

Promouvoir le développement et l'intégration des équipes mobiles de soins palliatifs à l'hôpital - Résultats de la recherche et recommandations

Une collaboration européenne dans le cadre d'un projet de recherche financé par la Commission européenne DG Recherche « The Fifth Framework Programme 1998-2002, Quality of Life and living resources »

Groupe de travail coordonné par Catherine Markstein, Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, Bruxelles, Belgique.

Coordinateur : Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, Bruxelles, Belgique.
Coordinatrice scientifique : Catherine Markstein (médecin).
Collaboratrice à la coordination : Pascale Colin (infirmière).
Coordinatrice administrative : Gina Scarito (journaliste).
Consultants : Danièle Deschamps (F), psychanalyste, Bernard Foutez (B), psychiatre.
Consultante responsable du programme de formation : Ruth-Marijke Smeding (NL), educational psychologist.
Responsable scientifique du programme d'évaluation : France Lert (sociologue, INSERM, France)
Fonctionnaire responsable de projet à la Commission : Elena Sacher/Commission Européenne/DG Recherche.

Partenaires :

Autriche : Ernst Berger (médecin), Christiane Meyer-Bornsen (psychologue), Research groupe for Réhabilitation and Intégration, Universitat Wien.
Belgique : Guy Lebeer (sociologue), Centre de sociologie de la santé, Institut de sociologie, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles.
Mylène Banni (philosophe), Stéphane Leyens (philosophe), Unité d'éthique biomédicale, Université catholique de Louvain, Bruxelles. Bernadette Choteau (médecin), Équipe mobile, UCL, Montgodinne.
Bart Vandeneynnden (médecin), Palliative Zorg, Universiteit Antwerpen.
Marc Thoreau (médecin), Véronique Hélin (infirmière), Cellule de Soins Continus et Palliatifs, CHU-Brugmann, Bruxelles.
France : Pascale Vinant (médecin), Lylyana Zivcovic (psychologue), Équipe mobile, CHU-Cochin, Paris, Véronique Blanchet (médecin), Équipe mobile, CHU St. Antoine, Paris, Jean Michel Lassaunière (médecin), Équipe mobile, CHU-Hôtel Dieu, France Lert (sociologue), Jean-Christophe Mino (médecin), Laurence Roux (sociologue), Institut national de la Santé et de la recherche médicale, Saint Maurice.
Grande-Bretagne : John Ellershaw (médecin), Stephen Mason (psychologue), Palliative Care Departement, Royal Liverpool University hospitals.
Suisse : Claudia Mazzocato (médecin), Division de Soins Palliatifs, CHU Vaudois, Lausanne.

Written reproduction or oral presentation of these documents is authorised provided ibis label is used to identify the source. Promoting the intégration of Continuons Care in the hospital

The Palliative Care mobile support team as a means to convey the philosophy of Continuons and Integrated Care. Analysing medical practice and research in integration strategies (1.10.2000-30.09.2003).

In the Fifth Framework Programme of the European Commission.

Principal contractor : CHU-Brugmann, Brussels, Belgium.

Scientific coordinator : Catherine Markstein.

Co-authors : Mylène Banni (B), Ernst Berger (A), Veronique Blanchet (F), Bernadette Choteau (B), Danièle Deschamps (CH), John Ellershaw (UK), Bernard Foutez (B), Véronique Hélin (B), Jean-Michel Lassaunière (F), Guy Lebeer (B), France Lert (F), Stéphane Leyens (B), Catherine Markstein (B), Stephen Mason (UK), Claudia Mazzocato (CH), Christiane Meyer-Bornsen (A), Jean-Christophe Mino (F), Laurence Roux (F), Ruth-Marijke Smeding (NL), Marc Thoreau (B), Ban Vandeneynnden (B), Pascale Vinant (F), Lylyana Zivcovic (F).

Contact : catherinc.markstein@skynet.be www.mobileteam.irisnet.be

Summary

Promoting and developing EMSP in the hospital - Research results and recommendations

Suffering from the symptoms and distress due to incurable illness is a major healthcare problem in Europe.

Palliative care is performed in various institutional configurations. In a hospital it may be entrusted to a specific unit or handled by the staff of existing services together with a mobile team specialised in this type of care. The hospital palliative care mobile team (PCMT) is a multidisciplinary team that supports acute care teams in the management of patients with palliative care needs. The PCMT also has a role associated with research and education. Occasionally some teams will be directly and actively involved in patient and family care.

The complexity of the interaction that exists in hospital institutions between the structures and the people has demonstrated the difficulty and the extraordinary importance that the integration of PCMTs constitutes as well as the impact that this integration has on public health.

Our project is oriented towards an analysis of the strengths and weaknesses of the "mobile team" model and the research into structural training and organisation tools for the improvement of its integration into the hospital environment. An ethical and sociological study accompanied the training model.

We aimed to translate our experiences in the field into guiding principles for the future PCMTs that will be set up and begin to function in Europe.

Overall objectives of the project :

Our proposal aimed to achieve the following objectives :

- to identify the main values and principles of Palliative and Continuous Care. To study the history and functioning of hospital based Palliative Care mobile support teams in Europe through the European tradition and culture. To identify areas of resistance to the fundamental values and principles of a holistic approach in medicine.
- to renew and adapt the contents of the Palliative Medicine philosophy to the reality of the hospital setting ;
- to extend this approach to patients suffering from different types of chronic disorders ;
- to identify obstacles to integrating PCMTs and to evolution of a philosophy of patient-centred care through an assessment and analysis of the medical activity of PCMTs located in several European countries (B, F, UK, CH) ;
- to use this analysis to seek new strategies for communication and institutional integration, and therefore to improve the way mobile support teams function and develop as vehicles for a philosophy of care that places the patient at the centre of the decision-making process ;

Experimental approach and working method : The project is directed towards Inter- and Pluridisciplinary research among clinicians (responsible for mobile support teams), scientific experts (university institutes) and external consultants. The clinicians undertook an evaluation and assessment in their mobile support teams. A group of scientific experts from various European institutes/universities (research field : philosophy, ethics, sociology, palliative medicine) determined with the clinicians the methodology, realisation, synthesis and analysis of this assessment. The group of consultants (fields of expertise : education, communication, systemic-therapy, psychoanalysis) drew up a specific training programme for mobile support team members in the light of the assessment analysis. The main steps of our research were to elaborate an appropriate methodology to evaluate the clinical activity of support teams, analyse the current stage of integration of PCMTs, design a training project and conduct pilot studies. The ethical and socio-political aspect is an integral part of future European recommendations and accompanies the teaching project.

