématique lors du passage aux urgences et dans le suivi.
Anticipation : Orientation et identification suffisamment précoce = encore en traitement, dès l'annonce	Manque d'anticipation dans la demande de PEC Manque de prescriptions anticipées Difficultés d'identification (gériatrie, cardio, certaines spécialités Onco). <i>Le terme SP n'est pas utilisé dans les RCP tant qu'il y a encore des traitements (« chimiothérapie palliative utilisée en digestif mais pas dans les autres spécialités sur le CH Dieppe »)</i> <i>« Le patient qui a un cancer avec métastases est-il en SP ? » Réponse OUI</i> <i>« Ils ne se considèrent pas en SP, mais parle de leurs métastases. Ne parle pas du pronostic mais du diagnostic. »</i>

Culture commune Formations SP (même les bases)	Manque de formation (Différence SP et fin de vie ; FUP ; intervenants ; symptômes d'inconfort)
Autres	Manque unité de SP Manque une maison SP

b. Le rôle actuel et souhaité

Rôle actuel

Rôle souhaité

HAD	EMSP	ETSP	Med ttt	IDEL	CPTS
<p>Intervient dans : Suivi – Accompagnement – dégradation – Deuil (1 seule consultation puis réorientation)</p> <p>Rôle de repérage des patients en SP <i>exceptionnel ou fréquent ?</i></p> <p>Orientation vers d'autres structures comme l'EMSP et l'ETSP</p> <p><i>Souhait : être là plus tôt dans la PEC</i></p>	<p>Intervient dans les différents stades de PEC</p> <p>Rôle dans l'intra mais extra aussi EHPAD/FAM/ MAS</p> <p>PEC précoce (Intervient dans les STAFF et RCP en intra)</p> <p>Expertise SP</p> <p>Rôle de PEC de l'entourage / deuil</p> <p>Essaie de faire au maximum des entrée direct</p> <p><i>Souhait : éviter les passages aux urgences</i></p>	<p>Intervient dès le suivi et l'accompagnement jusqu'au deuil (suivi de deuil)</p> <p>Acculturation SP</p> <p>Expertise SP en extra hospitalier</p> <p>Rôle d'orientation</p> <p>Suivi de deuil psy et social</p> <p><i>Souhait de jouer un rôle dans l'inclusion en SP A ce jour repérage exceptionnel (via le DAC)</i></p>	<p>Intervient tout au long du parcours</p> <p>Rôle pivot</p> <p>Repérage et orientation vers les équipes spécialisées</p> <p>Vers EMSP ETSP</p> <p>Hospitalisation programmée</p> <p>Implication FUP pour <i>éviter d'engorger les urgences</i></p> <p><i>Être impliqué dans les RCP</i></p>	<p>Intervient dès le repérage</p> <p>Accompagne ment du patient et de ses proches</p> <p>BSI</p> <p>Binôme MT IDEL <i>Yeux des médecins, réactivité, bonne connaissance du patient.</i></p>	Formations

⇒ Bénévoles non évoqués.

4/ Conclusion

Un grand merci à l'ensemble des participants pour la richesse des échanges et leur engagement dans cette démarche collective.

Cette réunion a permis de faire émerger des constats partagés et des pistes d'action concrètes pour améliorer l'orientation en soins palliatifs sur notre territoire.

Le travail se poursuit collectivement, avec pour objectif de renforcer la coordination, l'anticipation et l'inclusion de tous les acteurs.

La prochaine réunion du COPIL nous permettra de déterminer ensemble les axes prioritaires et de co-construire des actions concrètes au plus près des besoins du terrain.

Date de prochaine réunion : le mardi 07 octobre à 14h00

ANNEXES

Annexe 1 : PP COPIL Pallia COPIL n3 2025

Atelier 2 : « Quelles sont vos attentes pour un parcours de soins palliatifs réussi ? »

Annexe 3 : Atelier : « Identifier une ou plusieurs difficultés dans le parcours du patient actuellement ? »

Annexe 4 : Atelier : « Quel est votre rôle actuel (ou souhaité) dans l'orientation d'un patient en soins palliatifs ? »

Annexe 5 : Feuille d'émergence

Copil Pallia n°3 2025



08/07/2025



COPIL PALLIA 08 07 2025

Sommaire

Introduction

Tour de table

Présentation des sujets / Ateliers en petits groupes

Synthèse et repérage des freins et blocages

Plan d'actions et questions diverses

COPIL PALLIA 08 07 2025

LE TOUR DE TABLE



« Quelles sont vos attentes pour un parcours de soins palliatifs réussi ? »

« Identifier une ou plusieurs difficultés dans le parcours actuellement ? »

« Quel est votre rôle actuel (ou souhaité) dans l'orientation d'un patient en soins palliatifs ? »

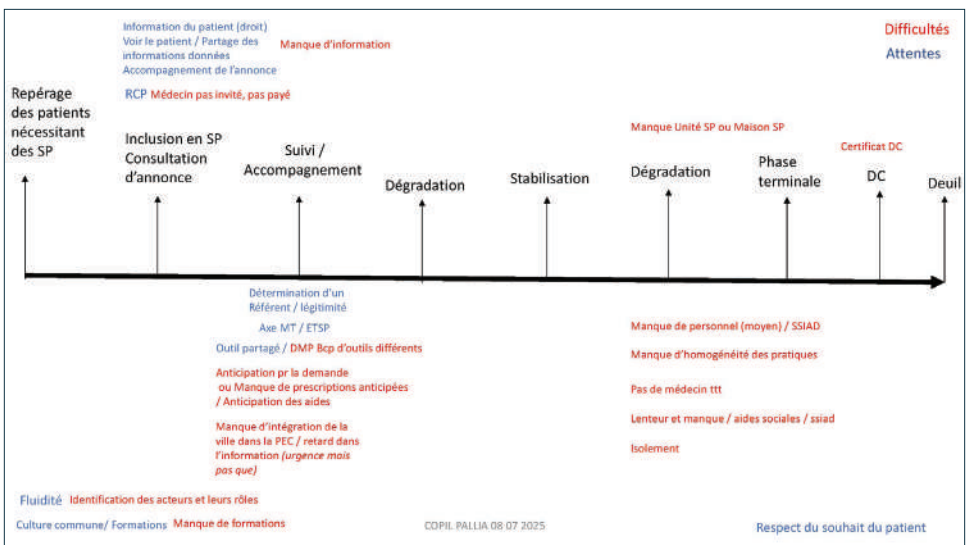
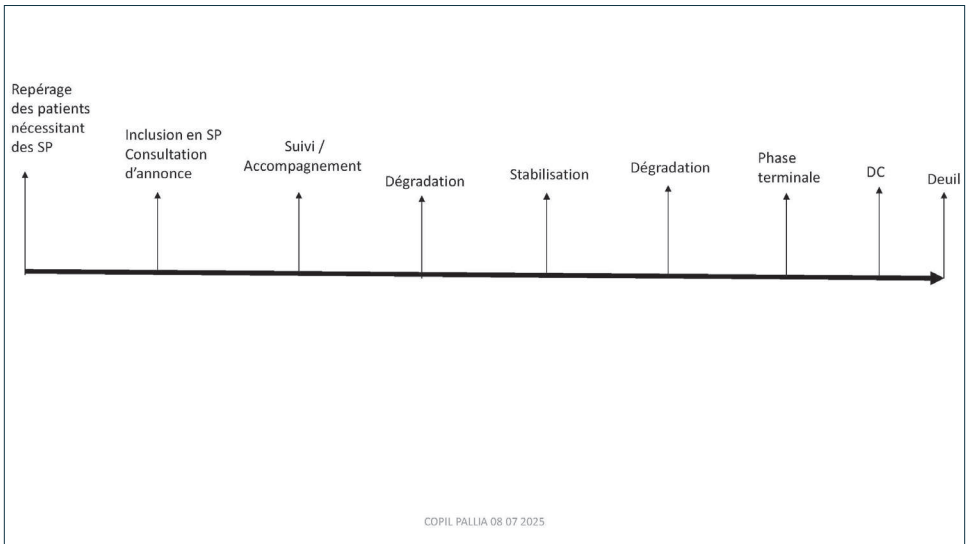
COPIL PALLIA 08 07 2025

Organisation :

- 3 groupes de 4/5 personnes MIXTE (HAD, EMSP, ville etc.)
- 15 min par groupe
- 1 question par table, toujours avec le fil conducteur de l'orientation et du parcours SP
- 1 rapporteur à chaque table
- 1 couleur spécifique à chaque groupe

=> Restitution après les 3 passages par le rapporteur

COPIL PALLIA 08 07 2025



Tr Identifier une ou plusieurs difficultés dans le parcours actuellement?

