



Freins et leviers à la mise en place de DVP en école élémentaire : le point de vue d'enseignants

Antonietta Specogna, Valérie Saint-Dizier de Almeida

► To cite this version:

Antonietta Specogna, Valérie Saint-Dizier de Almeida. Freins et leviers à la mise en place de DVP en école élémentaire : le point de vue d'enseignants. Anda Fournel; Jean-Pascal Simon; Sandra Lagrange-Lanaspre; Jean-Marc Coletta. *Philosopher avec les enfants. Fabrique de l'apprendre, fabrique du savoir*, Presses universitaires Blaise Pascal, 2020, 9782845169227. hal-02951118

HAL Id: hal-02951118

<https://hal.science/hal-02951118>

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Freins et leviers à la mise en place de la démarche palliative en EHPAD

Limits and levers to the implementation of the palliative approach in the Nursing Home.

E Elie ¹, R Alluin ²

1 Service Régional de Soins Palliatifs, CHR Metz-Thionville, France

2 Service de Soins Palliatifs, CHRU de Nancy, France

Auteur correspondant : Dr Edwige ELIE

Service Régional de Soins Palliatifs, CHR Metz-Thionville

Hôpital de Hayange, 1,3, rue du Friscaty 57100 Thionville

Tél : 0626956646

Mail : edwige_elie@hotmail.fr

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Numéro accord CNIL : 2184586

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population, l'allongement de l'espérance de vie et la majoration de la dépendance amènent une part croissante de la population à vivre en EHPAD (1). L'EHPAD est un lieu de vie et un lieu de fin de vie pour plus de 110 000 citoyens chaque année (1). Selon le rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) en 2013 : la majorité des résidents qui décèdent en EHPAD serait éligible à une prise en charge palliative (2). Le « Plan national soins palliatifs 2015-2018 » prend acte des constats de l'ONFV et intègre ses propositions à la mesure 9 « Développer les soins palliatifs en établissement et services sociaux et médico-sociaux » (3). Dans le même objectif d'amélioration de la qualité des prises en charge palliatives en EHPAD, l'ANESM ([agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux](#)) publie en 2017 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Elle y détaille la formalisation de la stratégie d'accompagnement de la fin de vie dans le projet d'établissement, et rappelle la responsabilité du médecin coordonnateur dans ce domaine (4). Par ailleurs, nous constatons quotidiennement lors de notre activité professionnelle en Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) des difficultés dans la construction de la démarche palliative en EHPAD.

Ainsi l'objectif de cette étude était d'identifier les freins et les leviers à la mise en place de la démarche palliative en EHPAD [du point de vue des médecins coordonnateurs](#).

MATERIEL ET METHODE

L'étude est une étude ancillaire. [L'étude a initialement été menée pour analyser les prises de décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques en EHPAD. Ce faisant elle s'adressait aux médecins coordonnateurs que nous avons jugé les mieux placés pour expliquer ce processus décisionnel dont la responsabilité est médicale. Le guide d'entretien était conçu autour de cette](#)

problématique et débutait par une demande de narration d'une prise en charge palliative récente à l'EHPAD. Un échantillonnage raisonné a été réalisé. L'objectif était d'obtenir une diversité maximale des profils de médecins interrogés et une variété des conditions d'exercice.

Les entretiens ont été sollicités par téléphone auprès des médecins coordonnateurs par le biais des EHPAD dans lesquels ils exercent. Quarante-huit EHPAD ont été contactés. Si le médecin coordonnateur était absent lors de l'appel, des relances étaient effectuées jusqu'à quatre fois. Le recueil de données a débuté en janvier 2018 et s'est achevé en juin 2018. Les entretiens ont été réalisés à l'EHPAD, par l'investigateur, à l'aide d'un guide thématique. Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone numérique puis retranscrits dans leur intégralité (données verbales et non verbales). Une déclaration a été faite à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les verbatim ont été analysés par théorisation ancrée via un codage manuel (codage ouvert puis codage axial et enfin codage thématique).

RESULTATS

L'étude a été réalisée auprès de onze médecins coordonnateurs exerçant en Lorraine. Cinq des quarante-huit EHPAD contactés n'avaient pas de médecin coordonnateur. Trente médecins coordonnateurs n'ont pas pu être joints directement malgré les relances. Un médecin a refusé de participer par manque de temps. L'un des médecins contactés n'a pas été inclus en raison d'une expérience de quelques jours seulement à ce poste lors du contact téléphonique. La durée des entretiens est comprise entre 27 minutes 36 secondes et 1 heure 24 minutes 45 secondes. La durée moyenne est de 52 minutes 12 secondes.

Les contraintes structurelles de l'EHPAD :

L'absence de permanence médicale :

L'absence de permanence médicale en EHPAD est un obstacle conséquent à la mise en place de la démarche palliative et surtout à sa continuité, comme l'exprime le médecin 5 : *« Le fait qu'on ne puisse pas avoir une permanence médicale, on ne peut pas forcément aller toujours jusqu'au bout des prises en charge qu'on souhaiterait. »*

En effet, le médecin coordonnateur est présent à temps partiel et les médecins traitants ne sont que de passage. Cette médicalisation « en pointillés » rend aléatoire la possibilité de prise en charge d'un évènement aigu ou d'un symptôme pénible. *« On se donnerai les moyens de... voilà de la traiter sur place, dans l'EHPAD, sauf si vraiment il y avait détresse respiratoire et qu'il n'y avait pas de médecin disponible. »* (médecin 5).

