



HAL
open science

**Pluridisciplinarité dans les soins palliatifs en
Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées
Dépendantes : étude de pratiques après intervention de
l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs d'Agen**

Joris Monpezat

► **To cite this version:**

Joris Monpezat. Pluridisciplinarité dans les soins palliatifs en Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes : étude de pratiques après intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs d'Agen. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03123273

HAL Id: dumas-03123273

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03123273v1>

Submitted on 27 Jan 2021

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.

Université de Bordeaux - U.F.R. des sciences médicales



Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat en médecine

Année 2020

Thèse N° 151

MONPEZAT Joris, né le 26/09/1990 à Pessac, France

Soutenance le 08/12/2020

**« Pluridisciplinarité dans les soins palliatifs en Etablissement
d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes : Etude de
pratiques après intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs
d'Agen. »**

**Directeur de thèse
Mme le Dr SCHOONBERG Sylvie**

**Président du jury
Mme le Pr SALLES Nathalie**

**Rapporteur de thèse
Mr le Pr DURIEUX William**

**Jury
Mme le Pr ROUBAUD BAUDRON Claire
Mme le Dr MONNIER Pauline**

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Dr Schoonberg Sylvie

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse et je vous en remercie infiniment.

Pr Salles Nathalie

Vous m'avez fait l'honneur de présider le jury de ma thèse et je vous en remercie.

Pr Durieux William

Vous m'avez fait l'honneur de rapporter ma thèse et faire partie de son jury et je vous en remercie.

Pr Roubaud Baudron Claire

Vous m'avez fait l'honneur de participer au jury de ma thèse et je vous en remercie.

Dr Monnier Pauline

Vous m'avez fait l'honneur de participer au jury de ma thèse et je vous en remercie.

Dr Saillour-Glenisson Florence (ISPED Bordeaux)

Merci de vos conseils pour la construction et l'exploitation du questionnaire de cette étude.

Tous les soignants ayant répondu à l'enquête

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez pu porter pour mon travail.

Monpezat Nathalie

À ma mère pour son soutien indéfectible toutes ces années. Pour le réconfort qu'elle sait entretenir.

Monpezat Sylvain

À mon père à qui je dois la programmation Excel nécessaire au travail des données de cette thèse. Pour son soutien indéfectible toutes ces années. Pour la curiosité qu'il a nourrie.

Monpezat Florie, Monpezat Quentin

Ma sœur et mon frère, pour tout le bonheur qu'ils apportent avec leur famille s'agrandissant.

Bosviel Christiane, Monpezat Monique, Bosviel Alain, Monpezat « Arthur » Clair

Mes grands-parents, pour toute leur bienveillance.

Index des abréviations

ASH - Agent des Services Hospitaliers

EHPAD - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMSP - Equipe Mobile de Soins Palliatifs

HAD - Hospitalisation A Domicile

ONFV - Observatoire National de la Fin de Vie

SFAP - Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

Table des matières

I Introduction	P. 08
II Matériel et méthodes	P. 10
A Définition des objectifs de l'étude	P. 10
B Choix de la méthode	P. 10
C Construction du questionnaire	P. 10
D Choix des questions	P. 11
E Choix des EHPAD et recueil de données	P. 12
F Traitement des données	P. 13
III Résultats	P. 13
A Déroulement de l'étude et participation	P. 13
B Profession des participants de l'étude	P. 15
C Intervention auprès du patient	P. 16
D Communication des soignants	P. 22
E Formation des soignants	P. 29
F Interactions avec la famille	P. 33
IV Discussion	P. 36
A Discussion des résultats	P. 36
1 Intervention auprès du patient	P. 36
2 Communication des soignants	P. 37
a Transmissions	P. 37
b Réunions pluridisciplinaires	P. 38
3 Formation des soignants	P. 39
4 Interactions avec la famille	P. 40
a Généralités des interactions avec la famille en situation palliative	P. 40
b Spécificités des EHPAD dans l'interaction avec les familles	P. 41
5 Particularité des médecins traitant.....	P. 42
B Critique de l'étude	P. 44

1 Limites et biais de l'étude	P. 44
a Biais de mémoire	P. 44
b Biais de sélection	P. 45
2 Limites de l'étude	P. 46
a Nature de l'étude	P. 46
b Effectifs de l'étude	P. 46
c Pratiques de l'EMSP d'Agen	P. 47
3 Les thématiques non abordées	P. 47
a Aspect de soutien psychologique	P. 47
b La toilette mortuaire	P. 47
c Debriefing de la situation de fin de vie	P. 48
V Conclusion	P. 49
Bibliographie	P. 50
Annexes	P. 54
Annexe 1	P. 54
Annexe 2	P. 55
Annexe 3	P. 56
Resumé	P. 60

I Introduction

Les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) sont des établissements médico-sociaux dotés de services d'hébergement, restauration, soins médicaux et paramédicaux, ainsi que d'autres services parfois variables selon les établissements. Le public accueilli, ou « résidents », consiste en des personnes âgées de plus de 60 ans et dépendantes.

En 2015, 585 560 personnes résidaient en EHPAD. La médiane d'âge était de 88 ans, et seul 18% de la population des EHPAD avait moins de 80 ans. (1) Les résidents restaient en moyenne 3 ans et 4 mois en EHPAD. (2) Toujours en 2015, 150 000 personnes résidant en EHPAD sont décédées, soit le quart des décès annuels en France. Environ 75% de ces décès survenaient en EHPAD, en opposition à une hospitalisation. (2) Ce résultat est à opposer aux 26% de décès à domicile en France en 2016 dans la population générale. (3)

Ainsi les EHPAD sont des lieux de vie mais aussi de fin de vie. Néanmoins, force est de constater que ces établissements éprouvent régulièrement des difficultés face à ces situations. En leur qualité d'établissements où sont dispensés des soins, les EHPAD doivent prévoir cette situation de fin de vie. Nombre d'EHPAD ont une organisation spécifique de prévue, des conventions avec les services de HAD (Hospitalisation à Domicile) et EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) locaux, des protocoles (protocole douleur, parfois même protocole pour la sédation), un soutien psychologique au patient, à la famille et aux soignants. Dans une étude réalisée dans les EHPAD de Nouvelle-Aquitaine en 2017, 94% des EHPAD disaient que l'accompagnement à la fin de vie est au moins en partie intégré dans leur projet de soins, mais au final seulement 44% des EHPAD estimaient comme satisfaisante la prise en compte de la fin de vie dans leur établissement. (4) Cette problématique va être d'autant plus aggravée dans un cadre de population des EHPAD qui vieillit et est de plus en plus dépendante, ainsi que des difficultés en ressources humaines sinon matérielles. (1,5)

Dans ce contexte de difficultés, les EHPAD bénéficient de l'aide d'intervenants extérieurs autres que le médecin traitant ou encore le kinésithérapeute. Les HAD vont apporter un support matériel, technique et logistique, parfois d'expertise en situation de fin de vie. Mais ce sont surtout les EMSP, équipes pluridisciplinaires spécialisées dans les soins palliatifs, qui vont apporter un support multimodal autre que matériel en cas de situation complexe, en proposant d'en faire la synthèse et d'y proposer des solutions adaptées.

La nécessité d'intervention de ces acteurs expose d'autant plus le besoin d'une pluridisciplinarité et interdisciplinarité dans les situations de fin de vie complexes. La pluridisciplinarité (ou multidisciplinarité) est l'approche de réunir plusieurs disciplines afin d'aborder une problématique complexe, pour bénéficier de leur complémentarité. L'interdisciplinarité va être l'approche de faire interagir les différentes disciplines au sein d'un groupe pour qu'elles échangent et se complètent dans la réalisation optimale d'un objectif commun. (6)

Au cours de mon cursus, j'ai été exposé aux difficultés des soins palliatifs chez les personnes âgées. Mais ce qui a pu le plus me frapper lors de stages et de remplacements

concernant ces fins de vie chez les patients âgés, ce sont les difficultés d'échanges professionnels de qualité dans les EHPAD dans ces situations. Or une bonne pluridisciplinarité et interdisciplinarité sont considérées comme des éléments essentiels d'une prise en charge palliative de qualité. (7-11) Plusieurs aspects m'ont frappé de par leur contraste avec la pratique hospitalière de la pluridisciplinarité. Ils concernent essentiellement les interactions entre soignants, mais aussi des soignants avec les familles.

La pauvreté des interactions entre soignants m'a semblé concerner essentiellement le contact avec le patient et tout le processus de transmission et prise de décision thérapeutique. Tout d'abord avec le patient, les soignants d'EHPAD m'ont semblé former peu de binômes voire trinômes, contrastant avec le classique binôme infirmière et aide-soignante en gériatrie ou lors de soins lourds palliatifs en hôpital. Il était également rare que le médecin soit accompagné d'un soignant pour examiner un résident en fin de vie alors que cela pourrait enrichir l'examen et la réflexion. Pour ce qui est des transmissions, elles se faisaient hiérarchiquement des soignants vers l'infirmière puis le médecin traitant. Il y avait peu d'échange d'information d'un autre soignant avec le médecin. Pour ce qui est la prise de décisions, elle se faisait la plupart du temps par le binôme infirmière et médecin traitant, contrastant avec les réunions pluridisciplinaires régulières en hôpital en service de soins palliatifs où vont être invités divers soignants.

J'ai pu constater lors d'une formation d'une EMSP auprès de personnel soignant d'EHPAD que les soignants de diverses professions sont attirés par la formation en soins palliatifs, mais ces formations sont souvent spontanément le lieu de debriefing de situations palliatives précédentes. Il s'agit essentiellement d'un exutoire, mais aussi de faire le point sur les choses qui auraient pu être améliorées dans la prise en charge. Ce genre de debriefing est d'ailleurs souvent proposé par les EMSP à distance du décès plutôt pour les soins à domicile, mais aussi parfois dans les EHPAD. Ce besoin trahit un éventuel manque ressenti de concertation chez les soignants.

La communication avec les familles, pourtant fondamentale dans les soins palliatifs, a pu également me sembler inhabituelle. (12,13) En tant que médecin remplaçant, j'ai été peu sollicité pour communiquer avec les familles, encore moins physiquement. Il m'est difficile de dire s'il s'agit du fait d'être remplaçant, mais mon impression a plus été que cette tâche de communication a glissé aux infirmières, connaissant vraisemblablement mieux médicalement et personnellement le résident et sa famille que parfois le médecin traitant lui-même. Or en milieu hospitalier, beaucoup de rencontres avec les familles se font en présence de différents professionnels de santé. Ce constat m'a donc interrogé si les soignants d'EHPAD s'appuient sur d'autres soignants pour rencontrer les familles, si il y a une recherche de pluridisciplinarité.

Etrangement, le ressenti des soins palliatifs en EHPAD en tant qu'étudiant puis médecin remplaçant m'a semblé se rapprocher de celui d'une prise en charge palliative à domicile, relativement solitaire. Il s'agit néanmoins du ressenti d'un médecin travaillant transitoirement avec ces EHPAD. Le but de cette thèse était d'étudier la réalité de la pluridisciplinarité dans ces EHPAD lors de situations de fin de vie, et notamment suffisamment complexe pour nécessiter l'intervention d'une EMSP.

II Matériel et méthodes

A Définition des objectifs de l'étude

Les objectifs principaux étaient l'étude de la pluridisciplinarité dans les soins palliatifs en EHPAD, en fonction des professions des intervenants.

L'objectif secondaire était l'étude de l'impact sur la pluridisciplinarité en soins palliatifs en EHPAD de l'intervention d'une EMSP (ici l'EMSP du CH d'Agen).

B Choix de la méthode

L'objectif était donc d'étudier la pluridisciplinarité dans les soins palliatifs en EHPAD et l'éventuel impact de l'intervention d'une EMSP. Des études ont déjà été réalisées sur les retours d'intervention en EHPAD des EMSP (14-16). Leur format d'enquête qualitative permet de lister des problématiques et retours de pratique sans pouvoir les quantifier, mais surtout sans pouvoir identifier la prévalence de problématiques selon les différentes professions représentées et intervenant en EHPAD. On note également que certaines de ces études se focalisent également seulement sur certaines professions.

A donc été adoptée une approche pseudo-quantitative d'étude de pratique dans le but de pouvoir étudier les différences de pratiques et ressentis dans la pluridisciplinarité en soins palliatifs en EHPAD.

C Construction du questionnaire

Sur la forme, a été adopté un questionnaire d'enquête de pratique. Le nombre de questions a été limité à 20 pour limiter l'impact négatif d'un questionnaire considéré comme trop chronophage. A été préféré au maximum une forme affirmative des questions afin de faciliter leur compréhension. Pour les questions subjectives de quantification et de fréquence, l'échelle de Likert a été adoptée. (17) Les questions devaient être suffisamment neutres pour pouvoir être adaptées à tout professionnel de santé interrogé. Un essai du questionnaire auprès de personnel soignant d'EHPAD hors zone d'intervention de l'EMSP d'Agen est réalisé afin de tester le temps de remplissage et la compréhension du questionnaire.

Les cibles du questionnaire sont les soignants autour des patients ayant été en soins palliatifs. Il s'agit des soignants salariés d'EHPAD (aide-soignants, infirmières, infirmière cadre, psychologue, médecin coordinateur), et de soignants libéraux (kinésithérapeute rarement employé de l'EHPAD, médecin traitant). Il a été prévu dès la première question que les soignants identifient leur profession. Il est à noter qu'a été laissée une case « Autre » pour d'autres intervenants, à l'appréciation desdits intervenants et de l'infirmière coordinatrice (distribuant les questionnaires) de chaque EHPAD s'ils sont intervenus dans

le soin, pour permettre d'évaluer des pratiques et intervenants différents selon les EHPAD (certains personnels de l'EHPAD habituellement non soignants pouvant intervenir lors des soins palliatifs, ou des intervenants plus rares comme des ergothérapeutes par exemple).

Un texte court d'introduction a été placé en début du questionnaire. Il précise le contexte de l'étude avec le sujet étudié, l'association avec l'EMSP d'Agen et le fait qu'elle concerne ses dernières interventions en 2019. L'objectif était qu'il soit suffisamment court pour inciter à sa lecture.

Les questionnaires étaient anonymes tout comme l'étaient les enveloppes de retour. Le caractère anonyme était précisé dans le texte court d'introduction du questionnaire.

Une notice explicative a été prévue et glissée dans les enveloppes d'envoi de questionnaire, différente selon si elle était adressée au médecin traitant ou à l'EHPAD (Annexe 1, Annexe 2).

Le nom du patient n'était pas mentionné dans le questionnaire, seulement qu'il s'agissait de la situation de la dernière intervention de l'EMSP d'Agen. Ce choix a été fait car le remplissage du questionnaire ne nécessitait pas la connaissance du dossier médical du patient (auquel certains soignants n'ont parfois pas accès) et que cela risquait de complexifier les démarches administratives de validation de l'étude.

D Choix des questions

Le choix des questions a été déterminé par les objectifs de l'étude. Il convenait donc d'identifier dans la littérature les facteurs cruciaux d'une pluridisciplinarité efficace en soins palliatifs, en incorporant des particularités des prises en charge en EHPAD. Une revue de la littérature (18-20) identifie comme facteurs de pluridisciplinarité efficace une bonne communication et coordination entre soignants, une définition claire des rôles, des formations interprofessionnelles, un bon accès aux spécialités.

Les aspects de définition des rôles et d'accès aux spécialités n'ont pas été retenus, ayant peu d'intérêt dans le cadre de l'EHPAD, concernant plus une problématique hospitalière et ambulatoire de ville classique. Du côté des spécificités des soins palliatifs en EHPAD, ont été retenus les aspects de « co-soins » (soins en binôme ou trinôme) et de communication avec la famille. L'aspect de co-soin est intéressant car les soins palliatifs constituent une potentielle rupture des pratiques habituelles de soins ou intervention, se faisant la plupart du temps seul auprès du résident en EHPAD. La communication avec les familles revêt également un aspect différent de l'ambulatoire où le médecin traitant est l'interlocuteur principal, ou encore de l'hôpital avec un binôme médecin-infirmière. En effet en EHPAD les rôles d'information aux familles sont redistribués, les informations courantes semblant plutôt données par les aides-soignants, médicales par les infirmières, graves et prise de décision avec le médecin.