DMP

- Identification des acteurs et de leur rôle
- Manque d'anticipation sur la demande / prescription (anticipée)
- Manque de communication entre les professionnels intervenant sur le PEC du patient
- Manque d'intégration de la ville dans la PEC
- Manque de formation des professionnels
 - (désociation SP/FCU)
 - (délai, accès FCU, accès, manœuvre)
 - (DFAP/DI)
- Lien avec IDELS → être informé des dégradations
- Bes de IT sur la PEC (gestion de la douleur, rééducation...)
- Manque de personnel / moyens
- Manque d'hétérogénéité des pratiques
 - homogénéité
- Manque de places dans les SPIAD
- Lenteur des aides sociales (délai très long...)
- Isolement

- Certificat de décès à domicile
- Manque d'unité SP / maison SP

Tr Quel est votre rôle actuel (ou souhaité) dans l'orientation d'un patient en soins palliatifs?

	à des besoins (actuel)	pas de patient avec besoins (actuel)
ETSP	PEC patients réfugiés ou de staff (SP) / adaptation - de durée de la PC - expertise	
SPS - formatives		
MS	est le référent de la PC - fait de la PC	appui à l'orientation vers les soins palliatifs
ETSP	non accompagnés - conseil appui matériel (au 4 ^e net)	appui à l'orientation vers les soins palliatifs
HAS	appui des patients V (accompagnement) - face à accompagnement, information - aide - aide à la mise en œuvre (accompagnement)	appui à l'orientation vers les soins palliatifs
IDELS	est le référent de la PC - appui accompagnement - aide à la mise en œuvre de la PC	appui à l'orientation vers les soins palliatifs
DFAP/DI	accompagnement / formation au 4 ^e net	

Quelles sont vos attentes pour un parcours de soins palliatifs Réussi ?

Parcours réussi : fluidité pour les PS et les patients et les proches
 = accompagnement pluriprof. mais un e référentie bien identifié pour le patient et l'entourage.

Orientation et identification suffisamment précises : annonce ou traitement, des annonces

Légitimité du référent -> aux yeux du patient. \circ continuité (+ spécialité). Peut-il donner le in référent et au long ?
 aux yeux des prof (d'après d'après vision d'ensemble - Bonne connaissance du territoire, des acteurs)

Attentes : le copil répond déjà à cette attente "de mettre le son patient au centre" + coordination.

Attentes : collaborations entre acteurs pour avoir accès aux info des patients sans avoir à les faire répéter => gain de confiance entre PS et patients

Légitimité du référent est par principe le MT mais vision d'ensemble compliqué à avoir. Connaissance du territoire OK mais pas tout les acteurs.

ETSP -> aide transmission auprès du MT, des autres PS - Ave ETSP - MT -> essentiel.

DuHl partagé = éviter la répétition de questions. DNI = outil efficace.

Attentes : + de connaissances sur le sujet (même sur le team) + culture commune.

Attentes : • Information + partagée du DMP. + Communication entre acteurs.

• Information du patient : exercice d'un droit.

• Créer conditions propres à l'exercice des droits des patients.

* Voir le patient : \times équipe de soins primaires avec un même niveau d'info.

* PS formés au processus d'accueil de l'annonce.

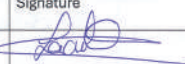




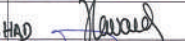
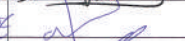




* Annonce véritablement accompagnée : quels mots prononcés, traces partagées partagées.

• Respecter les souhaits des patients et de la famille.

• RCP qui intègrent largement les acteurs autour du patient.

Feuille d'émargement

INTITULÉ DE LA REUNION : Concil Pallia n°3
 NOM DE L'INTERVENANT : Lucille Clémence
 DATE : 08/09/25
 HEURE : 14h

Nom	Prénom	Fonction	Signature
Lucille	Clémence	Responsable ETP	
Focaret	Chloé	IDEC ETSP	
Philippe	Adeline	ZDEC ETSP	
SENG	Luce	travail ETSP	
Brousse	Philippe	Président D'Accompagnement Société Arc en Ciel	
Verreche	Christelle	Coordo. CPTS.	
HAVARD	Stephanie	Cadre Coord des Soins HAD	
Loize	Melias	MEDecin GÉRIATRE	
Le Golf	Gaelle	IDE ETSP	
JENBELE	Halyma	Psychologue ETSP	
QUEINER	Ame - Laure	Médecin EHPAD CH de Bayre	
SERVAIS-PIGRO	Alexandra	IDE liaison HAD	
THEVARO	Gaelen	medecin generaliste	
DAVIS	Blandine	medecin CO HAD	

Annexe 3 : Enquête LNA santé

LNA Santé > Perception des français sur le vieillissement et la fin de vie

Une enquête exclusive pour LNA Santé

Perception des français sur le vieillissement et la fin de vie

Étude réalisée auprès d'un échantillon de 2 003 français par l'institut FLASHS pour LNA Santé.

Fin mai, l'Assemblée nationale devrait, selon l'annonce faite par le Gouvernement le 25 février dernier, étudier deux propositions de loi, l'une dédiée aux soins palliatifs, l'autre à la fin de vie.

Dans ce contexte et en amont de la journée mondiale de la santé le 7 avril, LNA Santé a souhaité mesurer la perception qu'ont les Français sur la dernière étape de leur existence en particulier et de leur propre vieillissement de manière plus générale.

Vivent-ils l'avancée en âge de manière plutôt positive ou négative ? Quel âge souhaitent-ils atteindre en bonne santé si cela leur est possible ? Pensez-ils que leur mode de vie actuel les place dans des conditions favorables pour y parvenir ?

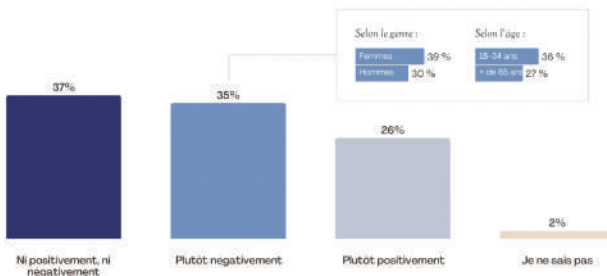
Qu'entreprennent-ils pour bien vieillir ? Sont-ils prêts à utiliser différents traitements et techniques pour ralentir le processus biologique ? Dans quel cadre envisagent-ils le mieux leurs derniers jours et se sentent-ils suffisamment informés sur les options qui s'offrent à eux ?

Afin de répondre à ces questions, plus de 2 000 personnes ont participé à une vaste enquête conduite par l'institut Flashs pour LNA Santé. Leurs réponses apportent un éclairage particulièrement intéressant sur leur manière d'appréhender l'évolution vers le grand âge, entre pratiques mises en œuvre pour bien vieillir, intérêt pour les traitements et innovations médicales, craintes liées aux handicaps ou encore manque de repères sur les dispositifs liés à la fin de vie.