Lorsqu'un résident en fin de vie devient inconfortable et nécessite une évaluation médicale rapide, le personnel de l'EHPAD se replie sur le centre 15. Le médecin 8 raconte la suite : *« même si on explique à la régulation, au 15, que la personne, elle est en fin de vie, etcétera, on sait très bien que même en disant ça, ils vont pas forcément dire pour autant "On vous envoie un médecin" ; souvent ils disent "On vous envoie une ambulance" et elle va aux urgences ! »*

Le médecin 5 exprime aussi sa solitude en tant que médecin coordonnateur lorsqu'il s'agit de prendre des décisions : *« C'est pas toujours évident, de réunir au moins plusieurs médecins, de discuter déjà, et de dire "on est réellement dans une prise en charge palliative" quoi. »*

L'absence de permanence infirmière :

L'absence de permanence infirmière limite les possibilités de thérapeutiques injectables en raison d'un long laps de temps sans surveillance adaptée la nuit, ainsi que l'affirme le médecin 4 : *« On ne peut pas mettre de perfusion sous-cutanée parce qu'on a pas d'infirmière de nuit. »*

En l'absence d'infirmier, c'est le personnel aide-soignant qui se retrouve seul face aux décompensations nocturnes du résident en fin de vie, sans avoir la possibilité de réaliser d'éventuelles prescriptions anticipées. Situation que décrit le médecin 8 : *« j'me mets aussi à la place des aides-soignantes qui se retrouvent la nuit, avec quelqu'un qui gaspe, qui a des troubles respiratoires... »*

Des moyens matériels limités :

Par ailleurs, les prise en charge palliatives sont parfois limitées par des contraintes matérielles. Certaines thérapeutiques sont limitées à l'usage hospitalier, les possibilités de rétrocession ne sont pas toujours connues ni facilement accessibles. *« Mais alors là euh on n'a pas morphine et midazolam hein [...] Ça c'est le problème. »* (Médecin 4). Du matériel utilisé couramment chez les patients en fin de vie à l'hôpital ne fait pas partie de l'arsenal de l'EHPAD, comme les pousse-seringues électriques, les pompes PCA, certains types de matelas...

Les EHPAD intra-hospitaliers s'affranchissent de ces contraintes :

Les EHPAD intra-hospitaliers utilisent les ressources dont disposent les services hospitaliers qui les entourent. Ils sont donc confrontés à moins de limites que les autres. Le médecin 10 le décrit ainsi : *« Parce qu'ici, on a des soins médicaux comme en court séjour, y'a pas de souci. Ils ont de la chance chez nous parce qu'ils bénéficient d'une prise en charge en EHPAD, équivalente à celle de l'USLD. Infirmières, euh, j'veux dire jour et nuit, aides-soignantes, jour et nuit, médecin euh... à volonté si je puis dire. »*

Notons que certains médecins coordonnateurs soulignent l'évolution du profil et des besoins des résidents. Ils envisagent une évolution de leur statut et du fonctionnement des EHPAD vers une médicalisation permanente qui permettrait de mieux assurer la prise en charge des résidents en fin de vie. *« On risque d'être, de plus en plus confrontés à ces situations de prise en charge de fin de vie [...] on a du mal à rester dans la stricte coordination des soins. »* (Médecin 9).

Les contraintes conjoncturelles :

Aux contraintes structurelles inhérentes à l'EHPAD, s'ajoutent d'autres contraintes en lien avec le contexte médico-social actuel en France.

Les médecins traitants se montrent peu disponibles pour les résidents, alors que la prise en charge en fin de vie requiert des évaluations plus fréquentes, comme le souligne le médecin 1 : *« Il faut passer régulièrement pour l'adaptation des traitements et donc, si le médecin est pas joignable facilement, pas présent, à ce moment-là ça pose un peu plus de problèmes... »*

Le vieillissement ainsi que la majoration de la dépendance des résidents entraînent une augmentation de la charge en soins pour le personnel de l'EHPAD. Dans ce contexte il est difficile de faire face à l'accroissement des besoins d'un résident en soins palliatifs. Le médecin 8 le décrit ainsi : *« Les aides-soignantes ont une charge de travail très importante dans les EHPAD, les infirmières aussi. [...] C'est à flux tendu, quand y'a un problème intercurrent ça... ça court, c'est au détriment du reste. »*

Le médecin 11 décrit des difficultés en lien avec le manque de personnel et l'important turnover des soignants en EHPAD : *« Des fois, y'a des soins qui sont pas faits comme ça doit être fait. Pour des raisons bah, que vous connaissez hein, dans les EHPAD : le manque d'effectifs euh, de personnel, euh, euh, de manque de temps... [...] Pffff, y'a des, des choses qu'on essaye de mettre en place et puis, ben du coup avec les, les changements de personnel, les intérimaires, les remplaçants des intérimaires euh, y'a pas de suivi, donc c'est vrai que c'est, c'est pas évident. »*

La sensibilisation / formation des acteurs : un catalyseur de la démarche palliative à l'EHPAD

La sensibilisation et l'implication des soignants : un prérequis à la démarche palliative

L'identification des situations potentiellement palliatives est indispensable pour initier la réflexion palliative. Pour cela, la sensibilisation et l'implication des soignants de l'EHPAD qui côtoient quotidiennement le résident sont nécessaires. Ce sont souvent eux qui signalent l'évolution de la situation et qui sont à l'origine de la démarche, comme l'illustre les propos du médecin 3 : « ... *soit elles suggèrent les soins palliatifs, soit elles disent "Contactez le médecin traitant pour mise en route soins palliatifs".* » Après cette étape, la réflexion et la prise en charge seront menées par une personne formée, le médecin coordonnateur ou l'EMSP.

L'intérêt de la formation du médecin coordonnateur

Les médecins coordonnateurs formés aux soins palliatifs sont pleinement actifs dans la démarche palliative à l'EHPAD. Ils prennent le relai du médecin traitant dans l'évaluation clinique du résident et organisent sa prise en charge palliative. Cette compétence leur permet d'initier et de participer aux décisions de Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques et de prescrire des traitements adaptés en fin de vie. Ces médecins coordonnateurs sont autonomes dans la prise en charge, et garantissent un regard palliatif sur l'ensemble des résidents de l'EHPAD.