Results and conclusions :

- the Evaluation Report : results from an evaluation programme with 7 European PCMT's ;
- a pilot training programme specific for mobile support team members to foster their collaboration with hospital services (Focal points : integration strategies, inter-collegial communication, clinical ethics mediation) ;
- European recommendations for institutional and educational strategies to set up mobile support teams and promote the philosophy of continuous care.

The 25 recommendations for the development of hospital palliative care mobile teams are the result of a collective work involving teams of palliative care practitioners, researchers, and consultants from various disciplines. The recommendations summarise discussions on the experience of teams practicing palliative care in pluralistic settings and in countries with different healthcare systems, different historical backgrounds and different legislations regarding the end of life and euthanasia.

Promoting the integration of Continuous Care in the hospital : The Palliative Care mobile support team as a means to convey the philosophy of Continuous and Integrated Care. Analysing medical practice and research in new integration strategies. Web site : <http://www.mobileteam.irisnet.be>

Résumé

La Commission européenne DG Recherche a sélectionné, dans le cadre du programme " The Fifth Framework Programme 19982002, Quality of Life and living ressources », un projet introduit par la Cellule de Soins Continus et Palliatifs du CHU-Brugmann/Bruxelles.

Le titre du projet est " Comment promouvoir l'intégration de Soins Continus dans l'institution hospitalière ? », numéro du contrat : QLG6-CT-2000-00119.

Les équipes mobiles en Soins Palliatifs comme véhicule d'une philosophie de Soins Continus et intégrés. Analyse de la pratique médicale et la recherche de nouvelles stratégies d'intégration.

Durée : 3 ans (octobre 2000 - octobre 2003).

Le projet rassemble 12 partenaires européens (5 en Belgique, 4 en France, 1 en Angleterre, 1 en Suisse et 1 en Autriche).

Objectifs :

- identifier les valeurs et principes des Soins Continus et Palliatifs ;
- réactualiser et adapter le contenu de la philosophie de la Médecine Palliative à la réalité hospitalière ;
- identifier les problèmes de l'intégration des Équipes mobiles intra-hospitalières.
- chercher des nouvelles stratégies de communication et d'intégration et améliorer le fonctionnement des équipes mobiles.

Description du travail : Le travail de recherche a été réalisé en interdisciplinarité.

Un groupe chercheur (philosophie, éthique, sociologie, médecine palliative) a déterminé avec les cliniciens la méthodologie et l'analyse de cette évaluation.

Un groupe de consultants (pédagogie, communication) a élaboré un programme de formation spécifique pour équipes mobiles prenant en considération l'analyse de l'évaluation.

Résultats : Programme de formation pour membres des équipes mobiles.

Recommandations européennes concernant les stratégies pédagogiques et organisationnelles des équipes mobiles.

Création d'un réseau de recherche interdisciplinaire sur l'intégration de Soins Continus.

Markstein C et al. Promouvoir le développement et l'intégration des équipes mobiles de soins palliatifs à l'hôpital. Résultats de la recherche et recommandations. Med Pal 2004; 3: 113-125.

Catherine Markstein, 24 avenue Lambeau, 1200 Bruxelles, Belgique. e-mail : catherine.markstein@skynet.be ; site : www.mobileteam.irlsnet.be

Introduction

Les soins palliatifs sont une philosophie et une pratique des soins destinés aux patients atteints d'une maladie chronique incurable. L'Organisation Mondiale de la Santé définit les soins palliatifs comme suit :

" Les soins palliatifs sont une démarche pluridisciplinaire dont le but est d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille confrontés à l'expérience de la maladie grave mettant enjeu le pronostic vital au moyen d'une prévention et du soulagement de la souffrance par une reconnaissance précoce, une évaluation rigoureuse et le traitement de la douleur et des autres problèmes qu'ils soient physiques, psychosociaux ou spirituels. Les soins palliatifs... s'appliquent tôt dans le déroulement de la maladie en association avec les traitements curatifs... » (Organisation mondiale de la Santé 2002).

Les soins palliatifs sont exercés dans différents cadres institutionnels. Dans un hôpital, ils peuvent être confiés à une unité spécifique ou exercés par le personnel de services existants en conjonction avec une équipe mobile spécialisée dans ce type de soins. L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe interdisciplinaire qui exerce une activité transversale de soins et de soutien auprès d'équipes soignantes hospitalières pour le traitement des patients nécessitant des soins palliatifs. Elle a également un rôle pédagogique associé à une activité d'enseignement et de recherche. Certaines équipes sont directement et activement impliquées dans les soins prodigués au patient et le soutien à ses proches.

Les équipes mobiles de soins palliatifs sont un instrument privilégié pour assurer la continuité des soins. En effet, grâce à l'expérience des équipes mobiles, le concept des soins palliatifs/soins en fin de vie a été renforcé par le concept des soins continus. Les soins continus tendent à articuler les procédures curatives et palliatives plutôt qu'à opposer une forme de soins à l'autre.

Les soins palliatifs modernes ont leurs racines dans les pratiques des hospices, un mouvement initié en Angleterre par Cicely Saunders. En 1974, la première équipe de soins palliatifs a été créée à Londres, au sein d'un hôpital aigu. Avec la création de cette équipe mobile suivie par d'autres au Royaume-Uni, ce concept d'équipes mobiles se diffuse au sein de l'Europe. En France et en Belgique, les premières équipes mobiles intra-hospitalières sont créées en 1989, et l'épidémie VIH accélère le développement de ces équipes en Suisse, en Italie, en Espagne et dans d'autres pays européens.

En Europe, les équipes mobiles se sont développées dans des contextes culturels et historiques très divers. Cette diversité se reflète dans les différentes façons qu'ont nos pays de percevoir les principaux problèmes démographiques de notre époque et leurs conséquences.

©Masson, Paris, 2004, Tous droits réservés

www.e2med.com/mp

Les réponses à des problématiques telles que le vieillissement de la population, les maladies dégénératives ainsi que l'articulation des pathologies lourdes aux problèmes de fin de vie ne sont, par conséquent, pas identiques. De même, des positions différentes ont été adoptées dans chaque pays face à des questions éthiques auxquelles sont confrontées les équipes mobiles et chacun d'entre nous.