Ont ainsi été retenus 4 grands axes au questionnaire :

- Première partie : Soins et intervention auprès du patient (résident).
- Deuxième partie : Réunion, réflexion et transmission (communication interprofessionnelle).
- Troisième partie : Formation (aux soins palliatifs).
- Quatrième partie : Famille (communication aux familles de résidents).

Comme mentionné précédemment, le nombre de questions a été limité à 20 pour favoriser la participation des soignants, mais est laissé à la fin du questionnaire un encart invitant les participants à commenter la thématique afin de pouvoir ouvrir des pistes de discussion ou revenir sur des questions posées.

Le questionnaire définitif peut être trouvé à l'Annexe 3.

E Choix des EHPAD et recueil de données

L'objectif secondaire de l'étude étant d'étudier l'impact du passage de l'EMSP sur les pratiques de pluridisciplinarité des équipes soignantes d'EHPAD, ont naturellement été ciblés les EHPAD dans lesquels elle est intervenue. Ceci a également permis de s'assurer de la pratique de soins palliatifs dans ces EHPAD.

Pour éviter le plus possible le biais de mémoire, ont été sélectionnées les EHPAD dans lesquels l'EMSP d'Agen est intervenue au cours de l'année précédente (année 2019) et dont la prise en charge (par l'EMSP) est terminée au moment de la collecte des données. Une période plus courte n'aurait pas permis le recueil de suffisamment de données. Une période plus longue aurait exposé à un biais de mémoire sans permettre de collecter significativement plus de données du fait d'un fort *turnover* du personnel soignant en EHPAD (le personnel soignant étant intervenu à l'époque auprès du patient en situation palliative risquant de ne plus travailler dans cette EHPAD).

Sur le support, est prévu un questionnaire papier. Le questionnaire papier est distribué directement aux médecins traitants, aux infirmières coordinatrices d'EHPAD préalablement contactées pour qu'elles les distribuent dans l'établissement. Les questionnaires sont envoyés par voie de poste, le nombre de questionnaires à envoyer étant discuté préalablement avec l'infirmière coordinatrice pour les EHPAD. Une enveloppe de retour préimprimée est glissée dans l'enveloppe d'envoi. A été étudiée la possibilité d'un questionnaire en ligne, mais la difficulté d'accessibilité à l'outil informatique pour certains personnels selon les EHPAD aurait pu rendre la collecte plus difficile.

F Traitement des données

La compilation et l'analyse ont été réalisées sur logiciel Excel.

III Résultats

A Déroulement de l'étude et participation

Ont été identifiés 10 patients résidant ou ayant résidé en EHPAD depuis le registre d'intervention 2019 de l'EMSP d'Agen, appartenant à 9 EHPAD différentes. Le registre pouvant être incomplet, ont également été contactés les EHPAD dans lesquels le personnel de l'EMSP d'Agen pensait être intervenu en 2019. A été demandé à ces derniers si l'EMSP était bien intervenue en 2019 dans l'établissement et dont la prise en charge par l'équipe était terminée en 2020. Sur les 4 potentielles EHPAD concernés, 3 EHPAD ont confirmé une telle prise en charge.

Les EHPAD et médecins traitants ont été contactés du 13/01/2020 au 24/01/2020. Les questionnaires ont été envoyés par voie de poste la semaine du 27/01/2020 au 31/01/2020. Une première relance des EHPAD n'ayant pas renvoyé de questionnaire a été faite la semaine du 02/03/2020 au 06/03/2020, une deuxième les 12/03/2020 et 13/03/2020.

Au total, 77 questionnaires ont été retournés. Sur les 12 EHPAD contactés, 9 ont renvoyé des questionnaires. Sur les 3 n'ayant pas retourné de questionnaires, 2 avaient promis de remettre les questionnaires rapidement, mais ont été rattrapées par l'épidémie de COVID-19.

Pour la participation des médecins traitants, sur les 10 potentiels candidats :

- 3 questionnaires ont été retournés.
- 1 des médecins traitants renseigné était également le médecin coordinateur, il a été considéré comme tel dans l'étude.
- 1 des médecins traitants renseigné était un médecin remplaçant à long terme, n'ayant pu être contacté.
- 1 médecin traitant n'était pas renseigné dans le dossier patient de l'EMSP d'Agen.
- 2 médecins traitants n'ont pas donné suite à plusieurs sollicitations auprès de leur secrétariat.
- 2 médecins traitants étaient en congé longue durée.

Ci-dessous le diagramme de flux de l'étude :

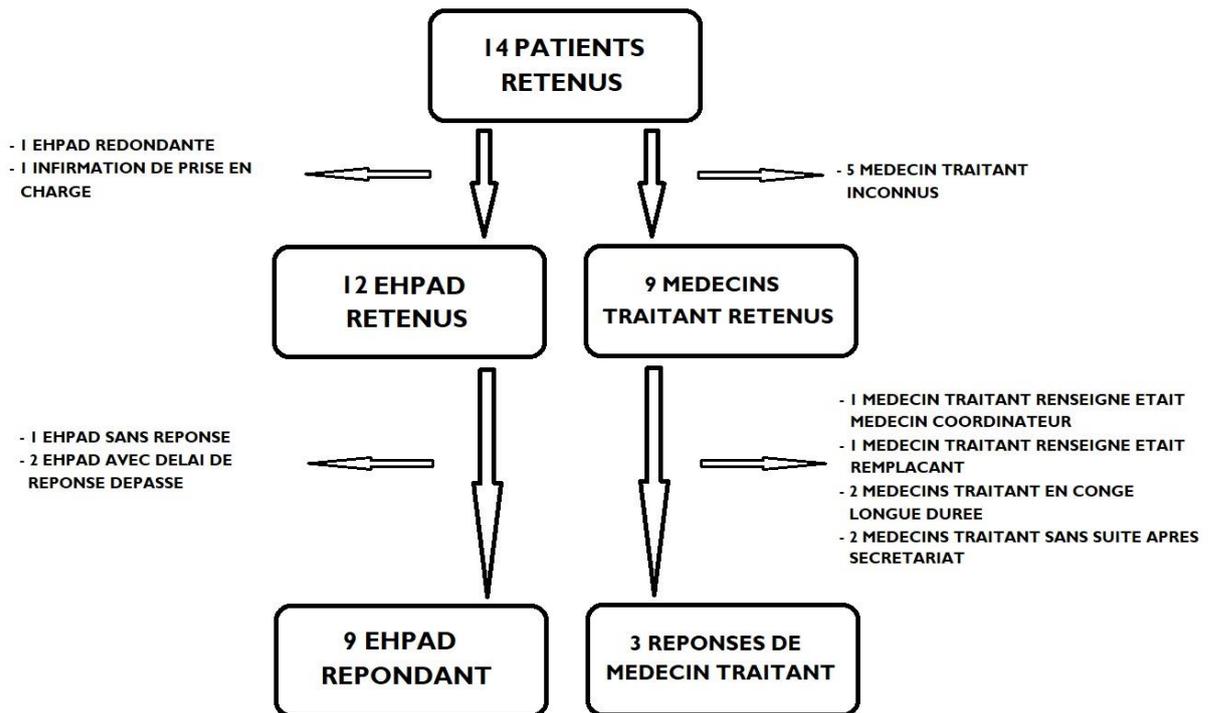


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude.

B Profession des participants de l'étude

Au total, 77 questionnaires ont donc été retournés. Ci-dessous la figure des professions des participants au questionnaire :

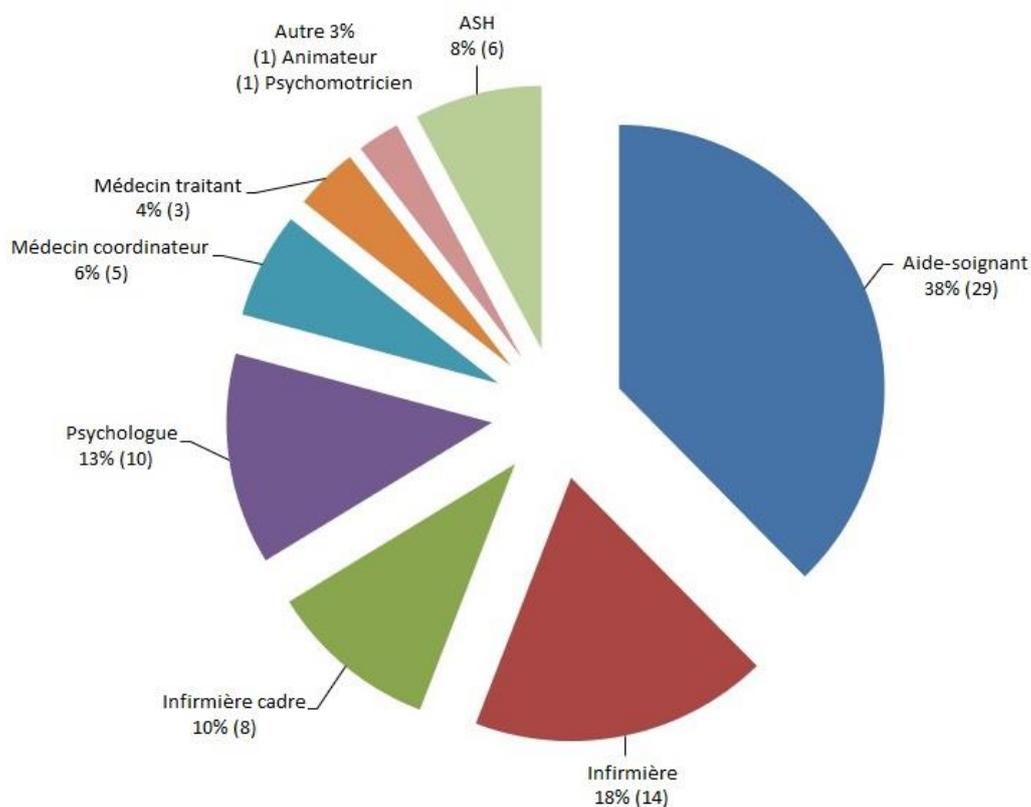


Figure 2 : Profession des répondeurs de l'enquête.

On a ainsi :

- 29 aide-soignants
- 14 infirmières
- 10 psychologues
- 8 infirmières cadre
- 6 agents de service hospitalier
- 5 médecins coordinateurs
- 3 médecins traitants

C Intervention auprès du patient

A la question « Hors soins palliatifs, vous intervenez au lit du résident », on a l'histogramme de réponses ci-dessous :

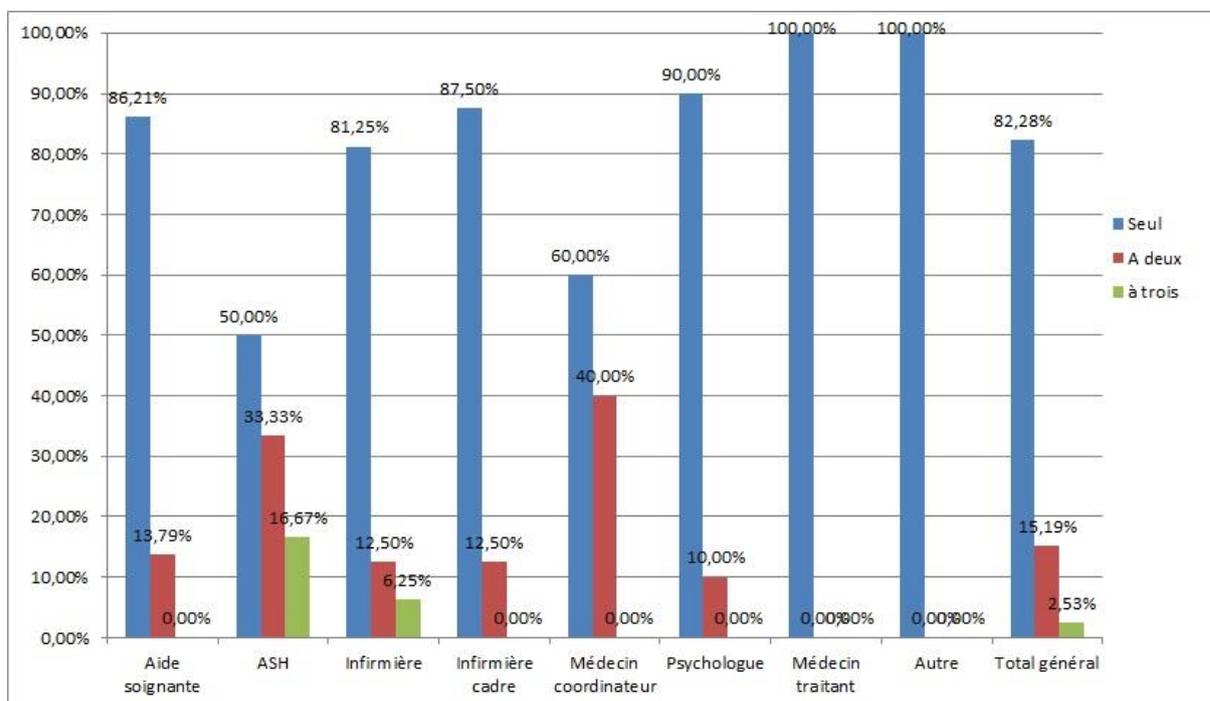


Figure 3 : Histogramme des réponses à la question 1-1.

PROFESSION	Seul	A deux	A trois
Aide soignante	25	4	0
ASH	3	2	1
Infirmière	13	2	1
Infirmière cadre	7	1	0
Médecin coordinateur	3	2	0
Psychologue	9	1	0
Médecin traitant	3	0	0
Autre	2	0	0
Total général	65	12	2

Tableau 1 : Détail des réponses à la question 1-1.

La majorité des soignants interviennent seuls auprès du patient hors situation palliative, on note cependant que la moitié des ASH et 40% des médecins coordinateurs sont accompagnés.

A la question « Si vous n'êtes pas seul(e), vous intervenez au lit du résident avec », on a l'histogramme de réponses ci-dessous :

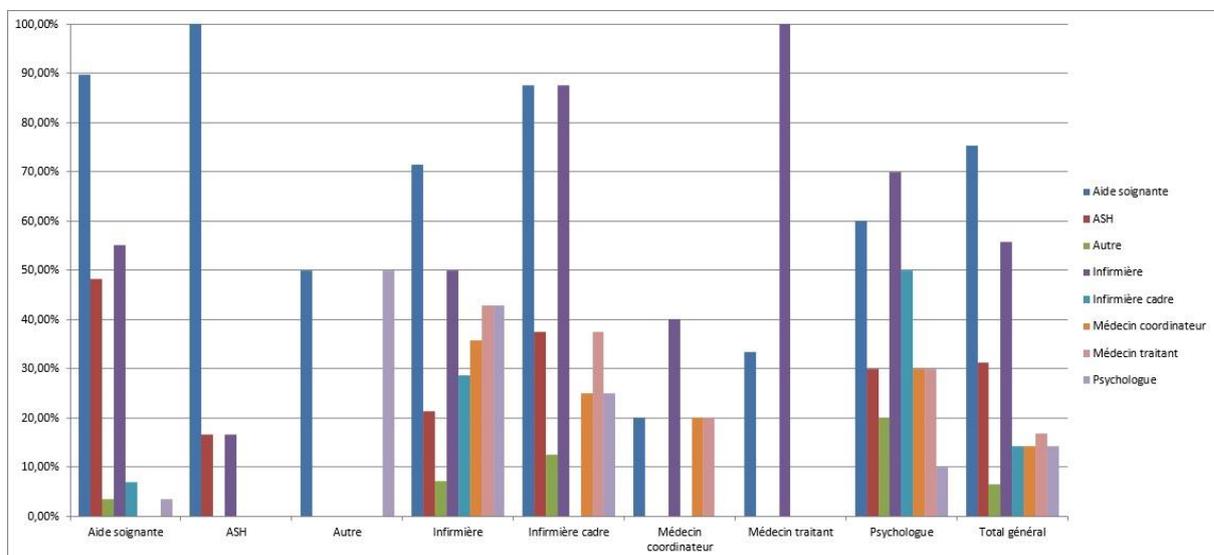


Figure 4 : Histogramme des réponses à la question 1-2.