Les médecins coordonnateurs formés sensibilisent les médecins traitants : « ... *le rôle des commissions de coordination gériatriques dans les EHPAD, d'expliquer justement ce cadre, [...] comprendre que chacun est impliqué dans cette démarche, que les médecins généralistes ont leur place...* » (médecin 9) ainsi que l'équipe soignante : « ... *j'avais pu amener à l'EHPAD un peu ce côté bah... on peut mourir tranquillement à l'EHPAD, et c'est cent fois mieux que de mourir à l'hôpital.* » (médecin 2).

La méconnaissance ou les fausses croyances autour des soins palliatifs : un obstacle de taille

Le malaise des médecins traitants face aux soins palliatifs

Les médecins coordonnateurs décrivent des médecins traitants mal à l'aise avec la démarche et les soins palliatifs. Voici les propos du médecin 8 : « *mais les médecins traitants sont pas très, très formés aux soins palliatifs, je crois. Quand vous connaissez pas quelque chose, vous avez tendance à le rejeter.* »

Cette méconnaissance entraîne souvent un immobilisme, parfois associé au refus de l'intervention d'équipes extérieures, vécue comme une ingérence dans la prise en charge. Le médecin 3 décrit cette situation : « *Parce qu'il y en a qui vous disent : "Mais je sais très bien ce qu'il faut faire, et puis de toute façon, qu'est-ce que vous voulez faire hein ? C'est la fin."* » Ce refus d'ingérence par le médecin traitant fait clairement obstacle à la prise en charge palliative du résident.

Les fausses croyances altèrent la démarche palliative

Le médecin 11 rencontre ce type de difficulté dans son établissement : « *On n'a pas compris, enfin y'avait des, plus ou moins non acceptation de la mise en place de soins palliatifs par le, le personnel soignant. [...] Parce que dans la tête de certains, c'est vrai que mettre en place un, une seringue électrique de morphine ou de midazolam, ça accélérerait la fin de vie donc euh.* » Le médecin coordonnateur fait un lien entre ces croyances erronées et l'âge : « *Ma collègue aussi, elle est anti-midazolam et anti-morphinique euh, en fin de vie. (Rires). Anti soins palliatifs. [...] Elle a 70 ans, elle devait prendre sa retraite, et donc elle a pas la même façon euh, d'aborder les choses.* » Ces conditions rendent difficile la conduite d'une réflexion et d'une prise en charge optimale.

L'intervention des équipes ressource, un appui déterminant à l'EHPAD

L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs, un soutien primordial

L'EMSP favorise la démarche palliative à l'EHPAD en apportant son aide à toutes les étapes du processus. Elle a une position de tiers expert qui participe à la réflexion, son intervention permet d'éclaircir la démarche et contribue à définir un cadre clair pour la poursuite des soins. Elle apporte aussi ses compétences thérapeutiques dans la prise en charge de la fin de vie. A l'image du médecin 4, les médecins coordonnateurs non formés jugent les interventions de l'EMSP précieuses et efficaces « ...*donc là vraiment on était dépassés et on leur a dit de venir [...] Ils viennent au QUART de tour ! [...] Et parce que je sais qu'ils sont vraiment mobiles et ça c'est vraiment très très bien.* » Cette participation rassure les soignants. De plus l'équipe mobile a aussi un rôle de formation et de promotion de la culture palliative dans les EHPAD où elle intervient.

L'HAD : une réponse aux contraintes de l'EHPAD, avec ses limites

Le recours à l'HAD permet d'optimiser les prises en charge palliatives en apportant des réponses à certaines limites de l'EHPAD. L'intervention de l'HAD inclut une astreinte infirmière et médicale qui permet de prendre en charge les décompensations nocturnes et rassure les soignants. L'HAD apporte du matériel hospitalier, permet l'administration de thérapeutiques réservées à l'usage hospitalier et n'est pas limitée par les traitements injectables. Enfin l'intervention de l'HAD apporte une certaine expertise sur la douleur et la fin de vie. Le médecin 7 résume : « ...*ils nous posent la morphine en PCA. Et puis, l'intérêt c'est d'avoir aussi, un recours la nuit quoi.* »

Quelques réserves cependant : toutes les prises en charges palliatives ne sont pas éligibles à une HAD (critères de charge en soins hospitaliers). La réactivité et l'accessibilité des services d'HAD est moindre sur certains territoires, ce qu'énonce le médecin 4 : « *On va pas attendre*

15 jours que l'HAD se mette en place, pour avoir de l'Hypnovel® ! [...] Enfin je veux dire : on n'a pas cette rapidité d'intervention de l'HAD. »

Organisation, coopération et communications entre les différents acteurs : un enjeu majeur

L'importance d'un suivi médical rapproché en situation palliative

Le suivi du résident par un médecin traitant disponible qui peut adapter régulièrement la prise en charge favorise le maintien à l'EHPAD du résident en situation palliative, ce qu'exprime clairement le médecin 1 : *« Soit on a un médecin traitant qui est très présent ; enfin qui est facilement joignable, et à ce moment-là, souvent les gens restent ici. »*

Cependant les médecins traitants ont peu de disponibilités, dans la majorité des cas le médecin coordonnateur va prendre un rôle de clinicien auprès du résident en fin de vie, comme l'explique le médecin 9 : *« Les médecins traitants, ils vont pas avoir le temps de, [...] faire une évaluation, voir comment, si la personne a mal au moment des soins, euh... Faut, faut du temps pour ça. Donc le rôle du médecin traitant est un peu..., un peu en retrait dans ces, dans ces périodes difficiles, hein. [...] C'est peut-être que le médecin coordonnateur va être plus engagé dans la prise en charge. »*