Les femmes et les jeunes plus négatifs sur le vieillissement

► Aujourd'hui, comment percevez-vous le vieillissement ?

Base : À toutes et tous

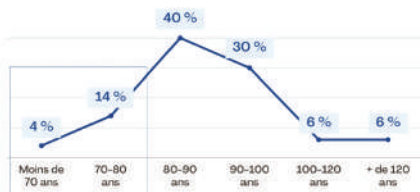


La perception du vieillissement divise les Français en trois blocs. Les plus nombreux (37 %) adoptent une attitude neutre sans qualifier le phénomène de manière positive ou négative. Ceux qui expriment une opinion plutôt négative (35 %, soit un sur trois) sont sensiblement plus nombreux que ceux qui, au contraire, voient le vieillissement sous un angle plutôt positif (26 %, soit un sur quatre). En l'espèce, les femmes expriment un sentiment défavorable plus affirmé que les hommes (39 % contre 30 %), ce qui est également le cas des plus jeunes comparativement à leurs aînés : 36 % des 18-34 ans l'envisagent de manière négative contre 27 % chez les plus de 65 ans.

L'âge idéal en bonne santé

► Jusqu'à quel âge aimeriez-vous idéalement vivre si votre santé était préservée ?

Base : À toutes et tous



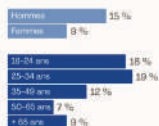
PRÈS D'1 FRANÇAIS SUR 5 n'aimerait pas vivre au-delà de 80 ans, même si sa santé était préservée.



LES HOMMES ET LES PLUS JEUNES

sont les plus nombreux à souhaiter vivre au-delà de 100 ans :

Parmi les personnes ayant choisi 100-120 ans et plus de 120 ans :



Lorsqu'on les interroge sur l'âge idéal qu'ils aimeraient atteindre en bonne santé, **70 % de nos concitoyens se situent dans une fourchette comprise entre 80 et 100 ans** (40 % entre 80 et 90 ans et 30 % entre 90 et 100 ans). Si elle séduit beaucoup moins, la perspective de passer la barre du siècle passé sur terre attire tout de même **plus d'un Français sur dix (12 %)**, dont la moitié (6 %) se verraient bien **aller au-delà des 120 ans**. À l'inverse, 18 % des répondants n'aimeraient pas voir leur existence se prolonger après 80 ans, même en bonne santé.

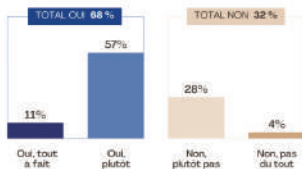
Dans le détail, **les plus jeunes sont les plus nombreux à souhaiter vivre au-delà de 100 ans** : c'est le cas de 18 % des 18-34 ans, chiffre qui tombe à 12 % chez les 35-49 ans, puis respectivement à 7 % et 9 % parmi les 50-64 ans et les plus de 65 ans. **Les hommes sont également plus nombreux que les femmes à envisager de franchir ce seuil symbolique** (15 % contre 9 %).

Des français actifs et soucieux de leur alimentation

Le mode de vie est un facteur essentiel du bien vieillir. **Parmi les personnes interrogées, près de sept sur dix (68 %) estiment que leurs habitudes vont dans le bon sens, les hommes (73%) sensiblement plus que les femmes (64%).** Au cœur des messages de prévention régulièrement diffusés, pratiquer une activité physique et manger sainement font partie des incontournables, tant leurs effets positifs sur la santé sont avérés. À l'évidence, les Français les entendent et les appliquent : **ils sont 65 % à dire qu'ils pratiquent une activité physique régulière**, et autant à veiller à l'équilibre de leur alimentation.

► Vous personnellement, estimez-vous que votre mode de vie actuel vous permettrait de bien vieillir ?

Base : À toutes et tous

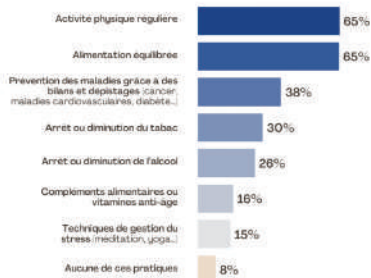


PRÈS DE 7 PERSONNES SUR 10 considèrent que leur mode de vie actuel leur permettrait de bien vieillir.



► Parmi ces pratiques, lesquelles avez-vous déjà adoptées pour préserver votre jeunesse et votre santé ?

Base : À toutes et tous - Plusieurs réponses possibles



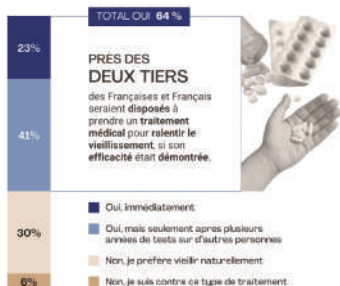
Les actions de prévention évoluent avec l'âge

Si elles restent aux yeux des autorités de santé toujours inférieures à ce qu'elles devraient être, **les actions de prévention, via des bilans et des dépistages, sont suivies par près de quatre personnes sur dix (38 %)**. Logiquement, les chiffres varient fortement en fonction de l'âge des répondants : si 26 % des 18-34 ans s'inscrivent dans ce cadre, ils sont 47 % chez les 50-64 ans et 54 % chez les plus de 65 ans. Parmi les autres mesures mises en œuvre figurent l'arrêt ou la diminution du tabac (30 %) et de l'alcool (26 %), la prise de compléments ou vitamines dites "anti-âge" (16 %) ou encore l'adoption de techniques visant à contrôler le stress (15 %).

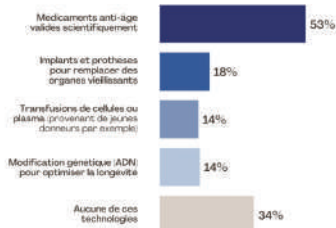
Oui au traitement antiviellissement

Au-delà de ces bonnes pratiques, les Français sont-ils tentés par la prise d'un traitement médical à l'efficacité prouvée pour ralentir leur vieillissement ? **Une large majorité des deux tiers (64 %) répond positivement. 23 % sont prêts à y souscrire immédiatement, mais 41 % jouent la prudence** et ressentent la nécessité d'attendre les résultats de plusieurs années d'expérimentation sur l'être humain. Une proportion non négligeable des personnes interrogées rejette pour sa part cette perspective, notamment les **30 % qui préfèrent laisser le processus de vieillissement s'opérer naturellement**.

► Si son efficacité était scientifiquement prouvée, seriez-vous prêt(e) à prendre un traitement médical pour ralentir le vieillissement ?
Base : À toutes et tous



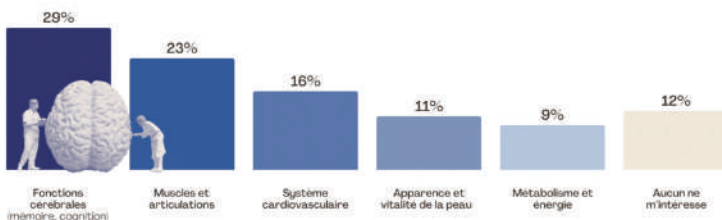
► Parmi ces avancées médicales, lesquelles seriez-vous prêt(e) à utiliser pour ralentir le vieillissement ?
Base : À toutes et tous - Plusieurs réponses possibles



Lorsque l'on entre un peu plus dans le détail des avancées médicales qui pourraient séduire nos concitoyens en matière de lutte contre les affres de l'âge, l'hypothèse d'un **traitement médicamenteux scientifiquement validé arrive très largement en tête** avec plus de la moitié des répondants (53 %) se disant prêts à l'utiliser. Loin derrière figurent l'installation d'implants ou de prothèses pour suppléer des organes vieillissants (18 %), la modification de l'ADN pour booster la longévité (14 %) et la transfusion de cellules ou de plasma (14 % également). Il n'en reste pas moins qu'un **Français sur trois (34 %) rejette l'ensemble de ces technologies**.