PROFESSION\REPONSE	Aide soignante	Infirmière	Infirmière cadre	Psychologue	Médecin coordinateur	Médecin traitant	Kinésithérapeute	ASH	Autre	Aucun	NC
Aide soignante	26	16	2	1				14	1		2
ASH	6	1						1			
Autre	1			1				1			
Infirmière	10	7	4	6	5	6		2	3	1	4
Infirmière cadre	7	7		2	2	3		2	3	1	
Médecin coordinateur	1	2			1	1					3
Psychologue	6	7	5	1	3	3		2	3	2	2
Kinésithérapeute											
Médecin traitant	1	3									1
Total général	58	43	11	11	11	13		7	24	5	12

Tableau 2 : Détail des réponses à la question 1-2.

Aide-soignants, infirmières et ASH sont les soignants qui font le plus binôme.

A la question « Pendant la situation palliative évoquée, vous estimez avoir plus souvent travaillé en binôme (voire trinôme) », on a la représentation des réponses ci-dessous :

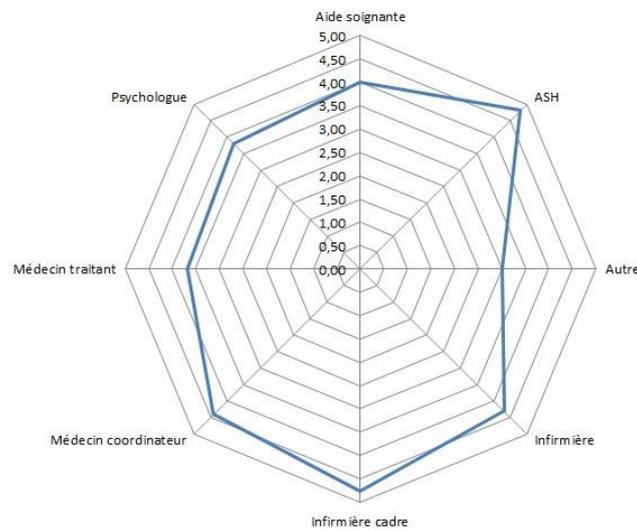


Figure 5 : Représentation moyenne Likert des réponses à la question 1-3.

PROFESSION\SCORE	5	4	3	2	1	Moyenne
Aide soignante	9	15		3	1	4
ASH	4	1				4.8
Autre		1		1		3
Infirmière	6	6		1		4.3
Infirmière cadre	6	2				4.75
Médecin coordinateur	4			1		4.4
Médecin traitant	1	1		1		3.66
Psychologue	3	4	1	2		3.8
Total général	33	30	1	9	1	4.14

Tableau 3 : Détail des réponses à la question 1-3.

Les soignants sont globalement d'accord pour dire qu'ils ont plus souvent travaillé en binôme (voire trinôme) pendant la situation palliative, même les ASH et médecins coordinateurs qui travaillent souvent à plusieurs. Les médecins traitants ont le moins formé de binômes/trinômes.

A la question « Vous estimez que vous devriez travailler plus souvent en binôme (voire trinôme) en situation palliative », on a la représentation des réponses ci-dessous :

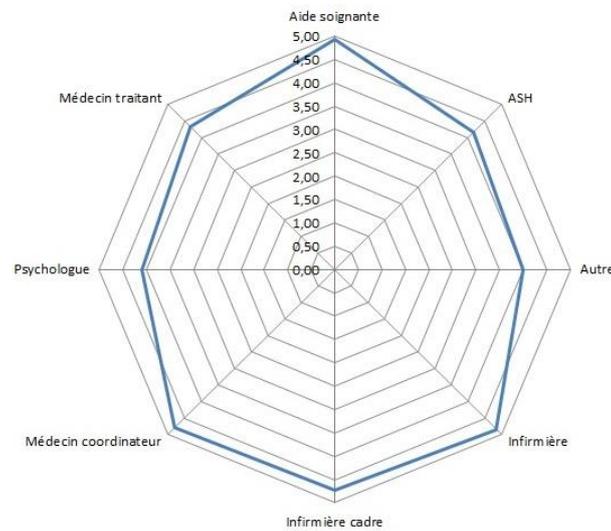


Figure 6 : Représentation moyenne Likert des réponses à la question 1-4.

PROFESSION\NOTE	5	4	3	2	1	Moyenne
Aide soignante	27	2				4.93
ASH	4	1			1	4.17
Autre	1		1			4,00
Infirmière	12	2				4.86
Infirmière cadre	5	2				4.71
Médecin coordinateur	4	1				4.80
Psychologue	5	2	2	1		4.10
Médecin traitant	1	2				4.33
Total général	59	12	3	1	1	4.67

Tableau 4 : Détail des réponses à la question 1-4.

Les soignants estiment globalement qu'ils devraient travailler plus souvent à plusieurs. Médecins traitants et psychologues formant moins souvent des binômes en temps normal et durant la situation palliative avaient une vision moins positive que les autres soignants de la pratique.

A la question « Si vous êtes d'accord, avec qui ? » (suite à la question précédente), on a l'histogramme des réponses ci-dessous :

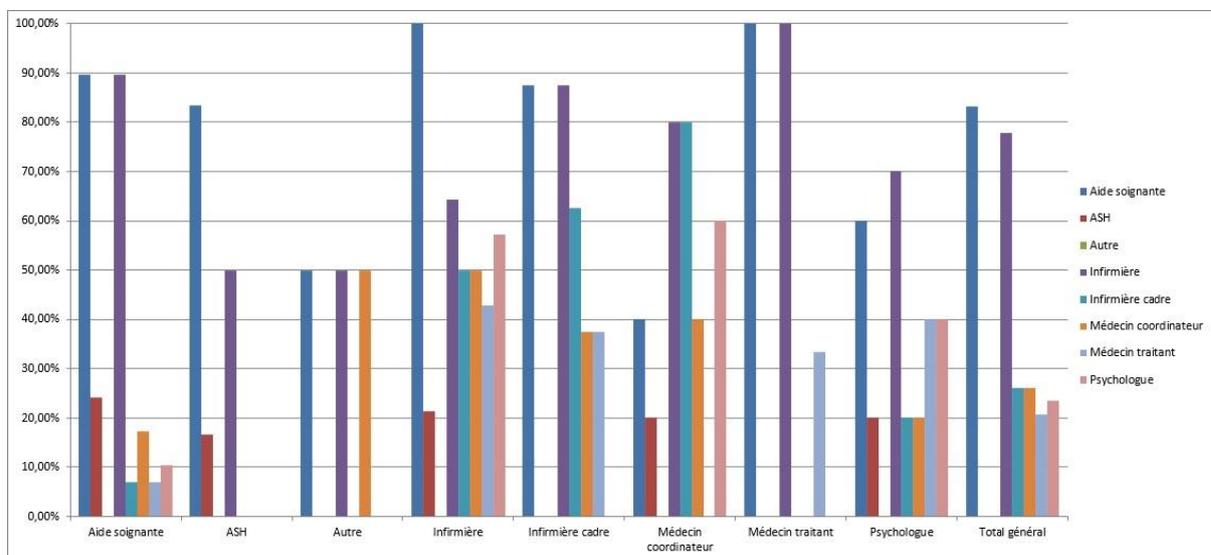


Figure 7 : Histogramme des réponses à la question 1-5.

PROFESSION\REPONSE	Aide soignante	Infirmière	Infirmière cadre	Psychologue	Médecin coordinateur	Médecin traitant	Kinésithérapeute	ASH	Autre	Aucun	NC
Aide soignante	26	26	3	5	2	2		2	7	2	1
ASH	5	3						1			1
Autre	1	1		1							
Infirmière	14	9	8	7	6	7		4	3		
Infirmière cadre	7	7		3	3	5		2			
Médecin coordinateur	2	4	3	2		4		1	1		
Psychologue	6	7	4	2	4	2		1	2	1	2
Médecin traitant	3	3			1			1			
Total général	64	60	18	20	16	20		10	14	4	4

Tableau 5 : Détail des réponses à la question 1-5.

Les binômes recherchés sont globalement ceux retrouvés dans la question 1-2 (soit les binômes hors soins palliatifs), sauf les aides-soignantes qui aimeraient travailler plus souvent avec les infirmières (les aides-soignantes aimeraient travailler aussi souvent avec les infirmières que les aides-soignantes, contre les aides-soignantes qui travaillent deux fois plus avec les autres aides-soignantes que les infirmière en situation normale).

A la question « Quels sont les facteurs qui vous empêchent d'intervenir au lit du patient avec d'autres soignants ? », on a l'histogramme des réponses ci-dessous :

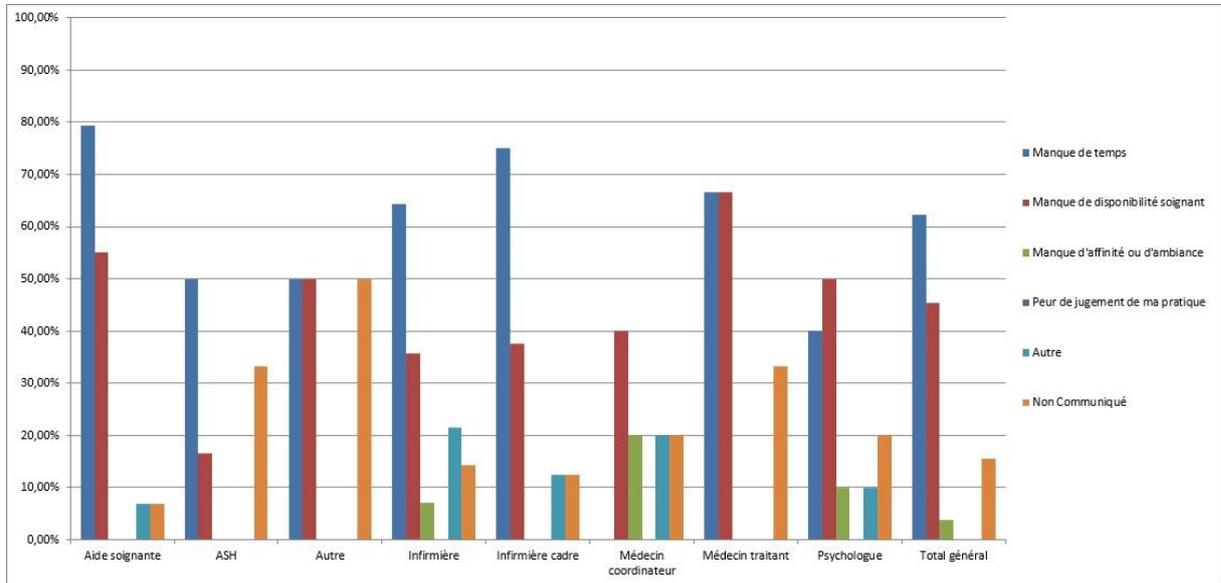


Figure 8 : Histogramme des réponses à la question 1-6.

PROFESSION\REPONSE	Manque de temps	Manque de disponibilité	Manque d'affinité	Peur de jugement	Autre	NC
Aide soignante	23	16			2	2
ASH	3	1				2
Autre	1	1				1
Infirmière	9	5		1	3	2
Infirmière cadre	6	3			1	1
Médecin coordinateur		2		1	1	1
Psychologue	4	5		1	1	2
Médecin traitant	2	2				1
Total général	48	35		3	8	12

Tableau 6 : Détail des réponses à la question 1-6.

Aux 3/5^{ème}, la principale raison qui empêchait les soignants d'intervenir à plusieurs était le manque de temps, mais aussi au 2/5^{ème} le manque de disponibilité de l'autre soignant.

D Communication des soignants

A la question « Pour transmettre vos informations hors situation palliative, vous utilisez le(s) mode(s) suivant(s) », on a l'histogramme des réponses ci-dessous :

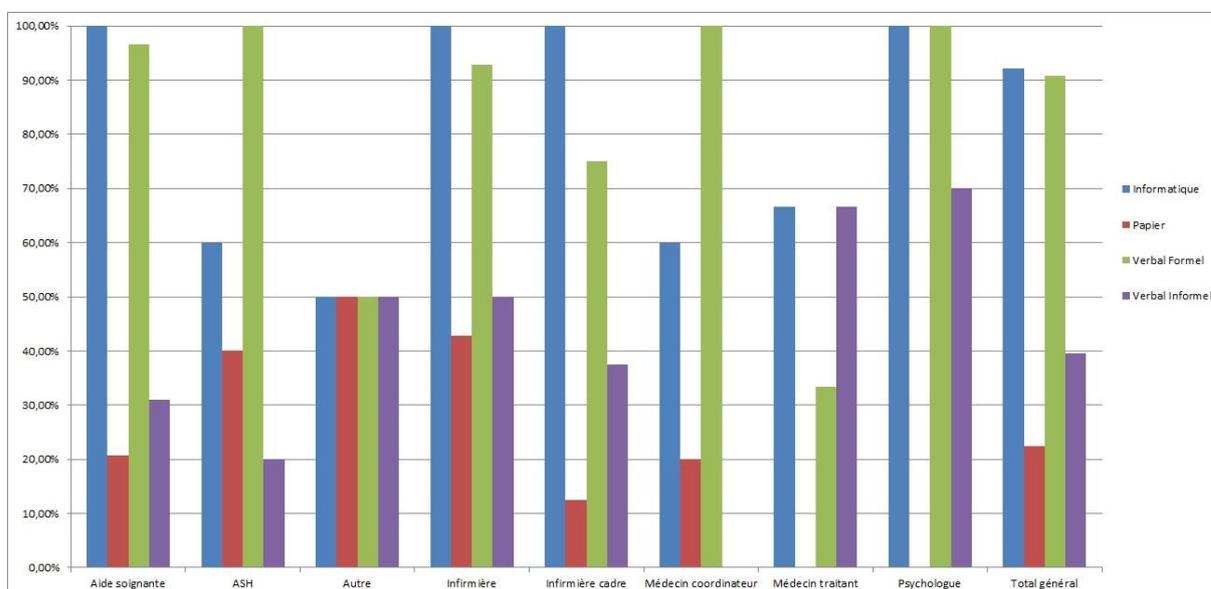


Figure 9 : Histogramme des réponses à la question 2-1.

PROFESSION\REPONSE	Informatique	Papier	Verbal formel	Verbal informel	NC
Aide soignante	29	6	28	9	
ASH	3	2	5	1	1
Autre	1	1	1	1	
Infirmière	14	6	13	7	
Infirmière cadre	8	1	6	3	
Médecin coordinateur	3	1	5		
Psychologue	10		10	7	
Médecin traitant	2		1	2	
Total général	70	17	69	30	1

Tableau 7 : Détail des réponses à la question 2-1.

L'informatique et les transmissions formelles sont la base de la transmission des informations avec plus de 90% des soignants les utilisant, mais on note une participation moindre des ASH au médium informatique (moins des 2/3) et une part importante des transmissions verbales informelles chez les médecins traitants et psychologues.