La responsabilité du médecin coordonnateur

La démarche palliative en EHPAD représente un défi de coordination par son nécessaire pluri-professionnalisme et son inscription sur le long terme. Le rôle du médecin coordonnateur dans cette démarche est de faire l'interface entre l'équipe de l'EHPAD et le médecin traitant, de faciliter le lien avec les équipes ressource et de veiller à l'organisation de la prise en charge afin qu'elle soit optimale. Le médecin 5 l'illustre ainsi : *« Moi à mon niveau, mon travail c'est plus de [...] de dire ce qu'on a comme outil quoi, finalement. »*

Une communication fluide entre les différents acteurs permet d'optimiser la prise en charge, le médecin 5 en souligne l'importance : « *Après ce qui a pas mal amélioré la prise en charge, c'est tout bête, voyez, c'est le système-là : c'est des casiers nominatifs pour les médecins traitants. [...] Ça, je trouve, ça améliore le partage de l'information avec le médecin traitant. [...] Oui, ça ça paraît tout bête hein, ça a été un vrai enjeu !* » Par son positionnement, le médecin coordonnateur est le garant de cette communication optimale au service de la qualité des soins.

Des objectifs de soins clairs pour une prise en charge cohérente

Les médecins coordonnateurs expriment le besoin de tous les acteurs de partager les mêmes objectifs de soins pour que la prise en charge se passe bien. Le médecin 8 dit : « *...et une fois que tout ça c'est, c'est écrit, notifié, et bien au clair, après on fait du palliatif.* »

Les médecins coordonnateurs formés aux soins palliatifs définissent l'orientation de la prise en charge dès l'entrée en institution, lors de l'élaboration du projet d'accueil personnalisé du résident. Cette anticipation de l'évolution clinique et la réflexion autour de la prise en charge la plus adaptée permet de préparer le résident et ses proches à l'éventualité des soins palliatifs. Le projet donne une orientation claire aux soins et améliore la qualité de la prise en charge, comme l'explique le médecin 2 : « *Si on n'a pas un objectif, si y a pas un projet, bah l'équipe elle sait pas. Donc du coup une va agir comme ça et l'autre va agir comme ça et... Et donc là, la famille se montre mécontente. Quand vous avez un projet, du coup, globalement ça va quoi.* »

Les différentes influences du projet de vie

L'influence de la famille

L'avis de la famille influence clairement la prise de décision médicale concernant le résident. Ainsi selon les attentes de la famille et son adhésion à la démarche palliative, elle peut représenter un frein ou un levier à cette prise en charge. C'est ce que démontrent les paroles du

médecin 2 : « *Moi je suis à l'écoute en fait de ce que... la famille souhaite quand même [...] et la famille avait dit : "On ne fera pas de bilan [pour savoir] pourquoi elle ne va pas bien, à son âge elle a le droit de mourir ".* »

La volonté de tous les acteurs de permettre au résident de décéder à l'EHPAD

Permettre au résident de décéder dans son environnement habituel est un souhait partagé par tous les acteurs de la prise en charge. C'est une demande formulée par les résidents eux-mêmes et par leurs proches, c'est une démarche qui satisfait les soignants, et une volonté partagée par les médecins. L'ensemble des acteurs partage cette intention de prendre en charge la personne à l'EHPAD et éviter au maximum un transfert notamment aux urgences. Le médecin 1 le formule ainsi : « *puisque notre désir aussi c'est que le résident parte tranquillement dans son lieu habituel de vie, hein. Pas l'hospitaliser pour qu'il meurt dans un service d'accueil des urgences, au milieu de... personne.* »

Une personne de confiance souvent auto-proclamée

Sur le papier, la grande majorité des résidents a une personne de confiance. Qu'ils aient des troubles cognitifs ou non, cette désignation est même obligatoire dans certains établissements. Une proportion non négligeable des médecins coordonnateurs ne fait pas la différence entre « personne référente » et « personne de confiance » comme l'illustrent les propos du médecin 7 « *Elle est désignée dès l'admission. [...] C'est la personne de confiance qui est informée, quand y'a une chute, quand y'a un évènement, quand il y a quelque chose de particulier, charge à elle d'informer toute la famille [...] ça se rejoint quoi, la personne de confiance et personne référente, en fait ça se rejoint ici.* »

Dans les faits, c'est souvent l'aidant principal qui remplit les formulaires donnés au résident, et qui s'auto-proclame personne de confiance sans connaître le concept juridique. Le médecin 9 s'en désole : « *Une personne de confiance, beaucoup en ont, mais c'est pas vraiment eux qui le*

décident hein. C'est... C'est finalement, souvent l'aidant principal qui s'auto décide personne de confiance, ce qui n'est pas tout à fait conforme à l'idée de la personne de confiance, qui doit être donnée par le patient... » Ainsi la personne de confiance auto-désignée ne connaît pas son rôle et n'a pas nécessairement abordé la question de la fin de vie avec le résident. Elle ne pourra donc pas toujours témoigner des souhaits de celui-ci.

Les directives anticipées : une notion mal comprise et mal utilisée

Compte tenu de la prévalence des troubles cognitifs en EHPAD, les résidents capables de rédiger leurs directives anticipées sont minoritaires. Certains médecins coordonnateurs se sont saisis de la problématique des directives anticipées et ont pris le temps lors d'un entretien dédié d'expliquer le concept aux résidents capables de le comprendre. La démarche est peu concluante et n'aboutit pas à la rédaction, comme l'explique le médecin 4 : « *Je vais essayer de prendre sur ma liste quels sont les résidents cognitivement aptes à pouvoir comprendre ça et à faire ça. J peux vous dire qu'là y en a pas beaucoup hein. Du coup pfff, (rires) euh ceux qui ont à peu près compris m'ont dit "ohh mais moi j vous fais confiance etcetera, et puis on verra bien..." Enfin pfff... ils avaient pas envie, quoi. [...] Alors bon ça a été une bonne petite discussion chaque fois mais euh ça ne menait pas à grand-chose quoi.* »

