

**Titre :**

**État des lieux des pratiques non médicamenteuses dans les unités  
de soins palliatifs en France en 2019.**

Auteurs :

- Sarah BÉCEL

Centre hospitalier de Lisieux

4 Rue Roger Aini, 14100 Lisieux

06.64.37.94.28

sarah.becel@yahoo.fr

- Sébastien GUITTON

Centre hospitalier de Lisieux

4 Rue Roger Aini, 14100 Lisieux

## **Résumé et mots clés**

### Objectif

Montrer que les unités de soins palliatifs (USP) s'intègrent dans une prise en charge globale du patient en proposant l'accès à de nombreuses techniques non médicamenteuses.

### Introduction

Les USP sont des structures spécialisées en soins palliatifs, destinées aux patients les plus complexes. Ces unités proposent l'intervention d'équipes pluridisciplinaires afin de prendre en charge de façon globale le patient. A cette fin, nous pouvons penser que les USP proposent l'accès à des techniques non médicamenteuses. A ce jour, il n'existe pas d'état des lieux de ces pratiques. Le but de notre étude est de faire un état des lieux des pratiques non médicamenteuses dans les USP en France en 2019.

### Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une analyse descriptive, non exhaustive, proposée à l'ensemble des USP de France. Nous avons analysé le nombre de techniques non médicamenteuses proposées par chaque USP, en fonction du personnel réalisant le soin (intervention d'un personnel extérieur ou membre de l'équipe soignante médicale ou paramédicale).

### Résultats

La totalité des 57 USP répondantes propose l'accès à au-moins une technique non médicamenteuse. En moyenne, 8,58 techniques non médicamenteuses sont proposées par USP. Certaines techniques non médicamenteuses sont pratiquées majoritairement par des intervenants extérieurs à l'USP, d'autres techniques par le personnel médical ou paramédical de l'USP, ou sont réalisées de façon mixte.

## Discussion

Toutes les USP répondantes proposent l'accès à au-moins une technique non médicamenteuse, de façon multidisciplinaire. La prise en charge des patients est globale car elle prend en compte les symptômes physiques, psychologiques, sociaux et spirituels.

## **MOTS-CLÉS :**

- Soins palliatifs
- Unités de soins palliatifs
- Pratiques non médicamenteuses

## **Inventory of complementary therapies in palliative care units in**

### **France in 2019.**

#### Introduction

Palliative care units (PCUs) are medical units specialized in palliative care, for patients with complex management. Multidisciplinary teams are involved to provide a complete care for patient. We suppose that PCU offer complementary therapies. At this time, there is no inventory of these techniques. The purpose of our study is to make an inventory of complementary therapies in the PCUs in France in 2019.

#### Materials and methods

We carried out a descriptive analysis of complementary therapies, not exhaustive, proposed to all PCUs in France. We analyzed the number of complementary therapies proposed by each PCU, according to the personnel performing the care (intervention of external personnel or member of the medical or paramedical care team).

## Results

All of the 57 responding PCUs offer access to at least one complementary technique. On average, 8,58 complementary therapies are offered per PCU. Some complementary therapies are mainly practiced by people outside the PCU, others are mainly performed by the PCUs medical or paramedical staff, or are performed in a mixed manner.

## Discussion

All responding PCUs offer access to complementary therapies in a multidisciplinary manner. Patient care is complete because it takes into account physical, psychological, social and spiritual symptoms.

## KEY WORDS :

- Palliative care
- Palliative care units
- Complementary therapies

## **Introduction**

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle [1]. Murray a mis en avant que les symptômes spirituels et psychologiques évoluaient de façon fluctuante tout au long de l'évolution de la maladie, ce qui justifie de proposer un accompagnement spécifique dès l'annonce du diagnostic [2]. Le concept de « total pain » développé par C. Sanders est également en faveur d'une prise en charge au-delà de la simple douleur physique [3].

L'accompagnement en soins palliatifs est organisé au travers de différentes structures proposant une prise en charge graduée et adaptée aux besoins des patients [4]. Les unités de soins palliatifs (USP) représentent le dernier maillon hospitalier de cette prise en charge [4]. Ce sont des structures spécialisées accueillant les patients atteints de maladie grave ou évolutive, présentant des symptômes difficilement gérables en hospitalisation traditionnelle ou nécessitant un temps d'accompagnement important. L'hospitalisation en USP permet l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ayant des compétences spécifiques, en particulier en proposant l'accès à des approches non médicamenteuses.

Les pratiques non médicamenteuses regroupent un nombre important de techniques. Certaines ont fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge de certains symptômes, comme l'hypnose ou la musicothérapie dans le domaine de la douleur chronique [5]. D'autres études se déroulent actuellement, et les premiers résultats disponibles laissent à penser que les techniques non médicamenteuses ont une influence positive sur la prise en charge du patient en soins palliatifs hospitalisé en USP. C'est le cas de la biographie hospitalière et de la musicothérapie utilisée à visée antalgique lors des soins complexes [6].

Les soins non médicamenteux sont personnalisés et adaptés au patient et à ses besoins.

Nous pouvons penser que différentes techniques non médicamenteuses sont proposées dans les USP, celles-ci s'inscrivant dans une prise en charge globale du patient. Cependant, il n'existe pas d'état des lieux de ces pratiques.

Le but de notre étude est de faire un état des lieux des pratiques non médicamenteuses dans les USP en France en 2019. Notre hypothèse principale est que les USP s'inscrivent dans une approche globale du patient en permettant un accès à de nombreuses techniques non médicamenteuses.