A la question « Vous êtes satisfait de votre outil de transmission dans les situations palliatives », on a la représentation des réponses ci-dessous :

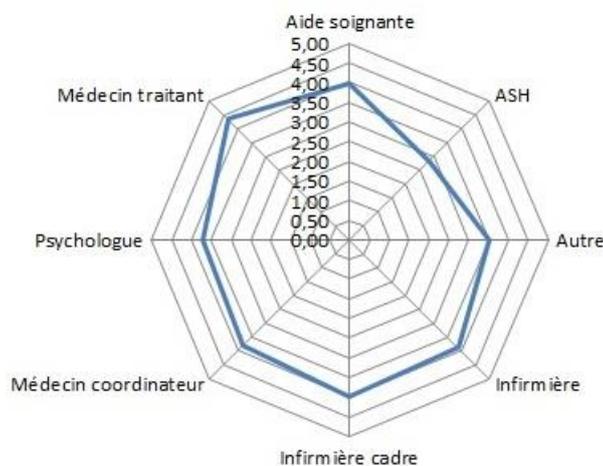


Figure 10 : Représentation moyenne Likert des réponses à la question 2-2.

PROFESSION	Moyenne
Aide soignante	3,97
ASH	2,83
Autre	3,50
Infirmière	3,86
Infirmière cadre	4,00
Médecin coordinateur	3,80
Psychologue	3,70
Médecin traitant	4,33
Total général	3,82

Tableau 8 : Détail des réponses à la question 2-2.

Les soignants sont relativement satisfaits de leurs moyens de transmission (bien que l'approbation soit modérée), sauf les ASH.

A la question « Si non, pourquoi ? » (suite à la question précédente), on a l'histogramme des réponses ci-dessous :

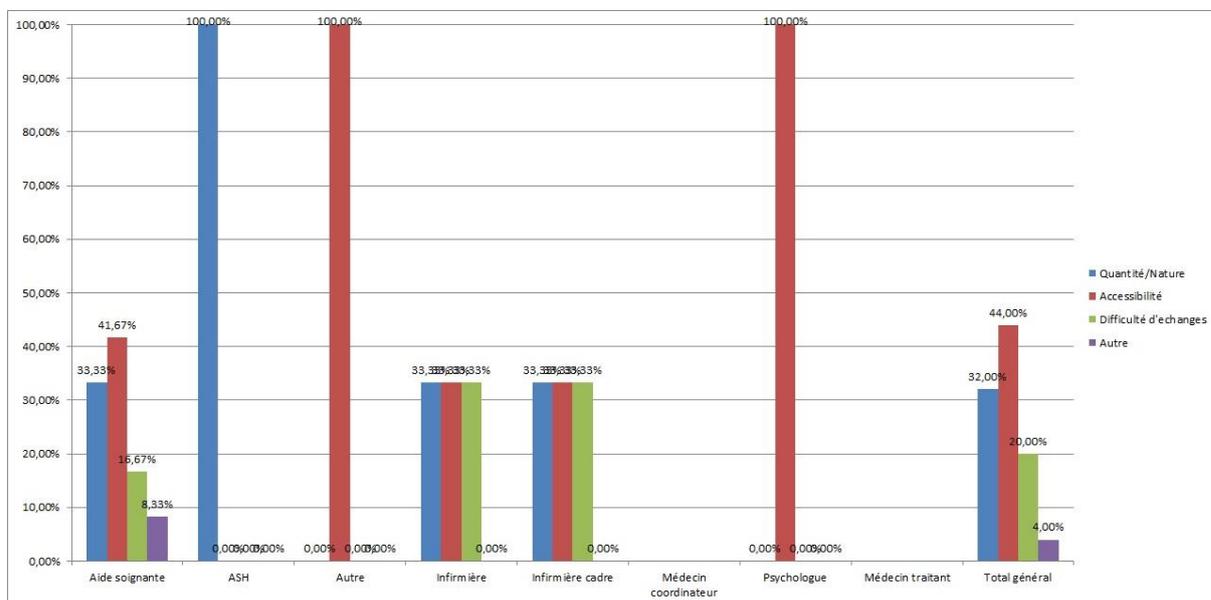


Figure 11 : Histogramme des réponses à la question 2-3.

PROFESSION\REPONSE	Quantité/Nature	Accessibilité	Difficulté d'échanges	Autre
Aide soignante	4	5	2	1
ASH	1			
Autre		1		
Infirmière	2	2	2	1
Infirmière cadre	1	1	1	
Médecin coordinateur				
Psychologue		2		
Médecin traitant				
Total général	8	11	5	1

Tableau 9 : Détail des réponses à la question 2-3.

Les deux principaux problèmes de l'outil de transmission évoqué par les soignants mécontents de leur outil de transmission (majoritairement les aide-soignants) était le manque d'accessibilité et la quantité insuffisante d'informations de l'outil.

A la question « Lors de la situation palliative évoquée, avez-vous réalisé des réunions pluridisciplinaires hors intervention EMSP ? », on a l'histogramme des réponses ci-dessous :

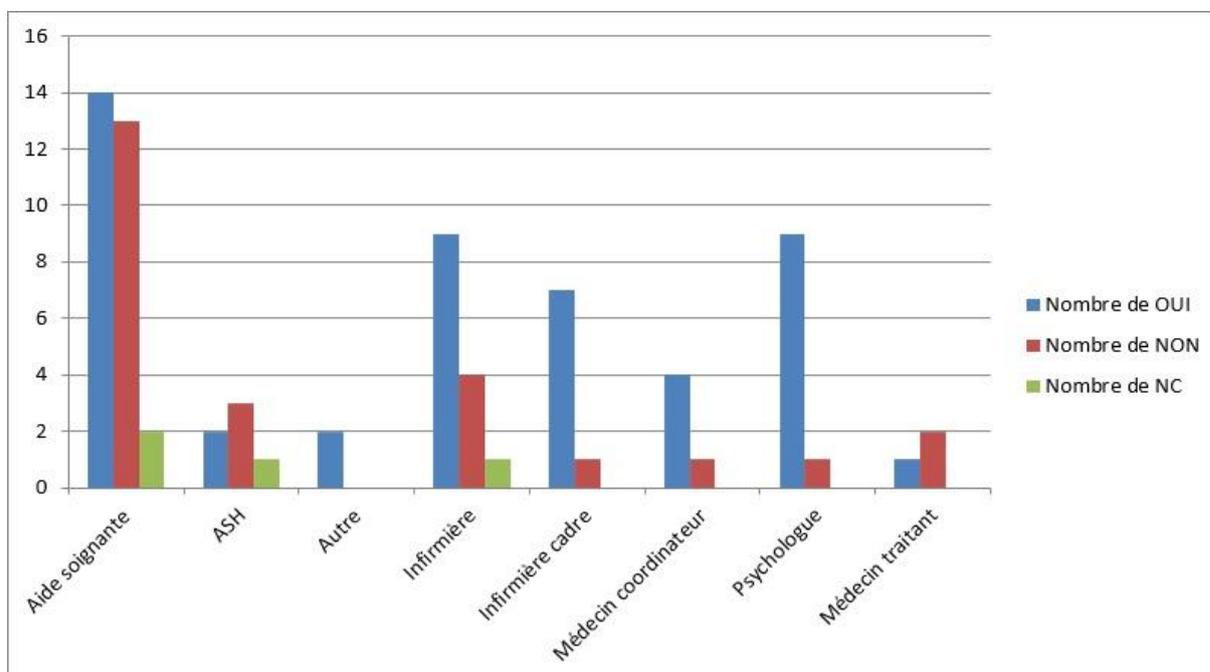


Figure 12 : Histogramme des réponses à la question 2-4.

PROFESSION\REPOSE	OUI	NON	NC
Aide soignante	14	13	2
ASH	2	3	1
Autre	2		
Infirmière	9	4	1
Infirmière cadre	7	1	
Médecin coordinateur	4	1	
Psychologue	9	1	
Médecin traitant	1	2	
Total général	48	25	4

Tableau 10 : Détail des réponses à la question 2-4.

La participation aux réunions pluridisciplinaires des infirmières, infirmières cadres, médecins coordinateurs et psychologues aux réunions pluridisciplinaires est importante (plus des 2/3), mais elle est beaucoup plus discutable chez les aide-soignants, ASH et médecins traitants (à peine la moitié sinon moins).

A la question « Si oui, avec quels professionnels de santé ? » (suite à la question précédente), on a l'histogramme des réponses ci-dessous :

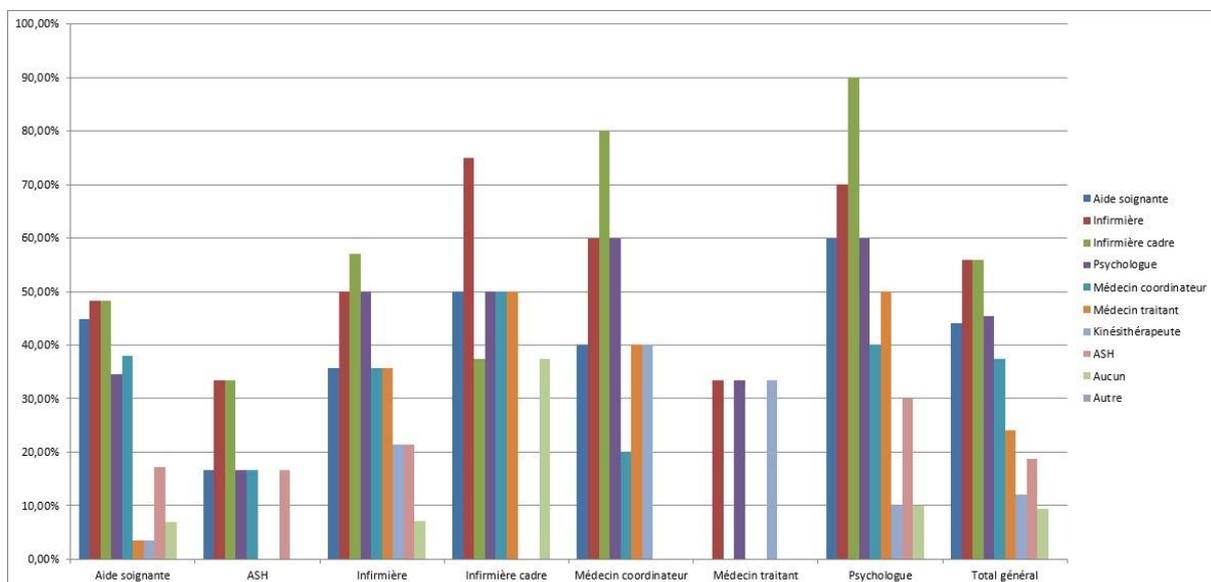


Figure 13 : Histogramme des réponses à la question 2-5.

PROFESSION\REPONSE	Aide soignante	Infirmière	Infirmière cadre	Psychologue	Médecin coordinateur	Médecin traitant	Kinésithérapeute	ASH	Autre	Aucun
Aide soignante	13	14	14	10		11	1	1	5	2
ASH	1	2	2	1		1			1	
Autre	2	2	2	2		2	1	1	2	
Infirmière	5	7	8	7		5	5	3	3	1
Infirmière cadre	4	6	3	4		4	4			3
Médecin coordinateur	2	3	4	3		1	2	2		
Psychologue	6	7	9	6		4	5	1	3	1
Médecin traitant		1		1				1		
Total général	33	42	42	34		28	18	9	14	7

Tableau 11 : Détail des réponses à la question 2-5.

Les réunions pluridisciplinaires hors intervention EMSP étaient principalement constituées d'infirmières, psychologues et infirmières cadres. On retrouve à moindre mesure les aide-soignants, médecins coordinateurs et traitants. Les ASH sont essentiellement absents de ces réunions.

A la question « Depuis l'intervention de l'EMSP, en situation palliative, organisez-vous plus souvent des réunions pluridisciplinaires ? », on a la représentation des réponses ci-dessous :

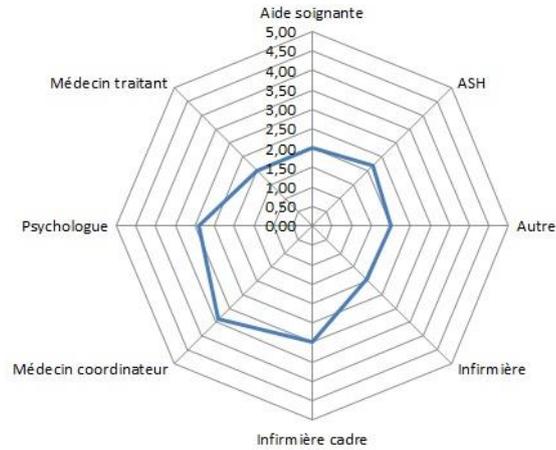


Figure 14 : Représentation moyenne Likert des réponses à la question 2-6.

PROFESSION	Moyenne
Aide soignante	2,00
ASH	2,17
Autre	2,00
Infirmière	1,93
Infirmière cadre	3,00
Médecin coordinateur	3,40
Psychologue	2,90
Médecin traitant	2,00
Total général	2,31

Tableau 12 : Détail des réponses à la question 2-6.

La plupart des soignants sont catégoriques pour dire qu'ils n'ont pas plus réalisés de réunions pluridisciplinaires suite à l'intervention de l'EMSP, sauf les psychologues, les médecins coordinateurs et infirmières cadres.

A la question « Vous estimez que le travail en pluridisciplinarité améliore la prise en charge du résident », on a la représentation des réponses ci-dessous :

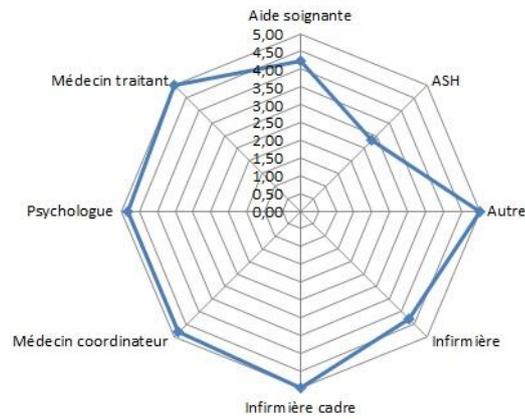


Figure 15 : Représentation moyenne Likert des réponses à la question 2-7.

PROFESSION	Moyenne
Aide soignante	4,24
ASH	2,83
Autre	5,00
Infirmière	4,29
Infirmière cadre	5,00
Médecin coordinateur	4,80
Psychologue	4,80
Médecin traitant	5,00
Total général	4,38

Tableau 13 : Détail des réponses à la question 2-7.

Les soignants ont catégoriquement répondu favorablement à la question sauf les ASH avec un résultat qui est même négatif.

E Formation des soignants

A la question « Avant la situation palliative, aviez-vous déjà une formation sur les soins palliatifs ? », on a l'histogramme des réponses ci-dessous :

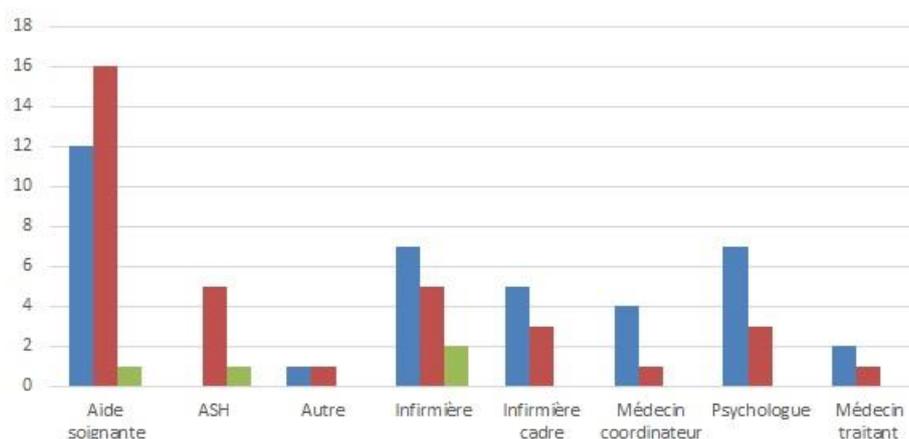


Figure 16 : Histogramme des réponses à la question 3-1.

PROFESSION\REPONSE	OUI	NON	NC
Aide soignante	12	16	1
ASH		5	1
Autre	1	1	
Infirmière	7	5	2
Infirmière cadre	5	3	
Médecin coordinateur	4	1	
Psychologue	7	3	
Médecin traitant	2	1	
Total général	38	35	4

Tableau 14 : Détail des réponses à la question 3-1.