A l'instar de la désignation de la personne de confiance, le formulaire de directives anticipées est remis au résident, souvent rempli par son aidant principal, et parfois présenté comme une obligation. Ainsi de nombreux résidents ont des directives non exploitables telles que « pas d'acharnement thérapeutique » ou « *"Epuiser toutes les ressources thérapeutiques", et après, en dessous ils mettent : "pas d'intubation, pas de transfert en réanimation"* » (médecin 7). Notons tout de même que dans les rares situations où un résident a rédigé des directives exploitables, elles représentent une aide à la décision. C'est ce que décrit le médecin 1 : « *Donc on avait cette décision, ses directives anticipées donc c'était assez facile à prendre en charge.* »

Dans certains EHPAD, il est habituel de demander à la famille d'écrire des directives anticipées pour le résident dément. Le médecin 6 explique : « ...*quand elle est démente, Alzheimer, c'est l'ayant-droit qui...qui peut décider de dire "Voilà, si mon père fait un infarctus, un arrêt cardiaque ici, ne le réanimatez pas."* [...] *un dément par exemple ne peut pas donner son avis. On est obligé de demander aux familles, de toute façon.* »

DISCUSSION

Limites et points forts de l'étude

Cette étude est une étude qualitative ancillaire. Le caractère qualitatif nous permet d'analyser le vécu, les pratiques et le ressenti des médecins coordonnateurs. Le guide thématique n'étant pas directement orienté sur le sujet, les entretiens ont permis de recueillir l'expression libre et spontanée des participants sur les freins et les leviers à la démarche palliative en EHPAD. De par le caractère ancillaire de l'étude, il est probable que certains points n'aient pas été abordés ou peu détaillés lors des entretiens. *Le fait de restreindre la population interrogée aux médecins coordonnateurs limite la compréhension du sujet au champ médical, en excluant les regards paramédicaux et administratifs. Une étude sur l'ensemble des intervenants pourrait amener à une compréhension plus fine et globale de ces situations.* La conduite des entretiens ainsi que leur analyse ont été réalisées par l'opérateur principal, non formé dans ce domaine. Il n'y a pas eu de relecture par un sociologue. Ces deux éléments sont pourvoyeurs de biais, notamment lors de la phase d'analyse. Les entretiens ont été menés auprès des médecins coordonnateurs, ainsi les établissements fonctionnant sans médecins coordonnateurs sont totalement exclus de l'analyse.

Des réponses aux contraintes de l'EHPAD :

Depuis leur création, les EHPAD se heurtent à des difficultés inhérentes à leur mode de fonctionnement. Ces difficultés sont progressivement contournées, au fur et à mesure de la création d'outils ou de dispositifs d'adaptation.

Le recours à l'HAD

L'HAD peut intervenir en EHPAD depuis 2007 (5). En 2013, l'ONFV montrait que seulement 8% des EHPAD faisaient appel à l'HAD pour des situations de fin de vie (2). Les médecins coordonnateurs interrogés dans notre étude en 2018 placent clairement l'HAD comme un levier dans les prises en charge palliatives complexes, nécessitant des thérapeutiques injectables avec du matériel particulier. L'HAD permet aussi au résident de bénéficier d'une astreinte infirmière et médicale de nuit, ce qui permet de faire face aux décompensations. Le recours à l'HAD dans les EHPAD se généralise, tendance que confirment les chiffres de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (6).

La problématique de la permanence infirmière :

L'absence de personnel infirmier la nuit est une difficulté qui avait été pointée par le rapport de l'ONFV en 2013. De plus, l'étude attestait d'un plus petit nombre d'hospitalisation en fin de vie dans les établissements disposant d'une présence infirmière nocturne. L'extrapolation des résultats permettait d'espérer 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie évitées par an (2). Des expérimentations de mutualisation sur plusieurs établissements d'un infirmier d'astreinte de nuit ont été menées par les différentes ARS. Elles semblent avoir donné des résultats satisfaisants avec des hospitalisations évitées, une meilleure continuité des soins et la réassurance du personnel de nuit (7). Une étude d'impact médico-économique menée par le Gérontopôle d'Ile de France constate une diminution significative de la durée d'hospitalisation annuelle des résidents d'EHPAD (8). Aucun des médecins coordonnateurs d'EHPAD

interrogés dans notre étude en 2018 n'avait bénéficié de cette expérimentation dans son établissement. Le ministère des solidarités et de la santé prévoit la généralisation de cette mesure d'ici 2020 (9). Cette nouvelle ressource pourra remédier à plusieurs des difficultés rencontrées par les médecins coordonnateurs pour mener des prises en charges palliatives de qualité à l'EHPAD. L'astreinte infirmière permettra l'administration de traitements injectables y compris la nuit, et ouvrira la porte à la pratique des prescriptions anticipées en cas de symptôme inconfortable. De plus, cela sécurisera le personnel aide-soignant de nuit et limitera le recours au centre 15.

La gestion du personnel soignant

Notre travail met en lumière des difficultés en lien avec le manque de personnel soignant et le turnover important de ce personnel. Cette problématique entraîne une diminution de la qualité des prises en charges et fait obstacle aux éventuels projets et formations au sein des établissements. Cette tendance est explorée dans la littérature. Les deux principales variables liées au turnover sont le facteur géographique et le statut juridique de l'EHPAD. Il est plus difficile de recruter et fidéliser les aides-soignants dans les grands pôles urbains et dans les EHPAD privés (10). Les départs des soignants du privé seraient favorisés par la densité des opportunités professionnelles dans la zone géographique, pour les infirmiers comme pour les aides-soignants. D'autre part un niveau de salaire plus élevé fidélise les aides-soignants mais pas les infirmiers (11). En concordance avec nos résultats, les EHPAD intra-hospitaliers parviennent mieux à pourvoir leurs postes et à fidéliser leurs soignants (10)

Il serait intéressant d'explorer par une étude qualitative les raisons invoquées par les soignants pour expliquer leur mobilité. Au-delà des aspects financiers et du nombre d'offres dans le secteur, quelle est la place de la qualité de vie au travail dans cette décision ? De façon générale, les moyens en personnel paramédical sont jugés insuffisants dans plusieurs études (12–14). Le

ministère des solidarités et de la santé a annoncé en mai 2018 l'allocation de nouveaux moyens financiers afin de permettre le recrutement de personnel soignant entre 2019 et 2021 (9).