Le projet de recherche européen intitulé " Comment promouvoir l'intégration des soins continus dans l'institution hospitalière » visait à identifier les problèmes d'intégration des soins continus à travers l'état des lieux et l'analyse de l'activité des équipes mobiles de soins palliatifs dans plusieurs pays européens. Les compétences d'une EMSP ont été définies et, sur cette base, un programme pilote de formation à leur intention a été mis au point et évalué. À partir de là, des recommandations ont été élaborées à l'intention des états Membres, des institutions et des établissements de soins de santé pour guider le développement, actuel et futur, des équipes mobiles.

Après un bref rappel de la méthodologie du projet, la brochure expose vingt-cinq recommandations qui sont structurées selon le niveau de responsabilités auquel elles se situent : le niveau des autorités publiques, celui de l'hôpital, celui de l'équipe mobile elle-même. Chaque recommandation s'appuie sur des observations et analyses empiriques effectuées dans le cadre de ce projet. L'ensemble des recommandations a également été conçu en tenant compte des différentes phases de développement d'une équipe mobile, selon le schéma suivant (*tableau I*).

Méthodologie

Le projet repose sur une vaste structure organisationnelle européenne répondant aux exigences du modèle d'action concertée. La méthodologie du projet est fondée sur une recherche inter et pluridisciplinaire entre cliniciens (responsables d'équipes mobiles hospitalières), chercheurs (experts scientifiques d'instituts universitaires) et consultants extérieurs (en communication et formation).

Tableau I : Trois phases de développement d'une emsp : développement, intégration et consolidation.

Table I : The three phases : development, integration and consolidation

| Priorité pour chaque phase de développement | Phase | 10 catégories clés de formation |
|---|--|---|
| (Futurs) membres de l'équipe | 1. Phase de développement | 1. compétences cliniques et spécifiques à une EMSP |
| Valeurs et rapports avec l'institution | 2. Phase d'intégration | 2. Compétences en matière de liaison et de communication 3. Soins axés sur le système/le patient 4. Compétences en matière de gestion 5. Ressources humaines |
| Évaluation de compétences et d'attitudes | 3. Phase de consolidation et développement | 6. Éthique 7. Formation 8. Problèmes de leadership et d'équipe 9. Mesure des résultats 10. Recherche |

Première étape

Élaboration d'un cadre pour l'évaluation des équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières

Les cliniciens et les chercheurs (sociologues, philosophes, psychanalystes) ont préparé une évaluation et un inventaire pour évaluer la structure et l'activité clinique de sept équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières en Europe.

Pour ce faire, les considérations suivantes ont été prises en compte :

- les équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières sont à des stades différents de développement dans l'ensemble de l'Europe ;
- la composition de l'équipe est pluriprofessionnelle ;
- les équipes travaillent dans des cadres institutionnels et culturels variés ;
- les membres de l'équipe jouent un rôle de conseil auprès des professionnels de la santé et interviennent souvent directement auprès des patients.

L'analyse du fonctionnement et des activités de sept équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières s'est fondée sur des évaluations sociologiques, psychologiques et éthiques. Le premier stade du projet a mis en exergue les caractéristiques de l'équipe mobile de soins palliatifs hospitalière (EMSP) du point de vue de sa gestion, des valeurs sous-tendant ses pratiques et du profil des membres de l'équipe.

Analyse et synthèse de l'évaluation de sept EMSP

L'analyse de l'évaluation a été effectuée par le groupe d'experts (cliniciens, chercheurs, consultants). La synthèse des résultats constitue la base des recommandations contenue dans le présent document. Elles s'adressent à trois phases de développement d'une EMSP, à savoir les phases de développement, d'intégration et de consolidation. Pour chacune de ces phases, les domaines clés de compétence pour une EMSP ont été identifiés, soit 10 au total (*tableau I*).

Deuxième étape

Élaboration d'un programme de formation

Sur la base des résultats de l'évaluation des EMSP, deux des dix catégories clés en matière de compétences ont été identifiées par les EMSP participantes, pour être intégrées dans un programme de formation spécifique lancé sous forme de projets pilotes.

Projets pilotes :

Des EMSP participant au projet ont suivi un programme de formation de 12 semaines à raison d'une heure/semaine et ont participé à deux week-ends d'ateliers.

Évaluation du programme de formation

Les projets pilotes ont été évalués et les résultats incorporés dans les recommandations du présent rapport par le groupe d'experts. Un résultat particulièrement encourageant a été l'identification d'aspects de la formation qui semblent être spécifiques et caractéristiques des EMSP.

Résultats de la recherche et recommandations

Pouvoirs publics et société

Intégrer la médecine palliative aux systèmes de santé européens

Résultats de la recherche :

Les soins palliatifs se sont développés depuis près de 40 ans grâce à l'expérience de professionnels de santé qui ont créé un mouvement visant à promouvoir une philosophie spécifique des soins prodigués aux patients en fin de vie.

En Angleterre, les soins palliatifs sont intégrés au système de santé en tant que spécialité médicale depuis 1987. Cette intégration a permis de développer des programmes de formation et de recherche, et de créer une offre large et diversifiée de services de soins palliatifs reconnus pour leur haut niveau de qualité. Dans ce contexte, d'autres pays, tels que la Belgique, la Suisse et la France font également de l'accès aux soins palliatifs une obligation pour leur système de soins.

- **Recommandation 1** : Tous les citoyens européens devraient avoir accès à des services de soins palliatifs d'un haut niveau de qualité dans leur système de santé. Les sociétés européennes ont une population vieillissante où la chronicité des maladies dégénératives s'accroît. La formation et l'éducation aux soins palliatifs jouent un rôle primordial pour garantir à ces personnes une qualité de vie maximale et pour prodiguer des soins appropriés aux malades en phase terminale.

Les équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières (EMSP) doivent faire partie intégrante de l'offre plus large de soins palliatifs

Résultats de la recherche :

Du côté des patients en phase palliative, les situations médicales, psychologiques, sociales et spirituelles sont diverses et évolutives. Ils ont aussi, avec leurs proches, des préférences sur les conditions des soins en fin de vie en faveur du domicile, d'unités spécialisées ou de services hospitaliers. Une diversité de l'offre de soins palliatifs répond à cette diversité des besoins et des choix.