Avec 49,3% des soignants déclarant avoir bénéficié d'une formation aux soins palliatifs, presque la moitié des soignants avaient une formation aux soins palliatifs, avec cependant proportionnellement plus de formation pour les soignants les plus qualifiés.

A la question « Si oui, avec quelle(s) autre(s) professionnel(s) avez-vous suivi cette formation ? » (suite à la question précédente), on a l'histogramme des réponses ci-dessous :

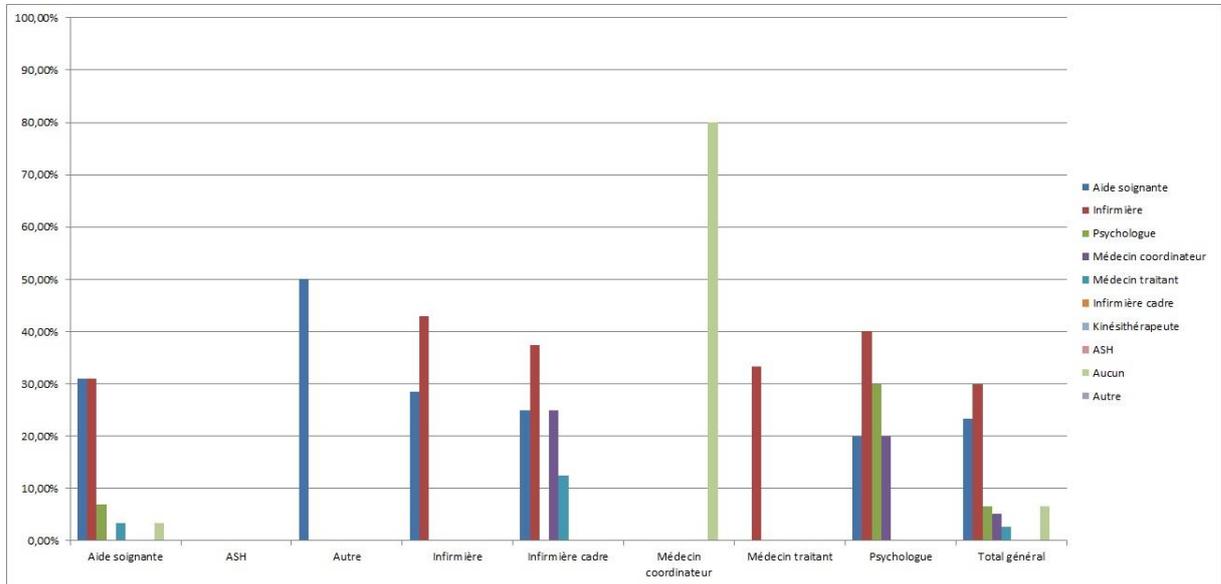


Figure 17 : Histogramme des réponses à la question 3-2.

PROFESSION\REPONSE	Aide soignante	Infirmière	Infirmière cadre	Psychologue	Médecin coordinateur	Médecin traitant	Kinésithérapeute	ASH	Autre
Aide soignante	9	9	2			1			1
ASH									
Autre	1								
Infirmière	4	6							
Infirmière cadre	2	3		2		1			
Médecin coordinateur									4
Psychologue	2	4	3	2					
Médecin traitant		1							
Total général	18	23	5	4		2			5

Tableau 15 : Détail des réponses à la question 3-2.

Les principales professions représentées dans les formations pluridisciplinaires étaient les aide-soignants et infirmières.

A la question « Vous souhaitez participer à une formation sur les soins palliatifs », on a la représentation des réponses ci-dessous :

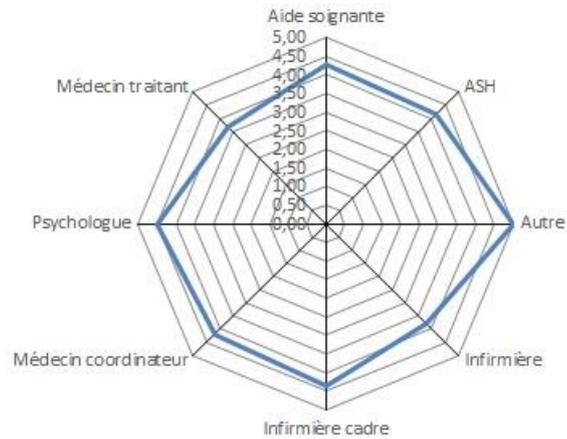


Figure 18 : Représentation moyenne Likert des réponses à la question 3-3.

PROFESSION	Moyenne
Aide soignante	4,28
ASH	4,17
Autre	5,00
Infirmière	3,79
Infirmière cadre	4,38
Médecin coordinateur	4,20
Psychologue	4,50
Médecin traitant	3,67
Total général	4,21

Tableau 16 : Détail des réponses à la question 3-3.

Le souhait de participer à une formation aux soins palliatifs est retrouvé chez la plupart des soignants, mais on note un moindre intéressement des médecins traitants et infirmières.

A la question « Si oui, vous souhaitez que cette formation soit pluridisciplinaire » (suite à la question précédente), on a la représentation des réponses ci-dessous :

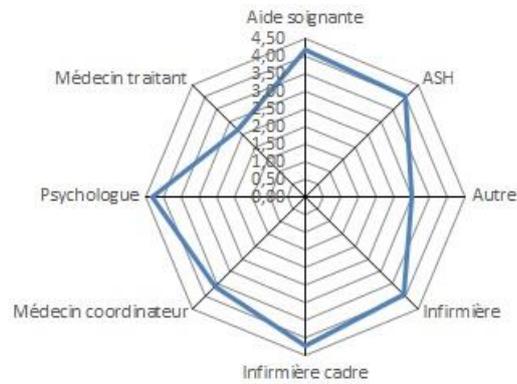


Figure 19 : Représentation moyenne Likert des réponses à la question 3-4.

PROFESSION	Moyenne
Aide soignante	4,17
ASH	4,00
Autre	3,00
Infirmière	3,93
Infirmière cadre	4,25
Médecin coordinateur	3,60
Psychologue	4,30
Médecin traitant	2,67
Total général	4,01

Tableau 17 : Détail des réponses à la question 3-4.

La plupart des soignants souhaite que leur formation en soins palliatifs soit pluridisciplinaire sauf les médecins traitants qui le voient négativement.

F Interactions avec la famille

A la question « Dans la situation palliative évoquée, vous avez été amené à rencontrer la famille du résident plus souvent que hors situation palliative », on a la représentation des réponses ci-dessous :

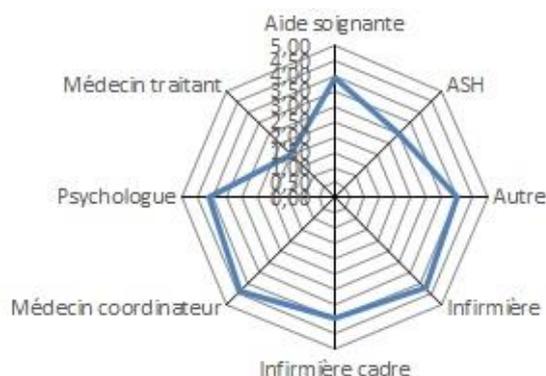


Figure 20 : Représentation moyenne Likert des réponses à la question 4-1.

PROFESSION	Moyenne
Aide soignante	3,93
ASH	3,00
Autre	4,00
Infirmière	4,21
Infirmière cadre	4,00
Médecin coordinateur	4,40
Psychologue	4,10
Médecin traitant	2,00
Total général	3,90

Tableau 18 : Détail des réponses à la question 4-1.

Les soignants estiment avoir vu plus souvent la famille, à l'exception des ASH (réponse neutre) et des médecins traitants (réponse négative).

A la question « Vous avez été plus souvent accompagné(e) d'un autre professionnel pour rencontrer la famille du résident », on a la représentation des réponses ci-dessous :

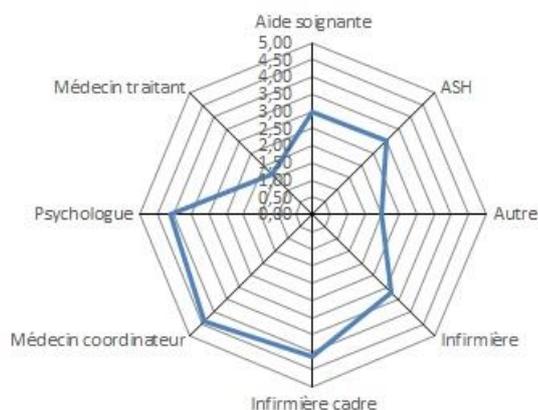


Figure 21 : Représentation moyenne Likert des réponses à la question 4-2.

PROFESSION	Moyenne
Aide soignante	2,97
ASH	3,00
Autre	2,00
Infirmière	3,21
Infirmière cadre	4,13
Médecin coordinateur	4,40
Psychologue	4,10
Médecin traitant	1,67
Total général	3,30

Tableau 19 : Détail des réponses à la question 4-2.

Les réponses à cette question sont très différentes, de la réponse affirmative des infirmières cadres, psychologues, médecins coordinateurs à la réponse très négative des médecins traitants.

Au commentaire libre en fin de questionnaire, ont été recueillies 10 réponses. On les classe par thématiques. Tout d'abord la thématique de la formation :

(ASH) « En tant qu'ASH, avoir [au moins] une ou plusieurs formations sur ce sujet. »

(Infirmière cadre) « Les formations en soins palliatifs ne sont pas toujours adaptées aux EHPAD. »

(Psychologue) « Davantage de formations. »

Sur la thématique organisationnelle :

(Aide-soignant 1) « En EHPAD, le temps passé à la prise en charge d'un résident en soins palliatifs n'est pas pris en compte, il s'ajoute à la prise en charge des autres résidents. C'est aux soignants d'intégrer cette prise en charge dans sa charge de travail. »

(Aide-soignant 2) « Nous avons un manque de temps pour réaliser convenablement notre travail. »

(Infirmière) « Difficultés pour les soins de nuit sans IDE (pas de morphine...). Pas de chambre tampon pour ces personnes-là. »

Sur la thématique de la famille :

(Aide-soignant 3) « Information des accompagnants (famille) à l'approche [de la fin de vie] ainsi que la prise en charge des soins palliatifs. »

(Médecin 1) « Je vois très peu la famille lors de prise en charge palliative en EHPAD alors qu'à domicile j'ai un lien avec l'aidant ou l'entourage. Souvent, les IDE de l'EHPAD « s'occupent » de l'entourage. »

Sur des thématiques autres :

(Aide-soignant 4) « * Que le sujet soit moins tabou et à la fois moins banalisé. * Que nous ayons une formation (par intervenant(s) extérieurs) ainsi qu'un temps et lieu d'écoute et partage si besoin. * Du matériel adapté à chaque soins palliatifs (lampe tamisée, musique, soins de massage, etc...). * Il serait bien de clarifier et/ou différencier « fin de vie » et « soins palliatifs ». Également, que les démarches administratives soient simplifiées. »

(Médecin 2) « La rencontre avec les membres de l'EMSP n'est pas si évidente. Le médecin généraliste continue à être seul, même dans ce contexte, parce qu'il le veut bien, parce que c'est une lassitude, parce qu'il n'y a pas une volonté forte de la part de l'EMSP à provoquer des rencontres. »

IV Discussion

A Discussion des résultats

1 Intervention auprès du patient

La littérature s'attarde peu sur l'intérêt du soin à plusieurs ou plus généralement de l'intervention auprès du patient à plusieurs hors des processus de décision de prise en charge. On va retrouver essentiellement des retours d'expérience de binôme infirmière avec aide-soignant. Le binôme ayant fait preuve de son efficacité dans le soin va surtout être le binôme aide-soignant et infirmière en service de gériatrie avec des bénéfices pour le patient (réduction de la durée du séjour, préservation de l'autonomie, limitations des complications) et pour les soignants (sentiment de valorisation et responsabilisation). (21)

Il existe cependant quelques études comportementales non spécifiques du monde médical étudiant le fonctionnement des binômes. Ainsi dans l'étude de Xu J. en 2018 observant les affects en binôme lors de tâches complexes, avec un élément du binôme ayant un rôle plus passif de monitoring et l'autre actif, il a été constaté qu'un meilleur affect du groupe (soit la cohésion du groupe), en opposition à l'affect individuel, était corrélé à une meilleure performance aux tâches complexes, ainsi qu'une meilleure coordination de groupe. Etait également constaté qu'une rotation dans le binôme pour réaliser une tâche stressante diminuait l'impact émotionnel de la tâche et une meilleure cohésion, offrait une performance plus constante sur cet acte. (22)

Il est difficile d'extrapoler strictement ces résultats d'étude au domaine de la santé. La situation de binôme actif et passif ou semi-passif correspond cependant à un certain nombre de potentielles situations d'intervention auprès du patient en fin de vie, allant d'une toilette lourde à une visite médicale. Ils suggèrent cependant qu'une meilleure culture des tâches à plusieurs et de cohésion pourraient être moteur de meilleurs soins.

Les retours d'expérience de binômes dans diverses spécialités essentiellement hospitalières, sans pouvoir s'appuyer sur des études solides, permettent d'évoquer de nombreux avantages à la formation de duos dans le soin, notamment un duo phare en EHPAD de l'infirmière avec aide-soignant. Pour le patient on retrouve la mise en commun des compétences offre une complémentarité permettant une meilleure qualité des soins (faisceau de compétences différentes sur les gestes techniques et compétences observationnelles essentiellement), une meilleure continuité des soins et vigilance sur l'évolution. Pour les soignants on retrouve un renforcement d'un esprit d'équipe, luttant contre l'isolement et l'absentéisme, renforçant la solidarité et le sentiment de responsabilité (luttant contre le sentiment de dilution des responsabilités). Enfin la pénibilité physique est diminuée. (21,23-5)

Il s'agit d'éléments qui pourraient être appliqués en EHPAD, et pas nécessairement qu'aux binômes aide-soignant avec infirmière. Dans notre étude, les soignants formaient peu de binômes en temps normal, mais en formaient plus lors de situations palliatives et avaient une vision positive du binôme. (cf. figures 3,5,6; tableaux 1,3,4; pages 9,11,12) Ce

besoin de formation de binôme est donc perçu par les soignants lorsque les soins deviennent plus complexes.

On note également que la formation de binômes de soignants pourrait favoriser l'intégration et formation de nouveaux soignants. (23) Ceci est intéressant pour les EHPAD qui souffrent d'un fort *turnover* des soignants. (5)

Il reste néanmoins des difficultés à la systématisation de tels binômes. La principale est organisationnelle. Il est difficile d'évaluer si le gain d'efficacité aux soins en binôme équivaut en temps de travail des soignants à leurs tâches individuelles actuelles et donc ne demande pas des effectifs plus importants de soignants déjà précieux. On voit déjà dans le questionnaire que les contraintes organisationnelles sont estimées comme principale cause de non-formation de binôme. (cf. figure 8; tableau 6; page 14) Une bonne coordination des emplois du temps des soignants est également nécessaire, avec également un roulement des binômes si possible pour éviter une routine. Enfin existe un risque de phénomène de glissement de tâche lorsque les soignants ne sont pas de la même profession. (24,25)

2 Communication des soignants

a Transmissions

Il est inutile de rappeler l'importance d'un bon outil de transmission pour une prise en charge de qualité, d'autant plus lors d'une situation palliative complexe. L'objectif d'interroger les soignants sur leurs modes de transmission était de savoir si leur outil de transmission est estimé par les soignants comme adapté aux situations palliatives, et surtout ce qui est à améliorer s'il était jugé inadapté. Cet outil a cependant été estimé comme suffisant par les soignants. (cf. figure 10; tableau 8; page 16)

Les principales plaintes de l'outil de transmission en situation palliative étaient l'impossibilité d'y accéder pour le soignant et une insuffisance des informations y étant reportées, l'échantillon pour cette question étant cependant faible. (cf. figure 11; tableau 9; page 17) Si l'impossibilité d'accéder à l'outil de transmission semble facile à corriger, cette correction pose des problèmes organisationnels dans des EHPAD déjà en tension, que ce soit de présence physique pour les transmissions régulières orales ou la multiplication du matériel informatique et logistique associée pour les transmissions informatiques. La nature des informations jugées insuffisantes n'est pas précisée et il pourrait être intéressant de chercher à recueillir auprès de chaque profession quelles sont les informations attendues pour un soin adapté au résident, notamment en fin de vie.