L'absence de permanence médicale et les transferts aux urgences :

Le problème de la permanence des soins qui engendre des transferts aux urgences de résidents en toute fin de vie est récurrent. Il avait été mis en évidence par le travail de l'ONFV en 2013 qui montrait que quasiment un quart des résidents décédés de façon attendue avaient été hospitalisés en urgence durant leurs quinze derniers jours de vie (2). Réduire ces transferts était un objectif du plan national « Soins Palliatifs 2015-2018 » au travers de sa mesure 11-4 (3). Notre enquête montre qu'en 2018, les EHPAD rencontrent toujours les mêmes difficultés à maintenir les résidents en fin de vie dans l'établissement. Dans différentes régions, des fiches de liaison à destination des médecins urgentistes ont été créées. Ces fiches ont été jugées utiles par leurs utilisateurs et se sont imposées comme un outil supplémentaire dans la continuité des soins des patients en soins palliatifs au domicile (15,16). Un groupe de travail de la SFAP s'est emparé de la problématique et a élaboré une fiche nationale intitulée « fiche urgence PALLIA » ou « fiche SAMU PALLIA ». Le but de cette fiche est de transmettre des informations pertinentes pour aider à la prise de décision en cas d'urgence. Elle est remplie par un médecin après anticipation des complications pouvant survenir et discussion avec le patient de ses souhaits (17). Une diffusion massive de cet outil aux médecins coordonnateurs ainsi qu'une formation à son utilisation pourrait contribuer à la diminution des transferts aux urgences en fin de vie.

Vers une évolution de l'organisation de la structure EHPAD ?

Le vieillissement des résidents, la majoration de leur dépendance ainsi que l'augmentation des épisodes aigus qui lui est corrélée requièrent des soins de plus en plus poussés et une médicalisation accrue (1,18). En parallèle la charge de travail du personnel augmente, et les

médecins traitants se montrent de moins en moins disponibles pour les résidents (19). Dans notre étude, plusieurs médecins coordonnateurs déclarent prendre un rôle de clinicien auprès des résidents en fin de vie. Ils réalisent des prescriptions, réévaluent le résident et font appel aux équipes ressources en cas de besoin. En pratique ils se substituent au médecin traitant, avec l'idée qu'une prise en charge palliative correcte à l'EHPAD ne peut pas être conduite autrement.

En décembre 2018, le droit de prescription du médecin coordonnateur s'élargit au-delà des situations d'urgence, ouvrant alors la porte à la prescription de traitements quotidiens. Il est prévu que ces prescriptions soient réalisées « en articulation avec le médecin traitant », dans des conditions prévues par un décret qui n'est, à ce jour, pas publié (20). Il est prévu que le médecin traitant soit le responsable de la prise en charge médicale de son patient. Mais la réalité sur le terrain montre un glissement de cette activité vers le médecin coordonnateur, encore accentué par l'évolution du droit de prescription. Le flou de la situation actuelle pose la question d'une redéfinition des rôles de chacun dans la prise en charge des résidents d'EHPAD. Pour s'adapter à l'évolution des situations rencontrées, se dirige-t-on vers une médicalisation permanente des EHPAD ? Vers un médecin coordonnateur responsable de la prise en charge des résidents ? Dans cette hypothèse, le médecin coordonnateur aura-t-il les moyens de remplir cette mission supplémentaire (augmentation de son temps de travail sur l'EHPAD) ?

L'importance de la formation et de la diffusion de la culture palliative.

La formation des acteurs de l'EHPAD

Nos résultats montrent que la sensibilisation et l'implication des soignants est un prérequis à la démarche palliative. En effet ils sont en première ligne pour repérer les situations qui posent question de par leur contact quotidien avec les résidents. La diffusion de l'outil « Pallia 10 Géroto » proposé par la SFAP permettrait de favoriser la démarche palliative en facilitant l'identification des situations palliatives. C'est un questionnaire comportant 10 questions

fermées, une réponse « oui » à la première ainsi qu'à une autre question indique que la réflexion palliative est adaptée à la situation (21). Les soignants souhaitent pouvoir accompagner les résidents à l'EHPAD jusqu'au décès. Leur motivation montrée dans notre étude ainsi que dans d'autres publications (13,22) est l'assurance d'un retour sur investissement de la formation.

Notre étude met aussi en lumière une utilisation inadéquate des concepts de personne de confiance et directives anticipées. Lorsque ces outils sont mal compris par des médecins coordonnateurs non formés, les résidents ou leur famille sont parfois dans l'obligation de désigner une personne de confiance ou rédiger des directives anticipées. Ces éléments qui ont pour but de favoriser l'autonomie de la personne en respectant ses choix produisent l'effet inverse en imposant aux soignants les choix de l'entourage. Par ailleurs, la nécessité d'un projet de soins clair et cohérent montrée dans notre étude rejoint le constat fait par une autre étude en 2013 : La réalisation d'un projet de soins personnalisé axé sur la qualité de vie n'est pas aisée, mais fait partie des leviers sur lesquels il convient d'agir pour favoriser la démarche palliative en EHPAD (23).

La formation du médecin coordonnateur aux soins palliatifs est un levier déterminant à la mise en place de la démarche palliative en EHPAD. L'ONFV en 2013 avait déjà identifié ce besoin et proposé une formation systématique des médecins coordonnateurs aux soins palliatifs (2). Notre travail vient donc appuyer cette proposition. En association avec la formation du personnel de l'EHPAD, cela permettrait d'optimiser la démarche palliative et d'en assurer la qualité. Dans cet objectif certains services de soins palliatifs développent la structuration de la filière palliative autour du résident de l'EHPAD. Ceci au travers de la formation des différents acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours de soins du résident en fin de vie (EHPAD, SAMU, HAD). Cela permet à chacun de connaître les possibilités et limites de chaque structure et favorise pour chaque résident la prise en charge la plus adaptée à ses besoins.