Préserver le cognitif d'abord

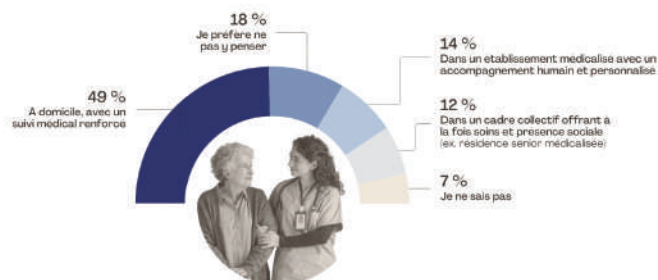
► Si un traitement permettait de "rajeunir" certaines fonctions du corps, laquelle vous intéresserait prioritairement ?
Base : À toutes et tous



Invités à choisir à quelle fonction de leur corps ils seraient prêts à consacrer un traitement de rajeunissement, **29 % des Français désignent les fonctions cognitives**, devant les muscles et articulations (23 %) et le système cardio-vasculaire (16 %). L'apparence et la vitalité de la peau ainsi que le métabolisme et l'énergie ne sont mis en avant que par environ un répondant sur dix, tandis que 12 % indiquent ne pas être intéressés par ce type de cure de jeunesse.

Finir ses jours à domicile

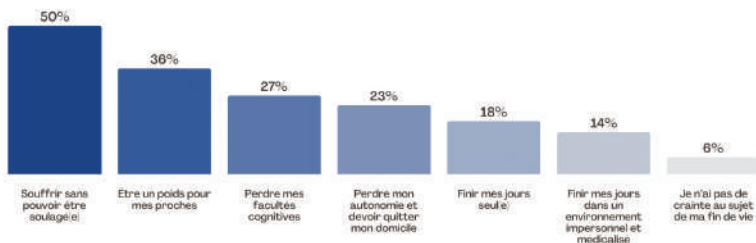
► Si vous deviez envisager un accompagnement médical en fin de vie, quel type de prise en charge préféreriez-vous ?
 Bonne - À toutes et tous.



Quand bien même une bonne hygiène de vie et les progrès de la science offrent d'indéniables possibilités de vieillir en bonne santé, la fin de vie demeure un moment inéluctable. Ce stade ultime, **les Français souhaitent pour près de la moitié d'entre eux (49%) le passer à leur domicile avec l'appui d'un suivi médical renforcé**. 26% seraient prêts à être accueillis en structure. Parmi ces derniers, 14 % privilégient un établissement médicalisé, entourés d'un accompagnement humain et personnalisé, tandis que 12 % privilégient la perspective de finir leurs jours au sein d'une structure offrant à la fois soins et lien social. Enfin, près d'un répondant sur cinq (18 %) préfère ne pas se projeter dans cette phase ultime de son existence.

La crainte de souffrir

► Quelles sont vos deux plus grandes craintes concernant votre propre fin de vie ?
 Bonne - À toutes et tous - Deux réponses possibles

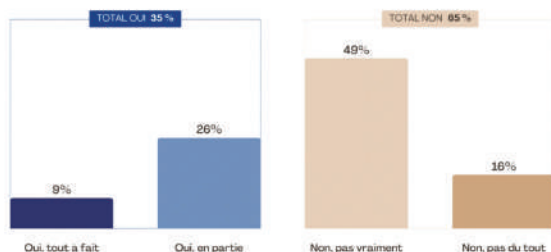


Vieillir et s'approcher de la fin de vie, c'est, qu'on les anticipe ou non, devoir affronter un certain nombre d'épreuves. Interrogés sur leurs deux plus grandes craintes en la matière, **l'éventualité de souffrir sans pouvoir être soulagé est redoutée par la moitié (50%) des personnes interrogées** dans cette étude. **Devenir un poids pour l'entourage arrive en seconde position avec 36%** des opinions exprimées, suivi par **la perte des facultés cognitives (27%)** et **l'obligation de quitter son domicile faute de pouvoir y vivre de manière autonome (23%)**. Dans une moindre mesure, 18 % des Français appréhendent de finir leurs jours seuls, ou bien dans un environnement impersonnel et médicalisé (14 %). A peine 6% disent ne pas avoir de crainte particulière au sujet de leurs derniers jours.

Fin de vie : une information insuffisante

► Avez-vous le sentiment d'être suffisamment informé(e) sur les différentes options légales concernant la fin de vie en France ?

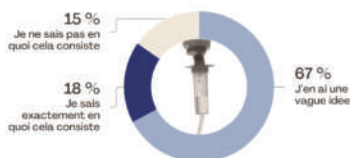
Base : À toutes et tous



De la fin de vie, il est actuellement question avec l'étude, annoncée le 25 février par le Gouvernement, de deux propositions de loi en mai à l'Assemblée nationale, l'une consacrée aux soins palliatifs, l'autre à la fin de vie. Textes qui auront, c'est à espérer, la vertu de mettre en lumière les options qui s'offrent au Français au crépuscule de leur existence, ces derniers semblant en effet manquer de repères. Pour preuve, les **deux tiers d'entre eux (65 %) s'estiment insuffisamment informés sur les conditions légales entourant la fin de vie** dans notre pays, dont **16 % jugent qu'ils ne le sont pas du tout**. Parmi ceux qui, au contraire, se disent au fait des dispositions en vigueur, seuls 9 % disent tout à fait bien les connaître.

► Comment évalueriez-vous votre niveau de connaissance des soins palliatifs en France ?

Base : À toutes et tous



► Sauriez-vous expliquer les différences entre l'aide à mourir, l'euthanasie et le suicide assisté ?

Base : À toutes et tous



PRÈS DE 1 PERSONNE SUR 2

ne connaît pas la différence entre l'aide à mourir, l'euthanasie et le suicide assisté.

Concernant plus précisément les **soins palliatifs**, une large majorité de nos concitoyens en ont connaissance, mais de manière plutôt partielle : **67 % indiquent en avoir une vague idée** quand 18 % disent savoir exactement en quoi ils consistent. En revanche, leur niveau de connaissances est bien plus faible quand on leur demande s'ils sont capables de différencier l'aide à mourir, l'euthanasie et le suicide assisté. **51 % estiment en être capables, mais seulement 11 % de manière claire**. En revanche, **plus du quart (26 %) des personnes interrogées jugent qu'il n'y a pas de différences entre ces trois alternatives** et 23 % ne sont pas capables d'expliquer lesdites différences.

Enquête réalisée par FLASHS pour LNA Santé du 11 au 14 mars 2025 par questionnaire autoadministré en ligne auprès d'un panel Selvitys de 2003 Français et Françaises âgé(e)s de 18 ans et plus, représentatif de la population française.