L'exception des ASH dans le rejet de l'outil de transmission est probablement soit due à une exclusion de l'accès à l'outil informatique, soit de manière plus globale à une exclusion des transmissions autour du patient (son état de santé et évolution) plutôt que des tâches. Cette hypothèse de rejet peut d'ailleurs également être perçue dans leur vision négative de la pluridisciplinarité dans l'étude.

Enfin, un aspect des transmissions « formelles » qui n'a pas été étudié dans l'étude est la comparaison du nombre et de la qualité des soignants lors de ces transmissions en situation palliative complexe et habituelle. A savoir est-ce que les transmissions qui se font plutôt exclusivement entre soignants de la même profession se font, lors d'une situation palliative complexe, plutôt en « réunion clinique » avec une ou plusieurs autres professions représentées et permettant une éventuelle réflexion. (26)

b Réunions pluridisciplinaires

En milieu hospitalier, on nomme « *staff* » les réunions pluridisciplinaires souvent hebdomadaires où l'équipe soignante du service va se réunir pour débattre d'une prise en charge complexe d'un ou plusieurs patients. Il s'agit d'une pratique éprouvée, se faisant essentiellement en services de soins palliatifs et gériatrie, mais elle ne leur est pas exclusive. Le but est pour les soignants présents de définir une « ligne de soins » autour d'une situation complexe d'un patient, en fonction des retours et compétences de chacun. (27)

L'étude cherchait à savoir si ces réunions pluridisciplinaires étaient réalisées en EHPAD lors de situation palliatives suffisamment complexes pour qu'elles nécessitent l'intervention d'une EMSP. Elles sont effectivement globalement pratiquées, constituées essentiellement d'infirmière, infirmière cadre, psychologue, médecin (traitant ou coordinateur) et à moindre mesure d'aide-soignants (un peu plus de la moitié). (cf. figure 13; tableau 11; page 19)

On note la situation particulière des ASH (et à moindre mesure des aide-soignants) dans l'enquête qui semblent exclus également des réunions pluridisciplinaires. Si les ASH en EHPAD n'ont pas d'activité de soin directe, il n'en reste pas moins qu'ils interagissent régulièrement avec les résidents au cours de leurs nombreuses petites interactions quotidiennes, lors d'aide de l'aide-soignant à la toilette, d'aide au repas ou encore d'atelier avec les résidents et peuvent constituer un support aux résidents mais aussi aux familles. Comme tout soignant ils connaissent les résidents et ont donc une compétence d'alerte. Bien que les ASH aient peu ou pas de connaissances en matière de santé (le poste ne requiert dans l'absolu aucun diplôme), leur avis sur l'évolution du résident, l'état psychologique du résident et de sa famille, peut être intéressant lors d'une réunion pluridisciplinaire.

Une étude qualitative en hôpital a été réalisée avec intégration des aide-soignants du service aux réunions de *staff* pour des patients en situation palliative. Les aide-soignants estimaient avoir peu participé, les motifs de ce manque de participation répondant à des logiques de hiérarchie, l'identité socioprofessionnelle des aide-soignants, d'organisation matérielle et institutionnelle. Si les aide-soignants sont potentiellement mieux intégrés dans l'interdisciplinarité en EHPAD qu'à l'hôpital, on peut faire un parallèle avec les ASH en EHPAD. (28)

La participation aux réunions de soignants d'autres professions que la sienne peut également être perçue comme positive pour la prise en charge. Ainsi dans l'étude de

Maeyama en 2001 dans 44 unités de soins palliatifs au Japon, les infirmières étaient statistiquement plus satisfaites de la prise en charge quand les réunions étaient perçues positivement et surtout leur satisfaction était proportionnelle au nombre de professions représentées lors des réunions. (29)

Les solutions que l'on peut envisager pour une meilleure interdisciplinarité lors des réunions pluridisciplinaires passent essentiellement par le travail d'une culture de l'interdisciplinarité au travers de formations pour faciliter la présence et la parole de tous les acteurs de soins. Il a été également proposé de désigner un « *case manager* » ou responsable, soignant n'étant pas nécessairement un supérieur hiérarchique s'assurant activement d'une interdisciplinarité dans la transmission des informations et processus de décision, dont les réunions pluridisciplinaires. La pluridisciplinarité est considérée favorablement par les soignants dans l'étude, il s'agit de mettre à profit cette vision positive des soignant pour l'intégrer dans leurs pratiques. (30,31)

Enfin, si l'on a surtout évoqué les réunions pluridisciplinaires comme bénéficiant au patient dans ses soins, il ne faut pas oublier qu'elles introduisent toujours plus d'éthique nécessaire à une prise en charge palliative. Si l'éthique améliore la prise en charge du patient, elle est également nécessaire au support psychologique du soignant lors d'une situation palliative complexe. Toujours sur le plan psychologique, avec cette mise à pieds d'égalité, ces réunions permettent aux soignant un sentiment de considération dans leur travail, mais aussi une responsabilisation. (27)

3 Formation des soignants

Dans une enquête de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) publiée dans son rapport de 2011, au moment de l'enquête 10% des infirmières, 13% des aide-soignants et 2,6% des médecins généralistes avaient bénéficié d'une formation aux soins palliatifs. (32) Ces chiffres soulignent que la formation des soignants aux soins palliatifs reste rare et ne s'impose pas comme nécessaire aux soignants. Dans notre enquête, 49% des soignants avaient une formation aux soins palliatifs. (cf. figure 16; tableau 14; page 22) Ainsi dans les EHPAD interrogés, les soignants étaient sensiblement plus formés aux soins palliatifs que la globalité de leurs confrères de l'étude de l'ONFV n'étant pas spécifique aux EHPAD. Ceci suppose que les soignants des EHPAD sont plus formés aux soins palliatifs que globalement leurs collègues de leurs professions respectives.

Hors cursus initial, la formation en soins palliatifs est souvent motivée par la rencontre d'une difficulté, notamment émotionnelle, durant une situation palliative complexe, comme lors de notre enquête. Ainsi, dans un questionnaire auprès d'étudiants à un diplôme universitaire pluridisciplinaire en soins palliatifs, si les étudiants motivaient leur formation par la recherche d'une compétence (77%) et d'un meilleur accompagnement du patient et des familles (30%), la principale attente était celle d'une gestion des émotions du soignant lui-même en situation palliative (44%). (33)

La formation en soins palliatifs ne va principalement pas être la recherche d'une spécialisation, mais de pistes et repères d'une approche palliative. Pour ce faire, la

pluridisciplinarité est essentielle dans de telles formations. La SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) a édité des recommandations pour la formation en soins palliatifs basées sur une revue de la littérature. Ces recommandations préconisent essentiellement une introduction aux soins palliatifs (notamment le cadre légal et éthique) associé à des ateliers d'analyse de situations rapportées et analyse de pratiques, souvent en sous-groupes mélangeant les professions. Il s'agit d'ailleurs parfois de revenir sur une situation qui a mis en difficulté les soignants, motivant la formation. (31,34)

La pluridisciplinarité dans de telles formations porte plusieurs avantages. Les retours d'expérience variés par les différents points de vue enrichissent la formation. Les échanges vont également permettre aux soignants de revoir leurs idées reçues des autres professions, redécouvrir les compétences des autres soignants et ainsi favoriser le travail d'équipe sur de futures situations. La formation de soignants d'une même unité de soins va également permettre une homogénéité de l'approche palliative, à l'inverse un sentiment de mise à l'écart et formation à deux vitesses des soignants (par exemple la formation seulement du médecin et de l'infirmière cadre) pouvant créer des incompréhensions et tensions lors d'une future prise en charge palliative. (31)

Dans l'enquête, hormis les médecins traitants, les soignants s'expriment en faveur d'une formation aux soins palliatifs, mais aussi fortement pour que cette formation soit pluridisciplinaire. (cf. figures 18,19; tableaux 16,17; pages 24,25) On peut donc supposer qu'il n'y pas de « sectarisme » entre ces professionnels de santé et que le responsable des formations de l'EHPAD ne devrait pas craindre le rejet d'une formation pour son caractère pluridisciplinaire des soignants, mais plutôt en attendre une adhésion. Les raisons de cette adhésion à la pluridisciplinarité pour les formations sont potentiellement multiples, comme un esprit de camaraderie (car il s'agit de faire la formation avec les autres soignants de l'EHPAD), une vision positive de la pluridisciplinarité, ou encore une envie de mieux connaître les compétences des autres professionnels de santé. L'intérêt d'identifier les raisons de cette recherche de pluridisciplinarité dans la formation est cependant douteux tant les formations sont plus limitées par des raisons organisationnelles et pécuniaires avant la volonté des soignants.

Pour conclure sur la thématique des formations aux soins palliatifs en EHPAD, on dira qu'avec à peine une moitié du personnel soignant formé aux soins palliatifs dans un type d'établissement de soin ayant vocation à accompagner ses résidents jusqu'à la fin de vie, les soignants n'y sont pas suffisamment préparés. Un besoin de formation de préférence pluridisciplinaire est ressenti par les soignants, mais va se heurter à des réalités organisationnelles et financières. (4)

4 Interactions avec la famille

a Généralités des interactions avec la famille en situation palliative

Les rencontres formelles avec la famille en situation palliative hospitalière ont bénéficié de plusieurs études. Ces rencontres de la famille dans un local adapté, organisées en amont et en présence de plusieurs professionnels ont montré de nombreux bénéfices. Pour le

patient, il s'agit d'une meilleure prise en charge grâce à une meilleure connaissance de ses antécédents pour des soins plus adaptés, mais aussi de son histoire personnelle et croyances assurant sa bonne écoute. Pour la famille, il s'agit d'éclaircir leurs doutes, établir une relation de confiance avec les soignants. Pour les soignants, il s'agit d'établir une communication saine et une alliance thérapeutique favorable à une prise en charge optimale du patient. (12,13) Cette pluridisciplinarité a donc prouvé son efficacité en milieu hospitalier, cependant la plupart de ces études adoptaient le point de vue du médecin lors de rencontres plus formelles et peu des autres personnels soignant.

Hors rencontre formelle avec la famille, former une équipe, aussi petite soit-elle, reste intéressant pour rencontrer la famille. Outre la complémentarité des compétences et donc des informations, chaque soignant interagit différemment avec la famille et la famille peut trouver un interlocuteur privilégié dans la multiplication des intervenants, le risque restant une potentielle confusion des rôles par la famille. Les familles pouvant également se sentir intimidées par un face à face seul notamment avec le médecin, la présence d'un autre soignant peut rassurer. (24)

b Spécificités des EHPAD dans l'interaction avec les familles

Comme mentionné précédemment avec l'exemple des ASH, à même diplôme, les tâches sont différentes et les interactions des soignants avec la famille sont différentes de l'hôpital. Également, la durée du séjour plus longue en EHPAD que l'hôpital permettant la création d'un lien plus important entre soignants et famille du résident. Ceci, associé à un médecin traitant qui connaît parfois le patient avant son entrée en EHPAD, permet d'emblée une meilleure connaissance médicale et personnelle du résident et de sa famille.

Les rencontres formelles en équipe avec la famille sont plus difficiles à organiser en EHPAD. Ces réunions ne demandant en effet pas seulement des personnels soignants employés de l'EHPAD mais aussi des soignants libéraux ayant leur propre agenda. On le remarque aussi au commentaire d'un des médecins traitants signalant voir rarement les familles en situation palliative dans les EHPAD, donc on ne parle même pas de ces entretiens avec les familles. (cf. commentaire Médecin 1 page 28) Dans la pratique ce type de rencontre semble rare et plutôt réalisé lors de situations palliatives complexes, éventuellement sur l'impulsion d'une équipe mobile de soins palliatif.

Dans l'étude, seuls les infirmières coordinatrices, médecins coordinateurs et psychologues se disaient plus souvent accompagnés de soignants pour rencontrer la famille. (cf. figure 21; tableau 19; page 27) Il est difficile d'interpréter ce résultat, notamment s'il s'agit de rencontres informelles pour « prendre des nouvelles » ou de réunions formelles avec rencontre du *staff* et discussion des évolutions et décisions thérapeutiques. On peut imaginer qu'il y ait une réelle recherche de complémentarité simplement sur les rencontres informelles en plus des formelles pour les infirmières coordinatrices et médecins coordinateurs qui n'interagissent pas quotidiennement avec le résident, mais il s'agit probablement de réunions formelles pour les psychologues. Il

pourrait être intéressant d'aller étudier la nature de ces rencontres et quelles équipes sont montées pour rencontrer la famille, mais la longueur du questionnaire était ici limitée.

On note encore la particularité des ASH dans l'enquête qui, avec les médecins traitants, étaient les seuls soignants estimant ne pas avoir rencontré plus souvent les familles. (cf. figure 20; tableau 18; page 26) Il est difficile d'évaluer l'implication de la réponse des ASH sans connaître préalablement la fréquence relative à laquelle ils rencontrent les familles hors situation palliative. Cette fréquence, tout comme la fréquence des rencontres avec les familles pendant la situation palliative, pourrait être intéressante à recueillir. Si l'on part du principe que les ASH interagissent souvent avec les familles hors situation palliative, la diminution d'interaction pourrait probablement être due à une recherche d'une information plus médicale auprès de personnels plus qualifiés que des banalités habituelles. Ce point évoque une recherche des familles lors d'une situation palliative à identifier des interlocuteurs compétents, en opposition à la routine où la famille va s'informer des banalités concernant leur proche auprès du soignant le plus disponible physiquement lors des visites, souvent les ASH et aide-soignants.

Enfin, s'il arrive que le patient soit dans l'incapacité d'exprimer sa volonté en situation palliative hospitalière, la situation est plus que fréquente en EHPAD avec notamment une proportion importante de déments. (1) Les directives anticipées prennent alors une valeur importante, mais elles ne sont pas toujours consignées et posent divers problèmes. (35)

Il existe donc un risque accru de conflit entre les soignants et la famille, entre directives anticipées n'étant pas toujours rédigées ou remises en cause, le manque de réunions avec la famille ou le manque de disponibilité de certains soignants. La gestion en EHPAD de cette communication et les stratégies mises en place par les soignants sur place reste à être étudié plus en détail pour pouvoir proposer des stratégies de gestion de ces potentielles bombes à retardement que sont les conflits avec la famille du résident en situation de fin de vie.

On pourrait chercher dans une enquête de pratiques à identifier spécifiquement en EHPAD les interlocuteurs aux familles, en situation normale et palliative, pour des sujets banals et des décisions importantes de santé. L'identification d'interlocuteurs privilégiés de la famille qui accompagneraient éventuellement un médecin ou une infirmière pour discuter de décisions et informations médicales importantes pourrait être bénéfique à l'instauration d'un dialogue constructif et bénéfique à tous.

5 Particularité des médecins traitants

Les EHPAD présentent la particularité d'être un établissement de soin pour patients dont le médecin désigné est un praticien libéral externe à l'établissement, soit un médecin généraliste avec son activité propre en parallèle hors de l'établissement. Du point de vue du médecin généraliste, cette situation le met en porte-à-faux sur plusieurs points.