La diffusion de la culture palliative

L'intervention des EMSP est clairement identifiée comme un facteur favorisant la démarche palliative à chacune de ses étapes par les médecins coordonnateurs de notre étude. Un rapport de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2013 concluait que l'EMSP favorisait la prise en charge palliative à l'EHPAD dans les limites des possibilités techniques de l'EHPAD et du suivi des recommandations par le prescripteur. L'EMSP participe à la diffusion de la culture palliative ainsi qu'à la formation - gratuite - des soignants lors de ses passages ou lors de formation flash (24). Le plan Soins Palliatifs 2015-2018 prévoyait d'ailleurs de renforcer le lien entre EHPAD et EMSP sur tout le territoire afin que chaque résident puisse bénéficier de cette ressource (3). Le développement du maillage du territoire par les équipes ressource permet de donner accès aux avis spécialisés lorsque c'est nécessaire et de poursuivre la diffusion de la culture palliative.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'identifier les freins et les leviers à la démarche palliative, à partir du discours des médecins coordonnateurs. Certains freins sont directement liés au fonctionnement de l'EHPAD comme l'absence de matériel spécifique, l'absence de permanence médicale et l'absence de personnel infirmier nocturne qui limitent la continuité des soins chez le résident fragile. Ces contraintes structurelles entraînent des hospitalisations en urgence des résidents en fin de vie. La présence d'un infirmier d'astreinte la nuit, mutualisé sur plusieurs établissements, a montré son intérêt. Cette mesure sera généralisée d'ici 2020. Les fiches SAMU PALLIA, jugées pertinentes par leurs utilisateurs, gagneraient à être diffusées massivement dans les EHPAD. Pour répondre à la problématique structurelle du manque de

temps soignant, le ministère de la santé et des solidarités prévoit l'allocation de moyens supplémentaires entre 2019 et 2021.

Par ailleurs, la méconnaissance et les fausses croyances au sujet des soins palliatifs sont des obstacles à la démarche palliative en EHPAD. Tandis que la formation du personnel est un levier indispensable à cette démarche. Des résultats similaires ont été retrouvés par d'autres travaux. L'implication des soignants et le souhait de tous les acteurs de permettre au résident de décéder à l'EHPAD sont autant d'arguments pour favoriser la formation aux soins palliatifs à l'EHPAD, auprès de soignants qui s'en saisiront. Notre travail corrobore la proposition de l'ONFV de systématiser la formation aux soins palliatifs des médecins coordonnateurs.

Un autre levier déterminant est celui de l'intervention des équipes ressources. L'HAD d'une part permet de maintenir le résident en fin de vie à l'EHPAD en répondant à certaines contraintes matérielles et à la problématique de la permanence des soins. D'autre part, les interventions de l'EMSP représentent un soutien primordial dans la réflexion et dans la prise en charge du résident en soins palliatifs. L'EMSP répond aux besoins de collégialité dans les décisions ainsi qu'au manque de formation des soignants. Elle apporte une expertise et participe à la formation du personnel.

Une coopération efficiente entre les différents acteurs de la prise en charge favorise la cohérence du projet palliatif. Cette coopération peut être initiée par un médecin coordonnateur formé, ou par la structuration de la filière palliative locale avec l'aide des services spécialisés.

La rédaction d'un projet de soins visant la qualité de vie du résident participe à la démarche palliative. En revanche, l'obligation de proposer la désignation d'une personne de confiance et la rédaction de directives anticipées à l'admission en EHPAD a été interprétée dans certains établissements comme l'obligation pour le résident de donner ces éléments. Ainsi dans certains établissements c'est la famille qui se désigne personne de confiance, ou qui rédige des directives

anticipées pour son proche dément. Selon le positionnement de la famille, ces éléments peuvent favoriser une prise en charge palliative ou au contraire s'en éloigner. Quoi qu'il en soit, ces deux outils ont été pensés pour garantir le respect des souhaits de la personne ainsi que son autonomie, et c'est l'effet inverse qui est obtenu lorsque la démarche n'est pas comprise dans son intégralité. Il reste encore beaucoup de pédagogie à développer autour de ces deux outils pour qu'ils servent leur finalité.

Ainsi les principaux leviers à activer pour favoriser la démarche palliative en EHPAD sont la formation des acteurs et les réponses aux contraintes de fonctionnement. La question de l'évolution de la structure EHPAD se pose face à l'évolution du profil des résidents en général, et aux besoins des résidents en fin de vie.

1. Muller Marianne, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Etudes Résultats [Internet]. juill 2017 [cité 30 juill 2018];(1015). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/728-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2015>
2. Observatoire National de la Fin de Vie, Aubry R. Rapport 2013 : Fin de vie des personnes âgées [Internet]. 2013 déc [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.onfv.org/rapport-2013-fin-de-vie-des-personnes-agees/>
3. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Le plan national « Soins Palliatifs 2015-2018 » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>
4. ANESM. Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. [Internet]. 2017 janv [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/web_rbpp_findevie_ehpad.pdf
5. Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2007-241 févr 22, 2007.
6. Chiffres clés de l'hospitalisation | Publication ATIH [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
7. Infirmiers.com R. Quid de la mutualisation de la présence d'infirmier de nuit en EHPAD [Internet]. Infirmiers.com. 2018 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/emploi/emploi/experimentation-astreinte-nuit-ehpad-bretons.html>
8. Géron'd'if, gérontopôle d'Ile de France [Internet]. Gérontopôle | Ile-de-France | GEROND'IF. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.gerondif.org/recherche>
9. DICOM_Gabriel.DS, DICOM_Gabriel.DS. Personnes âgées : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi>
10. Mahel BAZIN, Marianne MULLER. Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD. Etudes Résultats. juin 2018;(1067).
11. Martin C, Ramos-Gorand M. High turnover among nursing staff in private nursing homes for dependent elderly people in France: impact of the local environment and the wage.