Annexe 4 : Arrêté portant sur le territoire



ARRETE PORTANT REVISION DE LA DELIMITATION DES TERRITOIRES DE DEMOCRATIE SANITAIRE DE NORMANDIE

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE NORMANDIE,

VU le code de la santé publique, notamment ses articles L.1114-1, L.1432-4, D. 1432-28 à D.1432-32, de D.1432-44 à D.1432-47, D.1432-49 à D.1432-53 relatifs à la composition et au mode de fonctionnement de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie;

VU le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1434-9, L. 1434-10;

VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

VU la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ;

VU la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

VU le décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé ;

VU le décret du 17 juin 2020 portant nomination de Monsieur Thomas DEROCHE, directeur général de l'ARS de Normandie ;

VU l'arrêté du 27 octobre 2016 relatif à la délimitation des territoires de démocratie sanitaire de la région Normandie ;

VU l'avis de consultation publié le 4 mars 2022 portant révision de la délimitation des territoires de démocratie sanitaire en Normandie ;

VU le courrier du 18 mars 2022 du Président du Conseil départemental de Seine-Maritime ;

VU le courrier du 4 mai 2022 du Président du Conseil Régional de Normandie ;

VU le courriel du 4 mai 2022 de Monsieur le Préfet de la région Normandie ;

VU la délibération en date du 3 mai 2022 portant avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur la révision de la délimitation des territoires de démocratie sanitaire en Normandie ;

ARRETE

ARTICLE 1 : La délimitation des sept territoires de démocratie sanitaire en Normandie est révisée et arrêtée comme suit :

- le territoire de démocratie sanitaire du « Calvados » correspondant au territoire du département du Calvados ;
- le territoire de démocratie sanitaire de l'« Orne » correspondant au territoire du département de l'Orne ;
- le territoire de démocratie sanitaire de la « Manche » correspondant au territoire du département de la Manche ;
- le territoire de démocratie sanitaire de l'« Eure » correspondant au territoire du département de l'Eure ;
- le territoire de démocratie sanitaire de « Rouen-Elbeuf » dont la liste des communes rattachées figure en annexe du présent arrêté ;
- le territoire de démocratie sanitaire de « Dieppe » dont la liste des communes rattachées figure en annexe du présent arrêté ;
- le territoire de démocratie sanitaire du « Havre » dont la liste des communes rattachées figure en annexe du présent arrêté.

ARTICLE 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux près du tribunal administratif sis 3 rue Arthur Le Duc à Caen (14000) dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Normandie. La saisine du tribunal administratif peut se faire via Télérecours citoyens www.telerecours.fr

ARTICLE 4 : La Directrice générale adjointe de l'Agence régionale de santé est chargée de l'exécution du présent arrêté qui est publié au Recueil des Actes Administratifs de la région Normandie.

Fait à Caen, le 6 mai 2022

Le Directeur général,



Thomas DEROICHE

Agence Régionale de Santé de
Normandie
Siège régional
Espace Claude Monei
2, place Jean Neuzille
CS 55035
14050 CAEN Cedex
Tél : 02.31.70.96.96
www.ars-normandie.solid.fr



Les services de l'ARS procèdent à un traitement de vos données personnelles, sur le fondement de l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise à actualiser la composition de la CRSA de Normandie et de ses commissions. Conformément au RGPD et à la loi n° 78 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-sanitaire@ars.solid.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars.solid.fr

**ANNEXE : COMPOSITION MUNICIPALE DES TERRITOIRES DE DEMOCRATIE SANITAIRE
INFRA-DEPARTEMENTAUX EN SEINE-MARITIME**

Territoire de Dieppe :

Commune 2021	Nom commune 2021	Commune 2021	Nom commune 2021
76004	Ambrumesnil	76144	Bretteville-Saint-Laurent
76008	Ancourt	76148	Bures-en-Bray
76015	Angiens	76151	Cailleville
76016	Anglesqueville-la-Bras-Long	76153	Calleville-les-Deux-Églises
76018	Val-de-Saône	76154	Campneuseville
76019	Anneville-sur-Scie	76155	Canehan
76024	Ardouval	76158	Canville-les-Deux-Églises
76026	Arques-la-Bataille	76162	Le Catelier
76618	Petit-Caux	76166	Le Caule-Sainte-Beuve
76028	Aubéguimont	76168	Les Cent-Acres
76029	Aubermesnil-aux-Érables	76170	La Chapelle-du-Bourgay
76030	Aubermesnil-Beaumais	76172	La Chapelle-sur-Dun
76034	Val-de-Scie	76173	La Chaussée
76036	Auppegard	76175	Clais
76040	Autigny	76184	Colmesnil-Manneville
76042	Auvillers	76190	Crasville-la-Rocquefort
76047	Auzouville-sur-Saône	76192	Criel-sur-Mer
76049	Avesnes-en-Val	76197	Criquetot-sur-Longueville
76050	Avremesnil	76202	Croixdalle
76051	Bacqueville-en-Caux	76204	Cropus
76052	Bailleul-Neuville	76205	Crosville-sur-Scie
76053	Baillolet	76207	Cuerville-sur-Yères
76054	Bailly-en-Rivière	76210	Dampierre-Saint-Nicolas
76058	Baromesnil	76211	Dancourt
76059	Bazinval	76214	Dénestanville
76063	Beauval-en-Caux	76217	Dieppe
76066	Beautot	76220	Douvrend
76071	Bellengreville	76235	Envermeu
76072	Belleville-en-Caux	76241	Ermenouville
76075	Belmesnil	76252	Étalondes
76077	Bénesville	76255	Eu
76085	Berteville-Saint-Ouen	76257	Fallencourt
76086	Bertrimont	76262	Fesques
76096	Biville-la-Baignarde	76266	Flocques
76097	Biville-la-Rivière	76272	Fontaine-le-Dun
76101	Blangy-sur-Bresle	76278	Foucardmont
76104	Blosseville	76280	Fréauville
76112	Le Bois-Robert	76284	Fresnay-le-Long
76122	Callengeville	76286	Fresnoy-Folny
76129	Boudeville	76288	Freulleville
76133	Le Bourg-Dun	76294	La Gaillarde
76134	Bourville	76306	Gonnetot
76136	Brachy	76308	Gonneville-sur-Scie
76140	Brametot	76309	Gonzeville

Commune 2021	Nom commune 2021	Commune 2021	Nom commune 2021
76320	Grandcourt	76482	Offranville
76321	Lae Grandea-Ventea	76485	Ornonville
76324	Grèges	76487	Damcy-Saint-Valery
76327	Gréville	76504	Pleine-Sève
76330	Gruchet-Saint-Siméon	76506	Pommeréval
76333	Guerville	76507	Ports-et-Maraie
76334	Gueures	76510	Prétot-Vicquemare
76335	Gueutteville	76511	Preuseville
76336	Gueutteville-les-Grès	76512	Puisenval
76349	Hautot-sur-Mer	76515	Quiberville
76353	Héberville	76519	Rainfreville
76356	Hermanville	76520	Réalcamp
76360	Heugleville-sur-Scie	76523	Rétouval
76363	Hodeng-au-Bosc	76524	Reuville
76365	Houdetot	76526	Ricarville-du-Val
76370	Hugleville-en-Caux	76527	Richemont
76371	Les Ifs	76528	Rieux
76374	Incheville	76545	Rouxmesnil-Bouteilles
76375	Ingouville	76546	Royville
76379	Lamberville	76549	Saâne-Saint-Just
76380	Lammerville	76553	Sainte-Agathe-d'Aliermont
76381	Landes-Vieilles-et-Neuves	76562	Saint-Aubin-le-Cauf
76383	Leatanville	76564	Saint-Aubin-sur-Mer
76389	Lintot-les-Bois	76565	Saint-Aubin-sur-Scie
76392	Londinières	76568	Sainte-Colombe
76394	Lorgroy	76570	Saint-Crespin
76395	Longueil	76572	Saint-Denis-d'Acion
76397	Longueville-sur-Scie	76574	Saint-Denis-sur-Scie
76400	Luneray	76577	Sainte-Foy
76405	Manéhouville	76582	Saint-Germain-d'Étables
76407	Manneville-à-Plains	76588	Saint-Hellier
76413	Martigny	76589	Saint-Honoré
76414	Martin-Église	76590	Saint-Jacques-d'Aliermont
76422	Melleville	76597	Saint-Laurent-en-Caux
76428	Le Mesnil-Durdent	76598	Saint-Léger-aux-Bois
76430	Mesnil-Follemprise	76602	Saint-Maclou-de-Folleville
76435	Le Mesnil-Réaume	76604	Saint-Mards
76437	Meulers	76605	Sainte-Marguerite-sur-Mer
76438	Millebosc	76612	Saint-Martin-au-Bosc
76441	Monchaux-Soreng	76619	Saint-Martin-le-Gaillard
76442	Monchy-sur-Eu	76624	Saint-Nicolas-d'Aliermont
76449	Montreuil-en-Caux	76628	Saint-Ouen-du-Breuil
76458	Muchedent	76629	Saint-Ouen-le-Mauger
76460	Nasle-Normandeuse	76630	Saint-Ouen-sous-Bailly
76467	Néville	76632	Saint-Pierre-Bénouville
76472	Notre-Dame-d'Aliermont	76635	Saint-Pierre-des-Jonquières
76478	Notre-Dame-du-Parc	76638	Saint-Pierre-en-Val