Dans un environnement hospitalier, les soignants des EMSP interviennent en appui des équipes référentes par le conseil, le soutien et la formation. Leur intervention directe auprès des patients est négociée avec les équipes référentes qui conservent le plus souvent la responsabilité des décisions et de l'exécution des soins. Cette situation peut être génératrice de stress tant pour l'équipe que pour ses membres individuels, surtout lorsqu'ils sont mal intégrés aux services de soins aigus et qu'ils n'ont pas un rôle clairement identifié. Les membres de l'EMSP peuvent avoir un sentiment de perte d'identité en tant que soignants, ce qui accroît le risque de burn out individuel ou collectif de l'équipe.

Par conséquent, les membres de l'équipe pourraient avoir besoin d'exercer dans différents types de dispositifs, soit par périodes successives, soit simultanément à temps partiel dans des structures différentes.

- Recommandation 2 : Les EMSP doivent trouver leur place dans un ensemble coordonné comportant, notamment, des lits dédiés au sein de services aigus, des unités de soins palliatifs, des équipes ambulatoires, etc. Outre le travail de coopération qu'implique le suivi continu du patient, cette coordination assurerait des opportunités essentielles pour le processus de formation spécialisée, dans le respect des spécificités propres à chacune des structures impliquées.

Développement des équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières

Résultats de la recherche :

L'EMSP a un rôle unique fondé sur une philosophie consistant à " soigner " par opposition à la philosophie consistant à « guérir " qui prédomine souvent en milieu hospitalier. L'EMSP a une place et des missions propres qui la distinguent des autres modes d'offre de soins palliatifs, notamment les unités avec lits.

La reconnaissance des équipes mobiles de soins palliatifs au sein des hôpitaux aigus demeure précaire en raison de l'absence de statut de cette spécialisation, de la fragilité des contrats de travail des soignants et du peu d'autonomie dont elles disposent.

- Recommandation 3 : Cette situation appelle une reconnaissance statutaire des EMSP et une reconnaissance des conditions institutionnelles minimales pour la création et le maintien d'une EMSP.

Reconnaître un statut propre aux praticiens des soins palliatifs

Résultats de la recherche :

L'absence de reconnaissance statutaire des soins palliatifs dans de nombreux pays au niveau académique et/ou professionnel se traduit par la mise en question, souvent arbitraire, des compétences des soignants qui les pratiquent.

- Recommandation 4 : Une reconnaissance professionnelle et sociétale des compétences spécialisées en soins palliatifs est nécessaire pour légitimer les professionnels des soins de santé travaillant dans le secteur des soins palliatifs. Cela permettrait également d'orienter les programmes d'enseignement et de formation.

Développer une information sur les soins palliatifs en direction du grand public

Résultats de la recherche :

Dans la phase palliative, le patient et son entourage sont confrontés à une expérience extrême et sont souvent dans une grande détresse. Il reste encore de nombreuses situations dans lesquelles le malade et/ou ses proches sont incomplètement informés par les médecins de l'évolution fatale du processus pathologique et de l'épuisement des ressources curatives. Beaucoup de soignants ou de proches des patients pensent encore que l'annonce de la vérité est délétère pour le patient et/ou pour certains membres de la famille. Dans ce contexte, la venue de l'EMSP auprès d'un patient peut être perçue comme annonciatrice de mort et refusée par l'équipe référente, le patient ou ses proches. Pour éviter cette situation, il arrive souvent que l'EMSP masque son identité et se présente comme une unité en charge de la douleur, du confort ou du soutien psychologique.

Par ailleurs, la confusion sur le contenu des soins palliatifs et la méconnaissance des missions propres des équipes mobiles font que l'appel à l'EMSP passe presque toujours dans les hôpitaux aigus par les soignants référents. En général, le patient ou ses proches ne peuvent pas demander eux-mêmes une intervention spécialisée en soins palliatifs.

- Recommandation 5 : La mise sur pied de campagnes de communication et d'information sur les soins palliatifs permettra à la population de connaître les services, de s'impliquer dans les questions posées par les soins palliatifs et d'exprimer des préférences qui, en situation, conduiront à une amélioration de la communication, à des décisions mieux éclairées et à une égalité d'accès aux EMSP.

Associations locales, nationales et européennes

Résultats de la recherche :

Le mouvement des soins palliatifs est organisé par des associations internationales, nationales et locales qui regroupent des professionnels de la santé et des bénévoles. Les diverses associations jouent un rôle majeur dans le développement des services de soins palliatifs, l'enseignement, la formation et le développement de la recherche. En outre, au niveau national, ces associations sont souvent influentes dans les débats politiques.

- Recommandation 6 : Il convient de promouvoir le rôle que jouent les associations de soins palliatifs pour influencer l'agenda politique afin que soient développées les équipes mobiles dans les hôpitaux aigus.

Ces associations devraient être impliquées dans :

- la reconnaissance des différents types de services de soins palliatifs ;
- l'établissement de normes en ce qui concerne les compétences des professionnels de la santé qui pratiquent les soins palliatifs ;
- l'établissement de normes de formation et d'enseignement.

Les hôpitaux et le développement des équipes mobiles de soins palliatifs

Constitution d'un groupe de projet pour créer une EMSP

Résultats de la recherche :

Les équipes mobiles sont des structures nouvelles qui proposent une pratique soignante et une organisation différentes de celles qui prévalent dans les services de soins aigus. La philosophie des soins palliatifs étant encore contestée régulièrement, le projet d'EMSP est souvent à l'initiative de quelques personnes, d'un petit groupe spécialement constitué, ou une demande imposée de l'extérieur à un hôpital. L'isolement dans le travail préparatoire à la création d'une équipe est préjudiciable à l'avenir du projet.

- Recommandation 7 : Lors de la constitution d'un groupe projet pour créer une EMSP, celui-ci devrait être pleinement reconnu par les services cliniques et l'institution hospitalière à laquelle il appartient.

Guider le développement d'une EMSP

Résultats de la recherche :

La biographie de David Clark (2002), sur les travaux organisationnels, structurels et éducationnels de Cicely Saunders pour introduire les soins palliatifs dans la médecine, donne un aperçu des étapes qu'une EMSP doit suivre pour constituer une équipe au sein d'une structure curative (l'hôpital). Toutefois, à l'inverse des travaux de Saunders effectués en réseau ou au sein d'un groupe de travail, la plupart des EMSP se développent de façon indépendante et souvent dans un grand isolement au sein de l'institution.