- Econ Stat Econ Stat [Internet]. 7 juill 2017 [cité 15 juill 2019];(493). Disponible sur: <https://www.insee.fr/en/statistiques/2890090>
12. Bami G. Les paradoxes de l'évolution des ehpad. Empan. 15 oct 2013;n° 91(3):56-61.
 13. Goineau-Boughaf Fatima. La démarche palliative en EHPAD: Comment lui donner vie? 2012.
 14. CHARTIER GELINEAU Aude, COLOMBAT Philippe. Quelles sont les difficultés rencontrées par les directeurs d'EHPAD pour mettre en place une démarche palliative au sein de leur établissement? 2010.
 15. Pechard M, Tanguy M, Le Blanc Briot M-T, Boré F, Couffon C, Commer J-M, et al. Intérêts d'une fiche de liaison en situation d'urgence de patients en soins palliatifs. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 août 2013;12(4):168-76.
 16. RANNOU A-L, LALOUE M, GUENEGO A, MOREL V. Permanence de soins et fin de vie : rôle et utilisations de la fiche « Samu pallia » en Ile-et-Vilaine. Med Palliat. avr 2017;16(2):81-7.
 17. Fiche Urgence Pallia (= SAMU Pallia) | SFAP - site internet [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>
 18. Makdessi Yara, Pradines Nadège, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. Etudes Résultats [Internet]. déc 2016 [cité 2 août 2018];(989). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-ehpad-les-residents-les-plus-dependants-souffrent-davantage-de-pathologies>
 19. Hébert-Demay M. Mise en place d'une démarche palliative en EHPAD : le médecin coordonnateur comme fédérateur : utopie ou réalité ? 1 juin 2015;27.
 20. Code de l'action sociale et des familles - Article L313-12. Code de l'action sociale et des familles.
 21. SFAP. PALLIA 10 GERONTO - Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs? [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/pallia_geronto.pdf
 22. Agnès A, Patricia B, Sonia B, Olivier G, Mustapha L, Marlène L, et al. Quelle place pour les soins palliatifs en EHPAD ? 2013.
 23. Pialoux T, Amblard-Manhes E. Soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : état des lieux, problématiques et perspectives. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 déc 2013;12(6):298-304.
 24. HAVETTE Sophie, MICHEAU Julie, MOLIERE Eric. Evaluation de la contribution des EMSP et LISP à la diffusion d'une culture palliative. Direction Générale de l'Offre de Soins; 2013 juin.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

	Genre	Âge	Expérience de médecin coordonnateur	Activité professionnelle associée	Activité professionnelle antérieure (si différent)	Formation en gériologie	Formation aux soins palliatifs	Temps de travail et nombre d'EHPAD	Nombre de lits	Temps de parcours jusqu'aux équipes ressource	Gestion de l'EHPAD
M1	H	51	2 ans	Médecine générale en libéral	/	DU de médecin coordonnateur	Non	0,1 ETP 1 EHPAD	62	< 15 min	Groupe
M2	F	56	1 an	/	Médecine générale en libéral	Capacité de gériologie FMC	Oui*	1 ETP 3 EHPAD	200	15<T< 30	Groupe
M3	H	72	6 ans	/	Médecine générale en libéral	FMC non terminée	Non	0,8 ETP 2 EHPAD	178	15<T< 30	Indépendant
M4	F	51	6 ans	Remplacements en médecine générale	/	FMC non terminée	Non	0,4 ETP 1 EHPAD	54	>30 min	Groupe
M5	H	40	3 ans	/	Remplacements en médecine générale Gériatrie hospitalière	Capacité de gériologie	Non	1 ETP 4 EHPAD	167	15<T< 30	Groupe
M6	H	60	3ans	Médecine générale en libéral Régulation	/	DU de médecin coordonnateur non terminé	Non	0,3 ETP 1 EHPAD	90	<15 min	Indépendant
M7	H	52	3 ans	Médecine d'urgence	/	DU de médecin coordonnateur	Non	0,5 ETP 1 EHPAD	73	15<T< 30	Indépendant
M8	H	68	3 ans	/	Médecine générale en libéral	DU de médecin coordonnateur	Oui*	0,4 ETP 1 EHPAD	72	15<T< 30	Indépendant

M9	H	65	19 ans	/	Médecine générale en libéral	DU de gériatrie FMC	Oui*	0,4 ETP 1 EHPAD	65	>30 min	Groupe
M10	H	67	3 ans	/	Médecine générale en libéral Gériatrie hospitalière	Capacité de gériatrie DU de médecin coordonnateur	Oui*	0,6 ETP 1 EHPAD	18 + 30 USLD	15<T< 30	Intra-hospitalier
M11	F	55	1 an	/	Médecine générale en libéral	Aucune	Non	1ETP 1 EHPAD	140	15<T< 30	Intra-hospitalier

*Les médecins formés aux soins palliatifs avaient tous suivi la même formation : le CISPAD : Certificat Interdisciplinaire de Soins Palliatifs, Accompagnement et Douleur, une formation non universitaire, créée et assurée par le Service Régionale de Soins Palliatifs du CHR Metz-Thionville. Cette formation s'adresse à tous les soignants. Son objectif est de donner des bases pratiques pour la reconnaissance et la prise en charge de la fin de vie, des symptômes inconfortables, de la douleur, ainsi que des connaissances théoriques légales et une approche de l'éthique et de l'accompagnement.

DU : Diplôme Universitaire

ETP : Equivalent Temps Plein

FMC : Formation Médicale Continue

USLD : Unité de Soins de Longue Durée