Agence Régionale de Santé de Normandie
Siège régional
Espèce Cécile Nonat
2, place Jean Nouaille
RS 54953
14000 CAEN Cedex
Tél. 01.31.70.96.96
www.ars-normandie.sante.fr



Les services de l'ARS procèdent à votre contact de vos données personnelles, en le fondement de l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise à actualiser la composition de la CRS de Normandie et de ses commissaires. Conformément au RGPD et à la loi n° 6 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous disposons d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-solidaire@ars-normandie.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars-normandie.fr

76641	Saint-Pierre-le-Vieux
76642	Saint-Pierre-le-Viger
76644	Saint-Rémy-Bocrocourt
76645	Saint-Riquier-en-Rivière
76646	Saint-Riquier-la-Flaine
76651	Saint-Sylvain
76652	Saint-Vaast-d'Équieville
76654	Saint-Vaast-du-Val
76492	Duville-la-Rivière
76500	Pierrecourt
76655	Saint-Valery-en-Caux
76656	Saint-Victor-l'Abbaye
76662	Sassetot-le-Malgardé
76665	Sauchay
76667	Sauqueville
76671	Sept-Meules
76677	Smermesnil
76683	Sotteville-sur-Mer
76690	Thil-Manneville
76694	Tocqueville-en-Caux
76697	Torcy-le-Grand
76698	Torcy-le-Petit
76699	Le Torp-Mesnil
76700	Tôtea
76703	Touffreville-sur-Eu
76707	Tourville-sur-Arques
76711	Le Tréport
76720	Varenneville-sur-Mer
76721	Varneville-Brecteville
76723	Vassonville
76724	Vatierville
76731	Vénéstanville
76735	Veules-les-Roses
76744	Villers-sous-Foucaumont
76745	Villy-sur-Yères
76749	Wanchy-Capval

Agence Régionale de Santé de
Normandie
Siège régional
Espace Cécile Nourit
2, place Jean Nouaille
CS 15493
14000 CAEN Cedex
Tél. 01.31.70.96.96
www.ars-normandie-sante.fr



Les services de l'ARS procèdent à l'extraction et au traitement de vos données personnelles, sur la fondation de l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise à actualiser la composition de la CRS de Normandie et de ses commissaires. Conformément au RGPD et à l'article 6 du 6 février 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous disposons d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-sociale@ars-normandie-sante.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars-normandie-sante.fr

Territoire du Havre :

Commune 2021	Nom commune 2021	Commune 2021	Nom commune 2021
76002	Alvimare	76232	Életot
76006	Ancourteville-sur-Hélicourt	76236	Envronville
76011	Ancretteville-sur-Mer	76238	Épouville
76012	Angerville-Bailleul	76239	Éprebot
76013	Angerville-la-Martel	76240	Épreville
76014	Angerville-l'Orcher	76250	Étainhus
76017	Anglesqueville-l'Esneval	76254	Étretat
76021	Annouville-Vilmesnil	76259	Fécamp
76022	Anqueterville	76266	Fongueusemare
76476	Port-Jérôme-sur-Seine	76270	Fontaine-la-Mallet
76032	Auberville-la-Manuel	76275	Fontenay
76033	Auberville-la-Renault	76279	Foucart
76258	Terres-de-Caux	76281	La Frénaye
76054	Beaurepaire	76281	Fröberville
76058	Boo-de-Mortagne	76286	Gainneville
76076	Bénarville	76288	Ganzeville
76078	Bérouville	76289	Gerponville
76082	Bernières	76300	Gerville
76083	Bertheauville	76302	Goderville
76084	Bertreville	76303	Gommerville
76090	Beuzeville-la-Genier	76304	Gonfreville-Caillet
76091	Beuzeville-la-Guépard	76305	Gonfreville-l'Orcher
76092	Beuzevillette	76307	Gonneville-la-Mallet
76114	Bolbec	76314	Grainbouville
76115	Bolleville	76315	Grainville-la-Teinturière
76117	Bordeaux-Saint-Clair	76317	Grainville-Ymauville
76118	Bornambuc	76318	Grand-Camp
76128	Bosville	76329	Gruchet-le-Valasse
76141	Bréauté	76339	Le Hanouard
76143	Bretteville-du-Grand-Caux	76341	Harfleur
76156	Canouville	76342	Hattenville
76158	Cany-Berville	76351	Le Havre
76167	Cauville-sur-Mer	76357	Herveville
76168	Le Corlangue	76361	Heuqueville
76176	Claville	76368	Houquetot
76180	Clauville	76382	Lanquetot
76181	Cléville	76384	Lillebonne
76182	Cliponville	76386	Limpiville
76183	Colleville	76388	Lintot
76187	Contremouline	76390	Les Loges
76188	Crauville-la-Mallet	76403	Mailleville-les-Grès
76194	Criquebeuf-en-Caux	76404	Manéglise
76195	Criquebet-le-Mauconduit	76406	Maniquerville
76196	Criquebet-l'Esneval	76408	Manneville-la-Goupil

Agence Régionale de Santé de
Normandie
Siège régional
Espace Citadin Normat
2, place Jean Nouaillet
RS 14000
14000 CAEN Cedex
Tél. 02.31.70.96.96
www.ars-normandie-sante.fr



Les services de l'ARS procèdent à l'extraction et de vos données personnelles, sur la fondation de l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise à actualiser la composition de la CRS de Normandie et de ses commissaires. Conformément au RGPD et à l'article 76 du 6 janvier 1978 relatif à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous disposons d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-souhaite@ars-normandie.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars-normandie.fr

Commune 2021	Nom commune 2021	Commune 2021	Nom commune 2021
76206	Cuverville	76409	Manneville-la-Petite
76213	Daubeuf-Serville	76421	Mélançon
76221	Drossy	76425	Mentheville
76224	Écraiville	76430	Mirville
76226	Écretteville-sur-Mer	76447	Montivilliers
76468	Nointot	76670	Senneville-sur-Fécamp
76470	Normanville	76680	Sorquainville
76471	Norville	76684	Tancarville
76477	Notre-Dame-du-Bec	76685	Thérouleville
76480	Ocqueville	76686	Theuville-aux-Maillets
76481	Oteville-sur-Mer	76688	Thiergeville
76488	Quainville	76689	Thiétreville
76488	Oudalle	76682	Thiouville
76490	Ourville-en-Caux	76683	Le Tilleul
76493	Paluel	76685	Tocqueville-les-Murs
76494	Parc-d'Anxot	76706	Tourville-les-Ifs
76498	Petiville	76708	Toussaint
76501	Pierrefiques	76710	Trémauville
76508	La Poterie-Cap-d'Antifer	76712	Le Trinité-du-Mont
76518	Raffetot	76714	Les Trois-Pierres
76522	La Remuée	76715	Trouville
76528	Riville	76716	Turretot
76533	Rogerville	76719	Valmont
76534	Rolleville	76725	Vattetot-sous-Beaumont
76543	Rouville	76726	Vattetot-sur-Mer
76551	Sainneville	76732	Butot-Vénesville
76552	Sainte-Adresse	76734	Vergetot
76556	Saint-Antoine-la-Forêt	76736	Veulottes-sur-Mer
76563	Saint-Aubin-Routot	76741	Villainville
76576	Saint-Eustache-la-Forêt	76746	Vinnemerville
76586	Saint-Gilles-de-la-Neuville	76747	Virville
76587	Sainte-Hélène-Bonderville	76748	Vittefleury
76592	Saint-Jean-de-Folleville	76751	Yébleron
76593	Saint-Jean-de-la-Neuville	76754	Yport
76595	Saint-Jouin-Bruneval	76755	Ypreville-Biville
76596	Saint-Laurent-de-Brière-dent	76637	Saint-Pierre-en-Port
76600	Saint-Léonard	76647	Saint-Romain-de-Colbosc