- Recommandation 8 : Il est nécessaire, même pour des professionnels expérimentés des soins palliatifs, de s'appuyer sur des réseaux et groupes de travail pluridisciplinaires pour mettre en place de nouvelles EMSP ; les programmes d'enseignement devraient tenir compte de cet aspect. À cet effet, un comité de pilotage devrait créer un groupe de projet EMSP rassemblant des catégories très diverses au sein de l'hôpital (médecins, infirmières, administratifs). Ce comité de pilotage sera dissous quand l'EMSP aura été mise en place.

Définition d'une équipe de soins palliatifs

Résultats de la recherche :

Les équipes mobiles sont souvent, surtout au début, de petites structures ; parfois elles ne comptent qu'une ou deux personnes travaillant à temps partiel. Elles ne peuvent pas alors vraiment se qualifier d'équipe. Le groupe de cliniciens participant à la recherche et à l'expérimentation en matière de formation propose de définir et décrire clairement 3 niveaux pour mettre en place une EMSP afin d'assurer la transparence vis-à-vis du grand public, des collègues et de l'institution, y compris les personnes représentant les soins palliatifs.

Niveau 1 :

Il est proposé d'identifier un(e) seul(e) professionnel (le) des soins palliatifs à qui l'on confie la tâche de développer une équipe de soins palliatifs. On qualifiera de présence des soins palliatifs la situation où un(e) seul (e) professionnel (le) se voit confier la tâche de développer une équipe mobile.

Niveau 2 :

Une fois que la présence des soins palliatifs aura été identifiée, un(e) second(e) professionnel (le) sera recruté(e). La création d'une EMSP demande la présence d'au moins deux personnes. Cette équipe sera identifiée comme binôme de soins palliatifs.

Niveau 3 :

L'adjonction d'une troisième personne déjà présente dans l'hôpital (par exemple : un assistant social, un aumônier, un psychologue, un autre professionnel offrant un soutien), permet d'identifier une équipe de soins palliatifs.

- Recommandation 9 : Une équipe de soins palliatifs devrait comprendre au moins trois personnes appartenant à des professions différentes (médecin, infirmière et assistant social ou psychologue).

Garantir la compétence et l'expérience des soignants de l'équipe mobile

Résultats de la recherche

Les équipes mobiles ont une fonction pédagogique auprès des équipes référentes. Cette fonction s'appuie sur des compétences spécialisées en soins palliatifs. Lorsque les équipes mobiles recrutent des soignants insuffisamment formés aux concepts, aux connaissances et aux techniques de soins palliatifs, elles se trouvent en difficulté pour mener à bien leur mission.

- Recommandation 10 : Les EMSP pourront accomplir leurs missions en SP :

- auprès des patients et de leurs familles/proches ;
- auprès des professionnels de la santé ;
- dans les structures de soins,

si elles se composent de professionnels qui ont acquis des compétences spécialisées (techniques, relationnelles, éthiques) par une formation académique et une expérience professionnelle formatrice. Une expérience antérieure dans des services aigus ou en médecine ambulatoire favorisera la coopération avec les équipes référentes.

Assurer des conditions minimales de fonctionnement

Résultats de la recherche :

Les équipes mobiles sont souvent des structures de quelques personnes (3 ou 4 membres) alors qu'elles ont en charge le développement de soins de qualité en fin de vie dans des établissements de taille très importante (souvent plusieurs centaines de lits).

Elles n'interviennent directement qu'auprès des cas les plus complexes et agissent principalement en renforçant les compétences des équipes hospitalières par la formation, le conseil et le soutien.

- Recommandation 11 : Les institutions veilleront à ce que les ressources de l'EMSP (effectifs, contrats, locaux, équipement médical et administratif) soient en correspondance avec les missions assignées par un établissement donné.

Formation

Résultats de la recherche :

Les lignes directrices actuellement fournies par l'Organisation Mondiale de la Santé appellent les EMSP à travailler sur des bases pluridisciplinaires. Actuellement, la plupart des équipes n'ont pas les bases de compétences nécessaires pour travailler efficacement dans l'environnement particulier d'un hôpital et se heurtent à des situations difficiles. Des pratiques d'exclusion telles que " l'abandon " institutionnel en matière de politique de l'hôpital, de structures, de finances ou de ressources, ont un effet négatif tant sur l'institution que sur l'équipe. On peut aussi citer la non utilisation de l'EMSP par les services de l'hôpital. Travailler, au cas par cas, avec les équipes des services aigus, exige des compétences spécifiques qui ne sont généralement pas enseignées dans les soins palliatifs.

- Recommandation 12 : Le cursus de formation pour les équipes nouvellement mises en place doit couvrir les descriptions de poste, le développement des critères pour évaluer le profil du soignant et son assimilation à la particularité d'une équipe mobile, des programmes d'intégration des nouveaux membres de l'équipe, la programmation de l'activité (adaptation à la structure existante, anticipation des effets d'équipe en interaction avec ces structures) et la supervision professionnelle/clinique.

Après la mise en place de l'équipe, la formation devra viser le fonctionnement externe et interne.

Les efforts en matière de formation visant les activités externes de l'équipe devront se concentrer sur les techniques de liaison (à la fois communication et structure) et de gestion, permettant ainsi d'acquérir les compétences nécessaires pour conseiller les équipes référentes dans un contexte clinique.

Au niveau interne, l'accent devra être mis sur le partage des conceptions du soin, et le dépassement des valeurs inhérentes à chaque métier, de façon à offrir des modes d'intervention conçus sur des bases communes. C'est ainsi que se constituera une équipe de soins palliatifs et non une juxtaposition d'individus et de disciplines.

Pour les équipes installées, la formation portera de façon continue sur les questions éthiques telles que la réanimation cardio-respiratoire, l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie. Des connaissances, compétences et attitudes spécifiques sont nécessaires pour gérer ces questions complexes dans les environnements très variés de l'hôpital aigu.