Les médecins généralistes sont tributaires de leur emploi du temps au cabinet, générant un manque de disponibilité dans les EHPAD. Les visites en EHPAD sont également

considérées comme chronophages, avec par exemple un temps moyen de visite estimé à 26 minutes dans une étude réalisée en Pays de Loire en 2013, sans compter le déplacement. Ainsi le médecin va intervenir souvent sans pouvoir prévenir à l'avance d'un horaire précis et ne va parfois pas pouvoir rencontrer le personnel soignant de l'EHPAD, laissant simplement des transmissions papier ou informatique. Ce manque de disponibilité va poser des problèmes lors de situations palliatives tout d'abord pour la gestion des urgences (le résident risque alors par défaut d'être transféré aux urgences d'un hôpital), parce qu'il ne permet pas un échange avec les soignants (et encore moins avec les soignants autres que l'infirmière) et enfin rend difficile l'organisation de réunions pluridisciplinaires et rencontres avec la famille du résident comme le montre la tendance de notre étude. (36,37)

Si dans l'étude citée précédemment, les généralistes passent 26 minutes pour une visite en EHPAD, environ la moitié de ce temps était alloué au reste dont les prescriptions et pour le temps qu'il reste, les transmissions. Il reste donc peu de temps aux généralistes pour réaliser des transmissions et ils semblent mal à l'aise avec l'outil informatique des EHPAD, motivant en partie un retour aux transmissions papier chez 1/3 des médecins. On peut imaginer que ce manque de transmissions en situation de routine connote d'une communication également difficile lors de situations palliatives. On pourrait proposer comme solution à ces problèmes de transmission et réunion pour les médecins généralistes une homogénéisation du logiciel de transmission et prescription pour empêcher une double saisie du dossier en EHPAD et au cabinet, ainsi que la rémunération de réunions pluridisciplinaires en EHPAD. Toujours est-il qu'une meilleure culture de la pluridisciplinarité reste nécessaire pour améliorer les interactions entre soignants pour les rendre efficaces lorsqu'une situation complexe le demande. (36,37)

Sur le plan des formations, les médecins généralistes ont un bagage général de connaissances en gériatrie et soins palliatifs, mais ces connaissances ne sont pas nécessairement poussées et ils devront se former pour améliorer leurs prises en charge. Ces formations sont habituellement solitaires avec de la littérature ou des formations et congrès organisés généralement entre confrères. Seules certaines formations post-cursus, notamment universitaires, réunissent plusieurs professions et profitent ainsi de leur interaction. Pour créer une dynamique de formations pluridisciplinaires pour des thématiques le nécessitant, il pourrait être réalisé des cours pluridisciplinaires lors de la formation initiale des soignants ou inciter les organismes de formation non universitaires à les rendre pluridisciplinaires.

Une étude qualitative de 2017 en entretien semi-dirigé a été réalisée auprès de médecins traitants et infirmières d'EHPAD, outre le manque de disponibilité réciproque déjà mentionné, on retrouvait une inadéquation des attentes avec une vision d'équipe et la recherche de relationnel des infirmières contre chez les médecins traitant une vision technique de la prise en charge et ne souhaitant pas être accompagné en chambre. L'exercice de la pluridisciplinarité est ainsi difficile pour le médecin généraliste qui a peu d'interlocuteurs directs dans sa pratique en ville, ses relations avec les autres soignants étant la plupart du temps verticales, laissant peu de place à un échange. Une sensibilisation des médecins généralistes à la pluridisciplinarité semble nécessaire à une meilleure prise en charge dans les EHPAD notamment lors de situations palliatives, mais son application sera

probablement conditionnée à une libération du temps des médecins et éventuellement à des incitations financières. (38)

B Critique de l'étude

1 Limites et biais de l'étude

a Biais de mémoire

L'étude, rétrospective et basée sur un questionnaire, est mécaniquement sujette à un biais de mémoire. La durée d'une année est longue pour se souvenir de certains aspects de la prise en charge du résident en fin de vie, et il va exister une disparité des réponses selon si la situation de fin de vie a eu lieu récemment lors du questionnaire ou il y a près d'un an.

Le délai d'un an existe pour obtenir un plus grand nombre d'EHPAD répondant au questionnaire. Un des moyens de diminuer cette durée pourrait être d'élargir l'étude à d'autres EMSP intervenant en EHPAD (en élargissant donc la zone géographique) afin d'obtenir un nombre satisfaisant d'EHPAD sur une période plus courte.

Dans une logique de rester sur une zone géographique, on pourrait augmenter le nombre d'EHPAD participantes en proposant à toutes les EHPAD du département le questionnaire qui serait alors dépourvu pour toutes les EHPAD de questions en rapport avec l'intervention d'une EMSP, et concernerait la dernière situation palliative complexe que l'EHPAD ait rencontré.

On pourrait aussi faire passer les questionnaires à chaque fin de prise en charge d'un résident par l'EMSP. Ce format présente les désavantages organisationnels d'une étude longitudinale, mais surtout il n'est pas rare que l'EMSP ne soit pas informée du décès du patient. Un suivi au moins téléphonique renforcé de l'EMSP devrait donc être mis en place, pouvant modifier la prise en charge, tout comme prévenir les soignants de l'enquête avant la fin de la prise en charge pourrait modifier leur attitude.

Un autre aspect favorisant le biais de mémoire est l'absence de mention du nom et prénom du résident en situation de fin de vie sur lesquelles sont basées plusieurs questions. Outre la complexification des démarches administratives pour pouvoir mentionner l'identité du résident dans le questionnaire, il n'était surtout pas souhaité favoriser le recours au dossier du patient pour répondre aux questions par des réponses qui ne sont pas les leurs (comme par exemple la participation à une réunion pluridisciplinaire parce qu'elle est annotée dans le dossier mais le professionnel de santé répondant n'était pas présent). Ceci est d'autant plus vrai que, selon les EHPAD, certaines professions ont accès au dossier informatique du patient alors que d'autres non. Néanmoins, ceci a pu poser problème pour une des EHPAD qui avait deux patients dans la situation palliative rentrant dans les critères d'inclusion, et aurait alors pu être envisagé deux questionnaires, un pour chaque patient en l'identifiant dans chacun.

b Biais de sélection

Il va exister plusieurs biais de sélection dans cette étude.

Le premier biais de sélection est le choix des EHPAD. Les EHPAD interrogés sont par dessein ceux où l'EMSP d'Agen est intervenue. Ceci implique plusieurs biais de sélection. A partir du moment où l'EHPAD a une convention avec l'EMSP d'Agen, toutes les EHPAD n'ayant pas nécessairement une convention avec une EMSP, c'est qu'il s'inscrit au départ un minimum dans une démarche palliative. La cause de l'intervention ou non de l'EMSP est difficile à évaluer. L'EHPAD fait-il appel à l'EMSP parce qu'il est en difficulté avec les situations palliatives, ou fait-il appel à l'EMSP dans une démarche de compléter une approche palliative déjà bien structurée dans l'établissement ?

Un moyen possible de contrer ce biais serait d'abandonner les questions liées à l'intervention de l'EMSP et d'interroger systématiquement les EHPAD d'une unité territoriale sur leur dernière situation palliative complexe, comme proposé *supra* (cf. IV.B.1.a).

Un second biais de sélection va être le personnel des EHPAD répondant au questionnaire. On peut déjà penser que les personnels ayant une « fibre palliative » répondront plus facilement au questionnaire. Il est également possible que l'infirmière coordinatrice de chaque EHPAD n'ait pas distribué de questionnaire à du personnel d'EHPAD chez qui elle n'estimait pas présente une « fibre palliative » suffisante pour être motivé à répondre au questionnaire ou encore parce qu'il existe des relations conflictuelles depuis la situation palliative étudiée.

Un biais de sélection difficile à évaluer va être l'impact du *turnover* du personnel de l'EHPAD. On rappelle qu'il existe un *turnover* important en EHPAD. (5) Selon le motif de démission de l'employé, s'il est lié à un conflit naît de la situation palliative, on peut envisager un biais avec du personnel restant et répondant au questionnaire satisfait par la gestion d'équipe de la situation palliative plus que le personnel démissionnaire.

Un moyen de corriger ces deux derniers biais serait, un peu de manière similaire à une proposition *supra* (cf. IV.B.1.a), qu'un examinateur indépendant intervienne physiquement dans les EHPAD peu de temps après la fin de la prise en charge, organise l'explication, la distribution et récupération anonyme sur place des questionnaires. Ceci permettrait aussi l'anonymisation quasi-totale du recueil des données, car dans l'études, bien qu'anonymes les questionnaires étaient rendus par le personnel à l'infirmière cadre qui organisait leur renvoi, or l'infirmière cadre reste la supérieure hiérarchique de la plupart des soignants. Le problème resterait cependant que le roulement habituel des équipes imposerait plusieurs passages dans l'EHPAD pour toucher le personnel au complet.

Pourrait se discuter une solution de questionnaire en ligne, mais encore une fois, pour éviter une potentielle sélection et/ou coercition d'un supérieur ou influence de l'EMSP, un examinateur indépendant devrait également intervenir physiquement pour expliquer les modalités du questionnaire, un lien envoyé vers le questionnaire envoyé sur la boîte mél des employés de l'EHPAD ayant peu de chances d'être suivi et complété.

2 Limites de l'étude

a Nature de l'étude

Il est nécessaire de rappeler qu'il s'agit d'une étude de pratique. Si plusieurs études, essentiellement hospitalières, ont montré que le travail pluridisciplinaire et interdisciplinaire amélioreraient les prises en charge palliatives pour le patient et l'équipe (7-11), cette étude cherchait à étudier comment sont exercées ces pratiques en fin de vie en EHPAD. Cette étude ne permet donc pas de montrer la supériorité de la pratique appliquée en EHPAD.

b Effectifs de l'étude

Une importante limite de l'étude est la taille de la population étudiée. Sur le total des réponses, l'échantillon peut paraître relativement suffisant, mais l'étude pêche dans le manque de réponses des médecins et kinésithérapeutes. Médecin traitant, médecin coordinateur, kinésithérapeute et infirmière coordinatrice sont les seuls représentants de leur profession pour chaque prise en charge. Faisant partie intégrante de l'EHPAD et assurant une permanence, infirmières coordinatrices et médecins coordinateurs étaient accessibles.

La transmission des questionnaires aux médecins traitants a été empêchée par divers paramètres, qu'ils soient d'erreur de dossier (médecin traitant non renseigné, médecin remplaçant renseigné à la place du titulaire) ou humains (absence, pas de souhait de remplir le questionnaire). Il serait possible d'améliorer le remplissage des dossiers, mais l'amélioration de la participation semble compliquée. Tant que l'étude reste rétrospective pour ne pas influencer les comportements des soignants, il est difficile de les engager à répondre au questionnaire. Un pis-aller serait de proposer le questionnaire peu de temps après la fin de la prise en charge afin de profiter d'un sentiment de redevance envers l'EMSP.

On note également l'absence totale de réponse des kinésithérapeutes, qu'ils soient libéraux ou salariés assignés au moins en partie dans les EHPAD notamment dépendant d'hôpitaux interrogés. Les kinésithérapeutes intervenant régulièrement dans les EHPAD, le design de l'étude prévoyait que les infirmières coordinatrices transmettraient lors d'une intervention le questionnaire, comme les autres personnels de l'EHPAD n'étant pas toujours présents tous les jours de la semaine. On pourrait prévoir d'obtenir de l'EHPAD les coordonnées du kinésithérapeute quand il s'agit d'un kinésithérapeute libéral ou de les consigner dans le dossier de l'EMSP, d'insister auprès de l'infirmière coordinatrice pour que le kinésithérapeute salarié soit interrogé. Encore une fois, la méthode optimale pour obtenir une meilleure participation serait qu'un intervenant indépendant intervienne en EHPAD faire passer les questionnaires.

Au final, les effectifs de cette étude ne nous permettent que d'observer une tendance pour les professions les plus représentées que sont principalement les infirmières et aide-soignants.

c Pratiques de l'EMSP d'Agen

Il est nécessaire de rappeler que l'étude ne couvre que les EHPAD où est intervenue une unique EMSP, l'EMSP du centre hospitalier d'Agen. Les modes de fonctionnement d'une EMSP à l'autre selon les territoires pouvant être différents, leur impact sur les pratiques palliatives en EHPAD fréquentées peut être différent d'autres EMSP.

3 Les thématiques non abordées

a Aspect de soutien psychologique

Outre un bénéfice pour le patient, la pratique pluridisciplinaire et interdisciplinaire a pour avantage un meilleur support psychologique des équipes soignantes dans les situations à forte charge émotionnelle comme la fin de vie. (39)

Cette dimension psychologique des soignants n'est pas explicitement explorée dans le questionnaire, bien que les réponses à certaines questions soient influencées par celle-ci. Ainsi dans une revue de littérature de 2015 des facteurs de stress des infirmières en soins palliatifs, ont été retrouvés comme facteurs de stress l'environnement de travail, les rôles conflictuels, et les problèmes avec les patients et leur famille. (39,40)

On aurait ainsi pu demander si les soignants estimaient la pratique du binôme ou trinôme auprès du patient ou rencontrer la famille, la recherche de réunions pluriprofessionnelles, étaient influencées par une détresse lors de la prise en charge.

En EHPAD, le personnel soignant a possibilité d'accéder au psychologue de l'établissement, il aurait également pu être demandé si ils avaient eu recours ou envisagé d'avoir recours au psychologue pendant et après la situation de fin de vie.

b La toilette mortuaire

La mort du patient fait partie de la prise en charge de la fin de vie. Il a été montré en hôpital que la toilette mortuaire était très souvent un point traumatique de la prise en charge. (41) On peut imaginer que la proximité avec le résident de certains personnels soignant d'EHPAD soit plus importante que dans le cadre d'une hospitalisation et que cette toilette soit donc plus traumatique.

Si l'impact de la toilette mortuaire des résidents n'est pas l'objet de l'étude, il serait intéressant d'étudier qui, ou plutôt avec qui, est pratiqué la toilette mortuaire, s'il est

proposé à la famille d'y participer, quelles sont les éventuelles méthodes employées par l'équipe pour générer le stress généré. Ainsi, dans l'étude précédente, les soignants géraient le stress généré spontanément par une parole partagée, des pauses en binôme.

c Debriefing de la situation de fin de vie

Une pratique courante en soins palliatifs hospitaliers est de débriefer à distance les prises en charge difficiles. S'il est possible au personnel soignant de solliciter un entretien, formel ou informel, avec le psychologue de l'établissement ou supérieur hiérarchique pendant la prise en charge en cas de détresse psychologique ou organisationnelle, il est recommandé d'organiser un peu à distance de la prise en charge de fin de vie un ou des groupes de parole. Ces groupes ont pour objectif d'évoquer le ressenti des soignants, permettant un soutien psychologique, mais vont aussi souvent générer une démarche de formation et d'acquisition de compétences. (42)

On aurait pu donc demander si ce type de groupe était pratiqué dans l'EHPAD interrogée, qui y est alors présent et leur satisfaction pour cette participation.

Conclusion

Les EHPAD échappent à la recherche médicale essentiellement généraliste et hospitalière, dans un contexte de recherche en soins primaires encore balbutiant. Le fonctionnement des EHPAD, pourtant parfois décrié, est peu étudié. Il s'agit pourtant d'un lieu de soin qui fait office de dernière demeure à une partie non négligeable de la population. (1)

Sur le fonctionnement des EHPAD lors d'une situation palliative, notre étude conclut à plusieurs points. La formation de binômes de soignants est renforcée lors de situations palliatives. Infirmières, infirmières coordinatrices, psychologues et médecins sont majoritairement représentés dans les réunions pluridisciplinaires, laissant peu de place aux soignants moins qualifiés que sont les aide-soignants et ASH. La même inégalité est retrouvée dans la formation aux soins palliatifs des soignants, pourtant globalement plus formés aux soins palliatifs que la globalité des soignants. Enfin le médecin traitant présente une position particulière, isolée, dans une vision ascendante du processus de prise en charge peu compatible à une fin de vie en établissement de soins.