Agence Régionale de Santé de Normandie
Siège régional
Espace Cécile Nonat
2, place Jean Nouzeau
RS 15493
14000 CAEN Cedex
Tél. 02.31.70.96.96
www.ars-normandie-sante.fr



Les services de l'ARS procèdent à l'extraction de vos données personnelles, sur la fondation de l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise à actualiser la composition de la CRS de Normandie et de ses commissaires. Conformément au RGPD et à l'article 6 du 6 janvier 1978 relatif à l'information, aux droits et aux libertés, nous disposons d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-sensibilisation@ars-normandie.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars-normandie.fr

Commune 2021	Nom commune 2021	Commune 2021	Nom commune 2021
76603	Saint-Maclob-la-Brière	76650	Saint-Sauveur-d'Émalleville
76608	Sainte-Marie-au-Bois	76657	Saint-Vigor-d'Yronville
76613	Saint-Martin-aux-Bureaux	76658	Saint-Vincent-Cramesnil
76615	Saint-Martin-du-Bec	76660	Sandouville
76616	Saint-Martin-du-Manoir	76663	Sassetot-le-Mauconduit
76622	Saint-Maurice-d'Étalan	76664	Sasseville
76626	Saint-Nicolas-de-la-Haie	76669	Saussezemare-en-Caux
76627	Saint-Nicolas-de-la-Taille		

Agence Régionale de Santé de
Normandie
Siège régional
Espèce Charles Nourst
2, place Jean Nouaille
CS 34023
14000 CAEN Cedex
Tél. 0231.709696
www.ars-normandie.sante.fr



Les services de l'ARS procédant à un traitement de vos données personnelles, sur la fondation de l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise à actualiser la composition de la CRS de Normandie et de ses commissaires. Conformément au RGPD et à l'article 6 du 6 janvier 1978 relatif à l'information, aux droits et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-citoyenne@ars-normandie.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars-normandie.fr.

Territoire de Rouen - Elbeuf :

Commune 2021	Nom commune 2021	Commune 2021	Nom commune 2021
76001	Allouville-Bellefosse	76125	Bosc-le-Hard
76005	Amfreville-la-Mi-Voie	76126	Bosc-Mesnil
76006	Amfreville-les-Champs	76146	Buchy
76007	Anceaumeville	76130	Bouelles
76010	Ancretéville-Saint-Victor	76131	La Bouille
76020	Anneville-Ambourville	76132	Bourdainville
76023	Anvéville	76135	Bouville
76025	Argueil	76138	Bracquetuit
76035	Aumale	76139	Briancourt
76038	Authieux-Ratiéville	76142	Brémontier-Merval
76038	Les Authieux-sur-le-Port-Saint-Ouen	76147	Bully
76041	Les Hauts-de-Caux	76149	Butot
76043	Auzebosc	76152	Cailly
76045	Auzouville-l'Esneval	76157	Canteleu
76046	Auzouville-sur-Py	76160	Carville-la-Folletière
76048	Avesnes-en-Bray	76161	Carville-Pot-de-Fer
76055	Baons-le-Comte	76163	Catenay
76056	Bardouville	76164	Rives-en-Seine
76057	Barentin	76165	Caudebec-lès-Elbeuf
76060	Beaubec-la-Rosière	76171	La Chapelle-Saint-Ouen
76062	Beaumont-le-Hareng	76174	Cideville
76065	Beaussault	76177	Claville-Notteville
76067	Beauvoir-en-Lyons	76178	Cléon
76068	Belbeuf	76179	Clères
76070	Bellencombres	76185	Compainville
76074	La Bellière	76186	Conteville
76087	Berville-en-Caux	76188	Cottévrard
76088	Berville-sur-Seine	76193	La Crique
76288	Saint Martin de l'If	76198	Criquetot-sur-Ouville
76093	Bézacourt	76199	Criquiers
76094	Bierville	76200	Critot
76098	Blaqueville	76201	Croisy-sur-Andelle
76100	Blainville-Crevon	76203	Croix-Mare
76103	Bonsecours	76208	Cuy-Saint-Fiacre
76105	Le Bocasse	76209	Dampierre-en-Bray
76106	Bois-d'Ennebourg	76212	Darnétal
76107	Bois-Guilbert	76216	Déville-lès-Rouen
76108	Bois-Guillaume	76218	Doudeauville
76109	Bois-Hérault	76219	Doudeville
76110	Bois-Himont	76222	Duclair
76111	Bois-l'Évêque	76223	Écailles-Aix
76113	Boissy	76225	Écretteville-lès-Baons
76116	Boos	76227	Ectot-l'Auber
76119	Bosc-Béranger	76228	Ectot-lès-Baons
76120	Bosc-Bordel	76229	Elbeuf-en-Bray

Agence Régionale de Santé de Normandie
Siège régional
Espace Cécile Nourit
2, place Jean Nouaille
RS 15053
14000 CAEN Cedex
Tél. 02.31.70.96.96
www.ars-normandie-sante.fr



Les services de l'ARS procèdent à l'extraction et vos données personnelles, en le fondement de l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise à actualiser la composition de la CRIS A de Normandie et de ses communes. Conformément au RGPD et à l'article 6 du 6 février 1978 relative à l'information, aux droits et aux libertés, nous disposons d'un droit de accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-souhait@ars-normandie.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars-normandie.fr

76121	Bois-Édeline	76230	Elbeuf-sur-Andelle
76123	Bois-Guérand-Saint-Adrien	76231	Elbeuf
76124	Bois-Hyona	76233	Ellecourt
76125	Bois-le-Hard	76234	Émanville
76237	Épinay-sur-Ouclair	76358	Le Héron
76242	Ernemont-la-Villette	76359	Héronnelles
76243	Ernemont-sur-Buchy	76362	Heurteauville
76244	Esclavelles	76364	Hodeng-Hodenger
76245	Eslettes	76366	Le Houleme
76247	Esteville	76367	Houpeville
76248	Étaimpuis	76369	La Housseye-Béranger
76251	Étalleville	76372	Illois
76253	Étoutteville	76373	Imbeville
76260	Ferrières-en-Bray	76377	Isneauville
76261	La Ferté-Saint-Samson	76378	Jumièges
76263	La Feuillie	76385	Limézy
76264	Flamanville	76387	Lindébeuf
76265	Flamets-Frétils	76391	La Londe
76268	Fontaine-en-Bray	76393	Longmesnil
76271	Fontaine-le-Bourg	76396	Longuerue
76273	Fontaine-sous-Préaux	76398	Louvetot
76274	La Fontelaye	76399	Lucy
76276	Forges-les-Eaux	76401	Arelaune-en-Seine
76282	Freneuse	76402	Malaunay
76283	Fresles	76410	Naromme
76285	Frene-le-Plan	76411	Marques
76287	Fresquiennes	76412	Martainville-Épreville
76290	Frichemesnil	76415	Massy
76292	Fry	76416	Mathonville
76293	Fultot	76417	Maucouble
76295	Gaillefontaine	76418	Maulévrier-Sainte-Gertrude
76297	Gancourt-Saint-Étienne	76419	Mauny
76311	Goupillières	76420	Mauquenchy
76312	Gournay-en-Bray	76423	Ménerval
76313	Gouy	76424	Ménonval
76316	Grainville-sur-Ry	76426	Mésangueville
76318	Grand-Couronne	76427	Mesnières-en-Bray
76322	Le Grand-Quevilly	76429	Le Mesnil-Esnard
76323	Gravel	76431	Le Mesnil-Lioubray
76325	Grémonville	76432	Mesnil-Mauger
76328	Grignoeuville	76433	Mesnil-Fanneville
76331	Grugny	76434	Mesnil-Racul
76332	Grumeauville	76436	Le Mesnil-sous-Jumièges
76336	La Hallotière	76440	Molagnies
76340	Harceanville	76443	Mont-Cauvaire
76343	Haucourt	76445	Montérolier
76344	Haudricourt	76446	Montigny
76345	Haussez	76448	Montmain