Placer l'équipe mobile dans l'organigramme de l'hôpital de façon à assurer son autonomie et sa participation dans les instances de décision et de gestion

Résultats de la recherche : les équipes mobiles ont souvent été créées avec une ou deux personnes à l'intérieur même d'unités de soins ayant d'autres missions et qui ont, au départ, apporté un soutien logistique, administratif et professionnel. Cette situation peut rapidement limiter l'autonomie de l'équipe, notamment dans son recrutement, sa gestion, sa stratégie de relation avec les autres unités de soins. De plus, cette situation peut gêner la visibilité de l'équipe mobile et brouille la compréhension de son rôle auprès des services et soignants référents.

- Recommandation 13 : La place de l'équipe mobile dans l'organigramme de l'hôpital lui permettra à la fois d'avoir la même autonomie que les autres unités, de développer des liens avec les unités aiguës, d'être représentée dans les instances médicales et soignantes, d'être bien identifiée dans la signalisation et les brochures d'information de l'hôpital (composition, missions, coordonnées etc.) L'équipe devrait jouir d'un large degré d'autonomie lors du recrutement de ses membres.

Définir des modalités de développement dans un projet réaliste

Résultats de la recherche :

L'objectif d'offrir des soins palliatifs à toutes les personnes qui en ont besoin passe par le développement des compétences des soignants des unités de soins référentes. Ces soignants peuvent déjà avoir acquis des compétences très diverses en fonction de leur expérience et de leur formation.

Diverses modalités de collaboration avec les services sont possibles :

- nomination de correspondants dans les services les plus concernés ;
- réunions communes de l'EMSP avec d'autres services, d'une périodicité variable, pour discuter des cas les plus significatifs ou des problèmes de coopération ;
- un programme de formation qui permet de définir clairement les fonctions de l'EMSP au sein de l'hôpital ;
- consultations ou traitements en commun auprès des patients et de leurs proches ;
- un système de description de l'activité de l'EMSP permettant de mesurer l'adéquation entre ressources et besoins.

- Recommandation 14 : Afin d'améliorer la qualité des soins palliatifs dans l'hôpital, l'équipe mobile doit avoir un plan de développement, permettant, en fonction de ses ressources, un équilibre entre l'implication dans la prise en charge des cas les plus complexes et le conseil et/ou la formation des équipes référentes.

Les soins palliatifs et les méthodologies spécifiques : reconnaître et valoriser le temps passé auprès du patient comme un acte de soin

Résultats de la recherche :

Aujourd'hui dans les services de santé, les soins médicaux et infirmiers sont soumis à de fortes contraintes économiques qui se traduisent pour l'essentiel par des contraintes de temps. Ainsi, les soins sont souvent morcelés, rapides, interrompus laissant au patient, souvent fatigué et en détresse, peu de temps pour exprimer ses questions, son histoire ou sa volonté. Les soignants pour leur part n'ont pas toujours la possibilité d'accompagner comme ils le souhaiteraient les actes techniques par l'écoute ou le soutien. Cette contrainte de temps est particulièrement délétère en phase palliative. Dans cette phase, le temps des actes soignants est donc nécessairement plus long, qu'ils soient accomplis par les soignants référents ou par ceux de l'équipe mobile.

Il existe souvent des différences ou des désaccords dans l'appréhension de la situation du patient par les différents acteurs (patients, entourage, soignants) et dans les solutions préconisées. L'allongement du séjour de quelques jours supplémentaires peut permettre de rapprocher les points de vue ou les positions des différents acteurs en présence. Or les normes économiques et médicales peuvent empêcher cette prolongation dès lors que les actes techniques sont terminés, et partant de la réduction des dissonances et l'émergence de compromis.

- Recommandation 15 : Une bonne communication et un temps suffisant pour la réflexion devraient être pris en compte pour les décisions en matière de prise en charge clinique, de retour à domicile ou de transfert. La nécessité d'un temps accru à ce stade spécifique de la vie du patient devrait être reconnue, d'une part, pour sa valeur thérapeutique et, d'autre part, dans sa valorisation économique.

Une mise à niveau régulière des compétences pour garantir une bonne qualité professionnelle des soins palliatifs hospitaliers devrait être assurée par la mise en place de structures appropriées

Résultats de la recherche :

Les soins palliatifs hospitaliers prodigués par les équipes mobiles ont une large base commune avec les soins palliatifs exercés en unité avec lits et ont une évolution professionnelle similaire. Toutefois, les EMSP comportent aussi un aspect hautement spécifique compte tenu de leur activité clinique dans un environnement curatif. Le maintien des niveaux de compétences est freiné par le manque de structures appropriées aux niveaux national et international. Les équipes nouvelles peuvent bénéficier du parrainage d'équipes déjà en fonction : c'est d'ailleurs dans l'intérêt respectif de la nouvelle équipe et de l'équipe existante de partager leurs points de vue et d'enrichir leur réflexion.

- Recommandation 16 : Des conférences nationales et internationales sur les soins palliatifs pour traiter des besoins spécifiques des EMSP et/ou de concevoir de telles conférences dans le cadre de conférences existantes en tant que volet spécifique doivent être organisées. Les équipes qui fonctionnent bien en Europe devraient envisager d'initier et de développer de telles modalités d'échanges, y compris le développement de systèmes de parrainage pour les nouvelles équipes afin de leur permettre d'approfondir leurs connaissances théoriques et d'améliorer leurs pratiques cliniques.

Intégration d'une équipe mobile de soins palliatifs

Après la phase de développement d'une EMSP, il importe de reconnaître la phase d'intégration et l'évolution des besoins de l'EMSP

Résultats de la recherche :

En devenant fonctionnelle dans la phase d'intégration, l'équipe est de plus en plus apte à régler à la fois les problèmes internes et les problèmes externes. Cette compétence s'acquiert avec l'expérience de terrain mais ne se fonde pas sur une véritable pratique de réflexion en commun.

- Recommandation 17 : Les EMSP doivent apprendre à travailler :

- dans la perspective d'une responsabilité partagée de tous les membres de l'équipe, y compris pour les questions de *leadership* et de fonctionnement de l'équipe, en tenant compte des niveaux actuels des connaissances professionnelles et de la recherche ;

- travailler avec des équipes de soins aigus de médecine curative exige le développement d'aptitudes avancées pour guider, coopérer avec et soutenir ces collègues à la fois pour les traitements palliatifs et curatifs.