Il transpire toutefois de l'enquête une reconnaissance et une appétence pour la pluridisciplinarité chez les soignants d'EHPAD.

Dans le contexte de difficultés actuelles des EHPAD et de plans pour les corriger à venir, on peut espérer qu'outre les moyens matériels et humains nécessaires, seront renforcées les formations des soignants. Car c'est par la culture palliative que pourrait se développer la pluridisciplinarité et une vision holistique du résident, améliorant la prise en charge des fins de vie, mais aussi plus globalement les soins au résident.

Cette thèse m'aura permis de réaffirmer la conception d'une médecine générale de concertation avec les autres soignants, que ce soit en cercle restreint avec l'infirmière au domicile du patient ou plus largement dans les EHPAD. Car cette ouverture à tous est le début d'une médecine par les soignants, avec les soignants, mais aussi avec le patient, pour le patient.

Bibliographie

- 1 - Marianne Muller (DREES). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. [Internet]. 2017 [Consulté le 27/06/2020] <https://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 - Marianne Muller, Delphine Roy (DREES). L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015. [Internet]. 2018 [Consulté le 27/06/2020] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-ehpad-dernier-lieu-de-vie-pour-un-quart-des-personnes-decede-es-en-france-en>
- 3 - INSEE. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile. [Internet]. 2017 [Consulté le 27/06/2020] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>
- 4 - Observatoire Régional de la Santé (ORS) en Nouvelle-Aquitaine. Prise en charge de la fin de vie en EHPAD en Nouvelle-Aquitaine. [En ligne]. 2018 [Consulté le 27/06/2020] https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2018/12/29.EHPAD-NA_Fin-de-vie_Rapport.pdf
- 5 - Mahel Bazin, Marianne Muller (DREES). Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad. [Internet]. 2018 [Consulté le 27/06/2020] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-personnel-et-les-difficultes-de-recrutement-dans-les-ehpad>
- 6 - Nissani, Moti. Fruits, Salads, and Smoothies: A Working Definition of Interdisciplinarity. *Journal of Educational Thought*. 1995; 29:119-126.
- 7 - Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B. Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals. *Nursing Administration Quarterly*. 2008; 32(1), 40–48.
- 8 - Kilgore RV, Langford RW. Reducing the failure risk of interdisciplinary healthcare teams. *Crit Care Nurs Q*. 2009 Apr-Jun;32(2):81-8.
- 9 - Fernando G, Hughes S. Team approaches in palliative care: a review of the literature. *Int J Palliat Nurs*. 2019 Sep 2;25(9):444-451.
- 10 - Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD000072.
- 11 - Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017 Nov;15(11):2723-2788.

- 12 - Silva RS, Trindade GSS, Paixão GPN, Silva MJP. Family conference in palliative care: concept analysis. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):206-13.
- 13 - Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgrad Med J.* 2016 Aug;92(1090):466-70.
- 14 - Kerleveo Leleu C. Apports du passage de l'équipe mobile de soins palliatifs du GH-ICL dans deux EHPAD : enquête qualitative auprès des médecins traitants et des soignants. [Thèse de doctorat]. Lille, France : Faculté de médecine Henri Warembourg; 2017.
- 15 - Séverine Losson. Intervention d'une EMSP en EHPAD : point de vue de médecins généralistes. [Thèse de doctorat]. Nancy, France : Faculté de Lorraine ; 2018.
- 16 - Chane-Won-In S. L'apport des équipes mobiles de soins palliatifs intervenant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes auprès des médecins généralistes, des résidents, de leur famille et des équipes soignantes : étude qualitative par entretien semi-directif. [Thèse de doctorat]. Bordeaux, France : Faculté de médecine Victor Segalen 2015.
- 17 – Marc Demeuse. Echelles de Likert ou méthode des classements additionnés. [Internet]. 2018 [Consulté le 15/03/2020] https://iredu.u-bourgogne.fr/images/stories/Documents/Cours_disponibles/Demeuse/Cours/p5.3.pdf
- 18 - Gardiner C, Gott M, Ingleton C. Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2012 May;62(598):e353-62.
- 19 - Maeyama E, Kawa M, Miyashita M, Ozawa T, Futami N, Nakagami Y, Sugishita C, Kazuma K. Multiprofessional team approach in palliative care units in Japan. *Support Care Cancer.* 2003 Aug;11(8):509-15.
- 20 - Fernando G, Hughes S. Team approaches in palliative care: a review of the literature. *Int J Palliat Nurs.* 2019 Sep 2;25(9):444-451.
- 21 - Bonnery AM. Le travail en binôme en gérontologie. *Soins Gérontologie.* 2014;19(107):25-27.
- 22 - Xu J, Montague E. An experimental study on individual and group affect in multi-tasking teams. *Ergonomics.* 2019;62(3):376-390.
- 23 - Martin Y. Le binôme infirmière/aide-soignante : un outil d'apprentissage ? *La revue de l'infirmière.* 2015;64(208):21-23.
- 24 - Durand P. En réanimation médicale, des binômes nécessaires. *L'aide-soignante.* 2014;28(155):15-16.
- 25 - Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise.* 2016;1(20):45-67.
- 26 - Flachaire de Roustan I. Les transmissions orales, un enjeu pour des soins de qualité. *La revue de l'infirmière.* 2009;154:32-34.

- 27 - Schepens F. Participer pour rendre le travail possible. Les « staffs » en unités de soins palliatifs. *Sociologie du travail*. 2015;57(1):39-60.
- 28 - Journet L. Participation des aides-soignants aux réunions d'équipe hebdomadaires pluridisciplinaires dans le contexte des soins palliatifs : réalité ? Déterminants ? Propositions pour la pratique. *Médecine palliative*. 2018;17(6):338-347.
- 29 - Maeyama E, Kawa M, Miyashita M, Ozawa T, Futami N, Nakagami Y et al. Multiprofessional team approach in palliative care units in Japan. *Support Care Cancer*. 2003 Aug;11(8):509-15.
- 30 - Street A, Blackford J. Communication issues for the interdisciplinary community palliative care team. *J Clin Nurs*. 2001;10(5):643-50.
- 31 - Préconisations de bonnes pratiques pour la formation continue non universitaire en soins palliatifs. [En ligne]. 2013 [Cité le 22/08/2020] <http://www.sfap.org/system/files/argumentaire-et-recov9.pdf>
- 32 - Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV). Rapport 2011 Fin de vie : un premier état des lieux. [En ligne]. 2011 [Cité le 22/08/2020] <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/124000093.pdf>
- 33 - Joly C, Lainé A, Déchelotte P, Haas S. Motivations et attentes des étudiants inscrits à un diplôme d'université de soins palliatifs. *Médecine palliative*. 2010;9(3):115-119.
- 34 - Leroy M. La formation en soins palliatifs, une nécessité pour les aides-soignantes. *Soins Aides-Soignantes*. 2008;5(24):8-9.
- 35 - Marigard Guyader C, Christian Richard C. Les directives anticipées en Ehpad, accompagner la parole. *Soins Gériatrie*. 23(130):32-36.
- 36 - Buyck J.-F., Lelièvre F., Bournot M.-C., Tallec A., Hérault T., Tuffreau F. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les médecins généralistes des Pays de la Loire. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2014;62(S5):240.
- 37 - Mousset A. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux en EHPAD dans la région des Pays de la Loire. Pays de Loire: URPS; 2014.
- 38 - Bur B. La visite en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : perception et attentes réciproques du médecin traitant et de l'infirmier(e) : recherche qualitative dans les Vosges. [Thèse de doctorat] Nancy, France : Faculté de Lorraine ; 2017.
- 39 - Fewster-Thuente, L., & Velsor-Friedrich, B. Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals. *Nursing Administration Quarterly*. 2008;32(1):40-48.
- 40 - Peters L, Cant R, Sellick K, et al. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *Int J Palliat Nurs*. 2012;18(11):561-567.
- 41 - Petrognani A. La toilette mortuaire est-elle un stress ? Enquête auprès de 200 soignants. *Médecine palliative*. 2007;6(4):238-242.

42 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements. [Internet] 2004 [Consulté le 30/08/2020] http://www.sfap.org/system/files/guide_bonnes_pratiques_soins_pal_ministere.pdf

Annexe 1

Bonjour, comme convenu au téléphone, vous trouverez ci-joint dans l'enveloppe plusieurs exemplaires du questionnaire anonyme de thèse que je réalise, ainsi qu'une enveloppe préimprimée pour retour des questionnaires. Les questionnaires peuvent être proposés à tous les personnels soignants étant intervenus en 2019 auprès de résident(s) ayant bénéficié de la prise en charge de l'EMSP d'Agen. A noter cependant que la réponse aux questions ne nécessite pas une connaissance approfondie du dossier du patient.

Ainsi vous pouvez proposer le questionnaire aux :

- Aides-soignants
- Infirmiers
- Infirmier coordinateur
- Médecin coordinateur
- Psychologue
- Kinésithérapeute
- Autre éventuel professionnel de santé étant intervenu s'il est raisonnablement accessible : Ergothérapeute...

Pour que le questionnaire puisse être complété dans les meilleures conditions (qu'il ne soit pas trop long), il est possible que certains aspects de la pratique vous étant important n'aient pas été abordés, n'hésitez pas à en discuter dans l'encadré prévu à cet effet en fin de questionnaire afin d'élargir la discussion et d'apprécier les points de vue de tous sur leurs difficultés.

Merci d'adresser les questionnaires avant le 07/02/2020 si possible.

Vous pouvez me joindre au [REDACTED] ou [REDACTED] pour toute question.

Merci de votre participation, cordialement, Monpezat Joris.

Annexe 2

Bonjour, comme convenu au téléphone, vous trouverez ci-joint dans l'enveloppe l'exemplaire du questionnaire anonyme de thèse que je réalise, ainsi qu'une enveloppe préimbrée pour retour du questionnaire. Le questionnaire vous est adressé car un de vos patient a bénéficié de la prise en charge de l'EMSP d'Agen en 2019 et porte sur la pluridisciplinarité dans les soins palliatifs en EHPAD. A noter cependant que la réponse aux questions ne nécessite pas une connaissance approfondie du dossier du patient.

Ce questionnaire est aussi adressé aux personnels soignant de l'EHPAD dans laquelle l'EMSP d'Agen est intervenue pour votre patient.

S'adressant à plusieurs professions, il est possible que certaines questions puissent sembler formulées de façon maladroite, notamment aux médecins. Merci de votre compréhension.

Pour que le questionnaire puisse être complété dans les meilleures conditions (qu'il ne soit pas trop long), il est possible que certains aspects de la pratique vous étant important n'aient pas été abordés, n'hésitez pas à en discuter dans l'encadré prévu à cet effet en fin de questionnaire afin d'élargir la discussion et d'apprécier les points de vue de tous sur leurs difficultés.

Merci d'adresser les questionnaires avant le 07/02/2020 si possible.

Vous pouvez me joindre au [REDACTED] ou [REDACTED] pour toute question.

Merci de votre participation, cordialement, Monpezat Joris.

Si vous êtes d'accord, avec qui ? (Plusieurs réponses possibles)

- Aide-soignant Infirmière Infirmière cadre Psychologue
 Médecin coordinateur Médecin traitant Kinésithérapeute ASH
 Aucun Autre :

Quels sont les facteurs qui vous empêchent d'intervenir au lit du patient avec d'autres soignants ?

- Manque de temps Manque de disponibilité de la personne
 Manque d'affinité et/ou mauvaise ambiance Peur du jugement sur ma pratique
 Autre (libre) :

SECONDE PARTIE : REFLEXION/REUNION/TRANSMISSION

Pour transmettre vos informations hors situation palliative, vous utilisez le(s) mode(s) suivant(s) : (Plusieurs réponses possibles)

- Informatique Papier Verbal formel (transmissions) Verbal informel

Vous êtes satisfait de votre outil de transmission dans les situations palliatives :

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Indifférent
 Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Quantité ou nature des informations insuffisante
 N'est pas accessible à tous les intervenants (outils complexe, pas de droits ouverts sur l'outil)
 Difficulté d'échange des avis
 Autre (Libre) :

Définissons une réunion pluridisciplinaire, une réunion rassemblant 4 ou plus personnes, avec 3 ou plus compétences représentées.

Lors de la situation palliative évoquée, avez-vous réalisé des réunions pluridisciplinaires hors intervention EMSP ?

- Oui Non

Si oui, avec quels professionnels de santé ? (Plusieurs réponses possibles)

- Aide-soignant Infirmière Infirmière cadre Psychologue
 Médecin coordinateur Médecin traitant Kinésithérapeute ASH
 Personnel Administratif Autre :

Depuis l'intervention de l'EMSP, en situation palliative, organisez-vous plus souvent des réunions pluridisciplinaires ?

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Indifférent
 Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Vous estimez que le travail en pluridisciplinarité améliore la prise en charge du résident :

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Indifférent
 Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

TROISIEME PARTIE : FORMATION

Avant la situation palliative, aviez-vous déjà une formation sur les soins palliatifs ?

- Oui Non

Si oui, avec quelle(s) autre(s) professionnel(s) avez-vous suivi cette formation ?

- Aide-soignant Infirmière Infirmière cadre Psychologue
 Médecin coordinateur Médecin traitant Kinésithérapeute ASH
 Autre :

Vous souhaitez participer à une formation sur les soins palliatifs :

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Indifférent
 Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Si oui, vous souhaitez que cette formation soit pluridisciplinaire (avec d'autres professions de santé) :

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Indifférent
 Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Resumé

Titre : Pluridisciplinarité dans les soins palliatifs en Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes : Etude de pratiques après intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs d'Agen.

Introduction : La pluridisciplinarité semble être une pratique difficile en EHPAD, bien qu'elle soit jugée bénéfique à la prise en charge fréquente des fins de vie dans ces établissements. L'objectif de cette étude était d'étudier la pratique de la pluridisciplinarité dans une situation de fin de vie ayant nécessité l'intervention d'une EMSP.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, de pratiques, par questionnaire sous forme papier adressés aux soignants salariés et indépendants étant intervenus lors d'une situation de fin de vie en EHPAD où l'EMSP d'Agen a été mobilisée.

Résultats : 77 questionnaires ont été retournés. La globalité des soignants travaillait plus souvent en binôme auprès du patient lors des situations de fin de vie étudiées. Les réunions pluridisciplinaires étaient essentiellement constituées d'infirmières, infirmières cadres, médecins coordinateurs et psychologues. Les soignants étaient favorables à une formation aux soins palliatifs, qui plus est en groupe pluridisciplinaire. Les soignants rencontraient plus souvent les familles des patients en situation palliative, mais seuls les infirmières cadres, psychologues et médecins coordinateurs étaient accompagnés pour les rencontrer.

Conclusion : Notre étude montre une faible participation à la pluridisciplinarité des soignants peu qualifiés, mais aussi des médecins traitant.

Abstract

Title: Multidisciplinary in palliative care in nursing homes: Practice study after the intervention of Agen's mobile palliative care team.

Background: Multidisciplinary seems to be a difficult practice in nursing homes, even though it's judged as efficient in end-of-life care which is a frequent occurrence in those healthcare facilities. This study's objective was to study the multidisciplinary practice in end-of-life situations that necessitated the intervention of a mobile palliative care team.

Method: It's an observational, quantitative, practice study, using a paper survey addressed to liberal and employee caregivers that intervened during an end-of-life situations in nursing homes that required Agen's mobile palliative care team's intervention.

Results: 77 surveys got sent back. Most caregivers were more often working as a team at the bedside of the patient during the end-of-life situations studied here. Multidisciplinary staff meetings were mainly composed of nurses, head nurses, coordination practitioners and psychologists. Caregivers were seeking palliative care formations, asking for those to be multidisciplinary. Caregivers were meeting families more often during palliative situations, but only head nurses, psychologists and coordination practitioners were accompanied to meet them.

Conclusion: Our study suggests a low participation to multidisciplinary in palliative care for nursing home's low qualification caregivers, but also general practitioners. Nurturing awareness to palliative culture seems mandatory.