Agence Régionale de Santé de Normandie
Siège régional
Espèce C locale Nonut
2, place Jean Nouville
RS 15053
14000 CAEN Cedex
Tél. 02.31.70.96.96
www.ars-normandie-sante.fr



Les services de l'ARS procèdent à l'extraction de vos données personnelles, sur la fondement de l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des données personnelles à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise à actualiser la composition de la CRS A de Normandie et de ses commissaires. Conformément au RGPD et à l'article 76 du 6 février 1978 relative à l'information, aux droits et aux libertés, nous disposons d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-souhaite@ars-normandie.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars-normandie.fr

76346	Hautot-l'Auvray	76450	Montroty
76347	Hautot-le-Vatouis	76451	Mont-Saint-Aignan
76348	Hautot-Saint-Sulpice	76452	Montville
76350	Hautot-sur-Seine	76453	Morgry-la-Pommeraye
76352	La Haye	76454	Mortemer
76354	Hénouville	76455	Morville-sur-Andelle
76355	Héricourt-en-Caux	76456	Motteville
76457	Moulineaux	76566	Sainte-Austreberthe
76459	Nesle-Hodeng	76567	Sainte-Beuve-en-Rivière
76461	Neufbosc	76568	Saint-Clair-sur-les-Monts
76462	Neufchâtel-en-Bray	76571	Saint-Croix-sur-Buchy
76463	Neuf-Marché	76573	Saint-Denis-le-Thibout
76464	La Neuville-Chant-d'Oisel	76575	Saint-Étienne-du-Rouvray
76465	Neuville-Ferrières	76576	Sainte-Genève
76469	Nolléval	76580	Saint-Georges-sur-Fontaine
76473	Notre-Dame-de-Bliquetuit	76581	Saint-Germain-des-Essourts
76474	Notre-Dame-de-Bondville	76583	Saint-Germain-sous-Cailly
76475	Franqueville-Saint-Pierre	76584	Saint-Germain-sur-Eaulne
76478	Nullemont	76585	Saint-Gilles-de-Crétot
76483	Oherville	76591	Saint-Jacques-sur-Darnétal
76484	Oissel	76594	Saint-Jean-du-Cardonay
76486	Orival	76599	Saint-Léger-du-Bourg-Denis
76491	Ouille-l'Abbaye	76606	Morienne
76495	Pavilly	76608	Sainte-Marguerite-sur-Ducclair
76497	Petit-Couronne	76610	Sainte-Marie-des-Champs
76498	Le Petit-Quevilly	76611	Saint-Martin-aux-Arbras
76502	Pierrevil	76614	Saint-Martin-de-Boscherville
76503	Pissy-Pâville	76617	Saint-Martin-du-Vivier
76505	Pommeaux	76620	Saint-Martin-l'Hortier
76509	Préaux	76621	Saint-Martin-Osmoville
76513	Quevillon	76623	Saint-Michel-d'Halescourt
76514	Quévreville-la-Poterie	76631	Saint-Paër
76516	Quibrevicourt	76634	Saint-Pierre-de-Manneville
76517	Quincampoix	76636	Saint-Pierre-de-Varengeville
76521	Rebets	76640	Saint-Pierre-les-Elbeuf
76530	Robertot	76648	Saint-Saëns
76531	Rocquefort	76649	Saint-Saire
76532	Rocquemont	76653	Saint-Vaast-Dieppedalle
76535	Roncherolles-en-Bray	76666	Saumont-la-Poterie
76536	Roncherolles-sur-le-Vivier	76668	Saussey
76537	Ronchoix	76672	Serqueux
76538	Rosay	76673	Servaville-Salmonville
76540	Rouen	76675	Sierville
76541	Roumare	76676	Sigy-en-Bray
76542	Routes	76678	Sommery
76544	Rouvray-Catillon	76679	Sommeville
76547	La Rue-Saint-Pierre	76681	Sotteville-lès-Rouen
76548	Ry	76682	Sotteville-sous-le-Val

Agence Régionale de Santé de Normandie
Siège régional
Espèce Cécile Nourit
2, place Jean Nouville
RS 15053
14000 CAEN Cedex
Tél. 01.31.70.96.96
www.ars-normandie-sante.fr



Les services de l'ARS procèdent à votre contact de vos données personnelles, en la fondation de l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise à actualiser la composition de la CRIS de Normandie et de ses commissaires. Conformément au RGPD et à l'article 76 du 6 février 1978 relative à l'information, aux droits et aux libertés, nous disposons d'un droit de accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-sensibilisation@ars-normandie.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars-normandie.fr

76550	Sahurs	76691	Le Thil-Riberpré
76554	Saint-Aignan-sur-Ry	76702	Touffreville-la-Corbeline
76555	Saint-André-sur-Cailly	76705	Tourville-la-Rivière
76557	Saint-Arnoult	76709	Le Trait
76558	Saint-Aubin-Celloville	76717	Val-de-la-Haye
76559	Saint-Aubin-de-Crétot	76718	Valquenville
76560	Saint-Aubin-Épinay	76727	Vatteville-la-Rue
76561	Saint-Aubin-lès-Elbeuf	76728	La Vaupalière
76730	Vœuville-lès-Quelles		
76733	Ventes-Saint-Rémy		
76737	Vibeuf		
76738	Vieux-Manoir		
76740	La Vieux-Rue		
76743	Villers-Écalles		
76738	Vieux-Rouen-sur-Breale		
76752	Yerville		
76753	Ymare		
76756	Yquebeuf		
76757	Yvecrique		
76758	Yvetot		
76759	Yville-sur-Seine		
76095	Bihorel		
76601	Saint-Lucien		

Agence Régionale de Santé de
Normandie
Siège régional
Espèce Cécile Nonat
2, place Jean Nouaille
CS 15025
14000 CAEN Cedex
Tél. 0231.709696
www.ars-normandie.sante.fr



Les services de l'ARS procèdent à un traitement de vos données personnelles, sur la fondation de l'article 6 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (réglement général sur la protection des données, ou RGPD). Le traitement vise à actualiser la composition de la CRS de Normandie et de ses commissaires. Conformément au RGPD et à l'article 76 du 6 février 1978 relatif à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous disposons d'un droit de accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au responsable de traitement : ars-normandie-democratie-sensibilisation@ars-normandie.fr ou au Délégué à la Protection des Données : ars-normandie-juridique@ars-normandie.fr.



Equipe Territoriale Soins Palliatifs

Dispositif d'  **APPUI SANTE**
CAUX-BRAY-ALBATRE

Comité de rédaction.

Clémence LACULLE
Philippe BROUSSE
Anny BOUDET
Adeline PHILIPPE
Mélanie BARANGER
Chloé FOU COURT
Manon PAJOT
Conception : Lorène ENDICO.

Contactez-nous.

02 35 82 69 40
accueil@appui-sante-cba.fr
Du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h.
www.appui-sante-cba.fr

Suivez-nous.