Après la phase d'intégration d'une EMSP, il importe de reconnaître la phase de consolidation et l'évolution des besoins de l'EMSP

Résultats de la recherche : lorsque l'équipe est bien installée au sein de l'institution, elle adopte les modalités normales de réflexion et de perfectionnement. Travailler dans un contexte curatif exige de tenir continuellement compte des techniques de communication et de liaison (le personnel des services référents tend à se renouveler continuellement). Cette situation soulève une autre question propre à l'EMSP et qui a trait au *leadership* et aux enjeux collectifs,

étant donné que l'équipe travaille à l'interface du curatif et du palliatif.

- Recommandation 18 : À ce niveau, le cursus de formation devrait comprendre :

- l'identification des besoins spécifiques des individus et de l'équipe en terme de formation ;
- la formation locale avec un formateur externe ;
- la participation et la contribution régulières de tous les membres de l'équipe à la construction de l'identité de « soignant en équipe mobile de soins palliatifs hospitalière ».

Promouvoir la pluridisciplinarité dans l'organisation du travail de l'EMSP

Résultats de la recherche :

L'approche intégrée exige la pluridisciplinarité de la composition de l'équipe et l'interdisciplinarité de ses pratiques de travail.

- Recommandation 19 : La pluridisciplinarité se traduit dans l'organisation quotidienne du travail (par exemple le travail en binôme médecin-infirmière, médecin-psychologue ou infirmière-assistant social), ainsi que dans l'organisation régulière de réunions pour examiner les demandes, définir le projet thérapeutique pour chaque patient, évaluer la collaboration avec l'équipe référente, faire le bilan à la fin de la prise en charge.

Explicitier les modalités d'implication directe des EMSP dans les prises en charge

Résultats de la recherche : compte tenu de leurs objectifs et des ressources dont elles disposent, les EMSP n'ont pas, en général, la responsabilité des décisions, et n'accomplissent pas directement les soins médicaux ou infirmiers. Cette pratique est mal comprise par les équipes référentes. Celles-ci souhaitent parfois limiter l'intervention de l'équipe mobile à un simple conseil ou, à l'inverse, en attendent un véritable travail de suivi. L'EMSP peut alors être perçue comme exonérée du « sale boulot » auquel sont astreintes les équipes des services aigus prises dans des contraintes économiques et des exigences de qualité sans cesse croissantes.

- Recommandation 20 : Les EMSP ont la responsabilité de fournir une information claire et systématique quant à leurs objectifs, leurs compétences et leur mode de fonctionnement à l'ensemble des personnels des hôpitaux dans lesquels elles exercent. Cette information lèvera les incertitudes qui pèsent encore trop souvent parmi les agents de l'institution sur les potentialités et les limites des soins palliatifs. Elle favorisera les accords de collaboration ou d'autres procédures de travail en commun. Elle préviendra des attentes démesurées ou le ressentiment de la part des patients mais aussi des soignants référents, souvent peu au clair des spécificités du travail palliatif.

La définition d'un projet thérapeutique permettra une meilleure intégration des actes palliatifs et curatifs tenant compte des qualifications de chacun, de l'ordre temporel des interventions et explicitant ainsi la contribution respective de l'équipe mobile et de l'équipe référente.

Définir un mode d'organisation qui garantit la continuité de la communication et des soins

Résultats de la recherche :

La continuité et l'approche globale sont les conditions de l'efficacité des soins palliatifs. Cette continuité repose sur une information construite et partagée collectivement entre les soignants de l'EMSP. L'organisation de l'équipe favorise cette continuité par la communication entre les membres de façon plus ou moins formalisée. Un trop grand morcellement résultant de la multiplication des emplois à temps partiel peut être préjudiciable, en particulier dans de petites équipes qui consacrent alors une part disproportionnée de leur temps disponible en réunions de transmission

- Recommandation 21 : Le travail collectif au sein des réunions d'équipe qui reconnaît la contribution de chaque membre de l'équipe porte sur 1) le cadre conceptuel, la philosophie et la politique du service, 2) ses « stratégies » d'intégration au sein de l'institution, notamment sa place et son rôle dans l'institution et le suivi des malades, 3) la formalisation des documents ou procédures, 4) l'amélioration des processus décisionnels en son sein. Il porte aussi et principalement sur 5) l'organisation du travail clinique qui concrétise l'approche globale : horaires et temps de présence, responsabilités de chacun, modes de coopération au sein de l'équipe, travail en binôme de professions différentes etc.

S'adjoindre un tiers extérieur pour réfléchir collectivement sur les enjeux émotionnels du travail en EMSP

Résultats de la recherche :

Le travail au sein de l'EMSP confronte les soignants à une forte charge émotionnelle liée à la prise en charge des patients, aux conflits et difficultés avec les proches, les professionnels, et les équipes des soins aigus, ou avec l'institution. Ces difficultés peuvent mettre en cause leur identité de soignant.

- Recommandation 22 : L'expression et la réflexion collectives dans des réunions régulières, animées par un tiers extérieur (psychologue, psychanalyste, philosophe, sociologue, superviseur agréé, etc.) permettront de maintenir le moral de l'équipe et des individus qui la composent, et offriront un forum pour discuter des attitudes pratiques des membres individuels et de l'équipe.

Discuter collectivement les engagements éthique

Résultats de la recherche :

La position des EMSP face à la prise de décision (voir recommandation 3) résulte en une tension exacerbée entre idéal d'action et mise en pratique, entre les valeurs et la façon dont elles sont traduites dans la clinique.

Dans une telle situation, il est essentiel de spécifier pratiquement les valeurs qui doivent guider l'action, faute de quoi le manque de clarté sera source de frustrations, de problèmes d'identité et de conflits.

Spécifier ou expliciter une valeur signifie déterminer, en terme de pratique clinique, les engagements éthiques qui correspondent à cette valeur, par exemple a) la limite à tracer entre un compromis acceptable et une compromission inacceptable, b) les critères à fixer pour juger du bien-être du patient, ou c) les bornes à ne pas franchir dans l'interprétation de sa parole ou de son attitude.

- Recommandation 23 : L'EMSP dans son ensemble devrait réfléchir et déterminer, en terme de pratique clinique, les engagements éthiques à prendre, afin 1) de prévenir les attentes démesurées, parce que trop idéales, de la part des membres de l'équipe, 2) d'affirmer l'identité de l'équipe par rapport à l'extérieur et 3) de se donner des lignes directrices pour gérer les situations de conflits. Ce travail doit se réaliser régulièrement et continuellement, à partir de l'expérience clinique.

Selon les législations nationales, définir collectivement la responsabilité de l'EMSP envers les demandes d'euthanasie

Résultats de la recherche :

L'EMSP est régulièrement confrontée à des demandes d'euthanasie de la part des patients ou de leur entourage et aux pratiques euthanasiques dans les équipes référentes. Dans les pays où la législation permet l'euthanasie, l'EMSP peut aussi être sollicitée pour intervenir auprès de patients demandant l'euthanasie. Les professionnels de soins palliatifs ont souvent une position de refus de l'euthanasie. Au sein même des EMSP, les positions sur ce sujet sont cependant diverses entre les individus et peuvent rester implicites. La confrontation à des pratiques d'euthanasie est souvent un point de conflit, ouvert ou latent, avec les équipes référentes.

- Recommandation 24 : Les membres de l'EMSP doivent discuter de la problématique de l'euthanasie en tenant compte de la législation nationale et de ses conditions d'application. L'EMSP se positionnera clairement face à la responsabilité de l'acte euthanasique, définira ses propres limites quant à la légitimation d'une euthanasie. Cette position sera explicite au sein de l'hôpital. Le principe du respect de la personne, même lorsque cette personne est dans l'incapacité partielle ou complète de prendre une décision, doit toujours être appliqué afin de préserver l'autonomie de droit des patients.

Promouvoir un processus formel pour confronter les informations et positions divergentes, en y associant le patient et ses proches dans la mesure du possible

Résultats de la recherche :

Les décisions concernant un patient amènent souvent la confrontation des points de vue divergents sur une situation évolutive et incertaine. Dans la plupart des cas, aucun cadre formel n'est disponible pour confronter les positions de tous les soignants impliqués et encourager une décision qui donne aux points de vue du patient et/ou de sa famille/ses proches la place qui leur revient.

Le patient et ses proches sont partis prenantes des processus de prise de décision. Chaque soignant engagé dans la prise en charge du patient énonce les éléments dont il dispose pour comprendre et identifier les problèmes à résoudre, proposer des modes d'action en vue du meilleur équilibre entre efficacité thérapeutique et volonté du patient. En situation d'incertitude, le temps peut permettre le rapprochement des points de vue à partir d'une interprétation commune. Cette confrontation des points de vue (récits) peut être formalisée dans des réunions associant les soignants et, selon les cas, le patient et ses proches.

- Recommandation 25 : Des procédures d'aide à la réflexion et à la prise de décision doivent être mises en place dans les hôpitaux.

Conclusion

Ces recommandations pour le développement des équipes mobiles sont issues d'un travail collectif qui a commencé en l'an 2000, associant des équipes de praticiens des soins palliatifs, des chercheurs et des consultants de différentes disciplines. Elles résument des débats concernant l'expérience d'équipes exerçant les soins palliatifs dans un environnement pluraliste de pays différents par leur système de soins, les contextes historiques ainsi que les législations sur la fin de vie et l'euthanasie. Ces recommandations sont fortement dépendantes de l'évolution des systèmes de soins et de la médecine, de la situation démographique et des attentes de la société sur la place de la médecine à la fin de la vie. C'est la raison pour laquelle nous estimons qu'il s'agit de recommandations minimales pour les nouvelles équipes qui seront créées dans une Europe élargie. Aussi, ces recommandations n'offrent pas un modèle normatif mais des orientations fondées sur l'expérience et permettant une évaluation critique de situations concrètes. Nous estimons que les équipes mobiles ont un rôle important à jouer pour coordonner les actes curatifs et palliatifs en fin de vie, bien que la médecine palliative soit devenue une spécialisation en tant que telle.

Les équipes mobiles constituent une condition nécessaire pour préserver la qualité de vie et les soins des personnes qui, de plus en plus, terminent leur vie en milieu hospitalier.

Nos conclusions sont le résultat d'un consensus entre les équipes de cinq pays européens. Chaque pays, région, hôpital développera ses propres réponses aux situations auxquelles il est confronté mais trouvera peut-être ces recommandations utiles pour évaluer les ressources et conditions minimales pour l'organisation de ses services de santé, sa structuration professionnelle, et le cadre éthique nécessaire pour développer une équipe mobile efficace.

Glossaire

- Équipe Référente

Équipe soignante de l'unité de soins dans laquelle est hospitalisé le patient et qui fait appel à l'EMSP. Elle exerce des soins directs au patient et assume la responsabilité de sa prise en charge et des décisions thérapeutiques.

- Service aigü

Service ayant pour mission principale d'accueillir les patients sur une courte durée dans l'objectif d'établir un diagnostic et/ou de réaliser des actes thérapeutiques.

- Approche globale en soins palliatifs

C'est une philosophie de soins ou une manière d'être dans la relation thérapeutique et soignante qui :

- considère la personne comme un TOUT, comme une personne qui possède un corps, un entourage familial et social, une psychologie, une quête spirituelle, une histoire ;
- fait référence au concept de souffrance globale (" total pain ") où toutes les dimensions de la personne sont touchées par la maladie grave ;
- comprend les notions de temps, de distance, d'évolution progressive.

- Identité du soignant

L'identité est ce qui caractérise une entité (individu, fonction, structure) en tant que telle. Celle-ci est reconnue, ou se reconnaît, comme telle dans des circonstances et à des temps différents ; elle est une condition nécessaire à l'existence et à l'action. L'identité du soignant se réalise par trois facteurs interdépendants : 1) la cohérence des engagements d'action, 2) l'image véhiculée, 3) le statut institutionnel.

- Euthanasie

Acte pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne atteinte d'une maladie incurable à la demande de celle-ci et pour soulager ses souffrances insupportables.

Annexe : Perspective d'avenir de recherche et d'action

- Évaluer les répercussions des recommandations et leur impact sur le fonctionnement et l'intégration des EMSP dans des institutions hospitalières qui auront ou non participé au projet ;
- Initier un projet de recherche sur l'amélioration des outils d'évaluation de la douleur pour les EMSP ;
- Promouvoir la diffusion d'un programme de formation pour les membres d'EMSP dans un vaste spectre européen et acquérir une reconnaissance légale de cette formation par les responsables de la Santé publique dans chaque pays ;
*Promouvoir des projets pilotes de création d'équipes mobiles en Europe.