## **Matériel et méthodes**

### **Procédure**

Nous avons réalisé une analyse descriptive des pratiques non médicamenteuses, non exhaustive, proposée à l'ensemble des USP de France. Le recueil de données s'est effectué par un questionnaire, envoyé par mail à l'ensemble des USP référencées dans l'annuaire de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) [7]. Les USP pour lesquelles l'annuaire de la SFAP ne disposait pas d'un contact par mail ont été contactées par téléphone et le questionnaire a été envoyé par mail à la suite de ce contact téléphonique. La période d'investigation s'est étendue de mars à avril 2019. Les USP n'ayant pas répondu ont reçu une unique relance.

Le questionnaire comportait, dans une première partie, des questions descriptives concernant l'USP et le personnel soignant. Dans une seconde partie, une liste de techniques non médicamenteuses était proposée. Lorsque l'USP proposait cette technique aux patients hospitalisés, la personne interrogée accédait à une liste de questions concernant cette

technique en particulier. Si l'USP ne proposait pas cette technique, la personne interrogée accédait à la question concernant la technique non médicamenteuse suivante. Si l'USP proposait une technique non proposée dans la liste, la personne interrogée pouvait compléter une question spécifique (Annexe 1).

## **Analyse**

Nous avons analysé le nombre de techniques non médicamenteuses proposées par chaque USP. Les variables ont été analysées en fonction du personnel réalisant le soin (intervention d'un personnel extérieur ou membre de l'équipe soignante médicale ou paramédicale).

Étaient considérées comme techniques non médicamenteuses toutes les techniques ayant pour but de prendre en charge la souffrance physique, psychique, sociale et spirituelle des patients, conformément à la définition des soins palliatifs de la SFAP [1], sans prescription médicamenteuse.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Excel 2010 pour l'interprétation des statistiques et des pourcentages.

## **Effectifs soignants**

Les effectifs soignants ont été évalués en équivalent temps plein (ETP) pour 10 lits, et comparés aux recommandations de la circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs en France [4].

## **Résultats**

L'intégralité des USP de France répertoriées sur l'annuaire de la SFAP [7], soit 151 USP, a été sondée.

Sur l'ensemble des USP, aucun contact téléphonique ou mail n'a été possible pour 2,6% (n=4) des USP. Sur les 147 USP contactées, 16,3% (n=24) ont répondu au questionnaire lors du premier envoi, 22,4% (n=33) ont répondu à la suite de l'unique relance par mail, soit 38,7% (n=57) de réponses. 61,2% (n=90) n'ont pas répondu au questionnaire malgré la relance (figure 1).

### **Caractéristiques des USP répondantes**

Les différentes caractéristiques des USP testées sont décrites dans le tableau 1. Soixante-quatorze pourcents (n=42) des USP appartiennent à des structures publiques, 19% (n=11) appartiennent à des structures privées à but non lucratif, 7% (n=4) appartiennent à des structures privées à but lucratif. Le nombre de lits varie entre 5 et 36 lits avec une moyenne de 11,8 lits. Trente-trois pourcents (n=19) des USP répondantes ont plus de 20 ans, 25% (n=14) ont entre 10 et 20 ans, 25% (n=14) ont entre 5 et 10 ans, 18% (n=10) ont moins de 5 ans. La durée moyenne de séjour (DMS) est de 14,7 jours en moyenne avec une DMS minimale de 8,6 jours et une DMS maximale de 26,3 jours.

### **Personnel soignant**

Les caractéristiques en ETP pour 10 lits du personnel soignant sont décrites dans le tableau 2. Le nombre d'ETP médecin pour 10 lits est en moyenne de 1,71 avec un écart-type de 0,60. Le nombre d'ETP infirmière diplômée d'état (IDE) pour 10 lits est en moyenne de 7,85 avec un écart-type de 1,83. Le nombre d'ETP cadre de santé pour 10 lits est en moyenne de 0,63 avec un écart-type de 0,24. Le nombre d'ETP agent de service hospitalier (ASH) pour 10 lits est en moyenne de 1,24 avec un écart-type de 1,02. Le nombre d'ETP aide-soignant pour 10 lits est en moyenne de 7,83 avec un écart-type de 2,1. Le nombre d'ETP psychologue pour 10 lits est en moyenne de 0,62 avec un écart-type de 0,27.

Les recommandations du ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative de 2008 sont, pour 10 lits, de 2,5 ETP pour les médecins, de 9 ETP pour les IDE, de 1 ETP pour les cadres de santé, de 3,5 ETP pour les ASH, de 10 ETP pour les aides-soignants et de 1 ETP pour les psychologues [4].

## **Résultats**

La totalité des 57 USP répondantes propose l'accès à au-moins une technique non médicamenteuse. En moyenne, 8,58 techniques non médicamenteuses sont proposées par USP, avec un écart-type de 2,04. Le nombre de techniques non médicamenteuses varie de 5 à 14 techniques par USP (tableau 3).

La fréquence de chaque technique non médicamenteuse est indiquée dans le tableau 4. Il répertorie les techniques non médicamenteuses selon le personnel réalisant le soin au sein de l'unité. Le terme « membre interne à l'USP » correspond à un membre de l'équipe médicale ou paramédicale de l'USP ayant une formation complémentaire spécifique en technique non médicamenteuse. Les « intervenants extérieurs » correspondent aux personnes dont la technique non médicamenteuse proposée est l'activité principale et sont extérieures à l'équipe paramédicale ou médicale. Nous parlons « d'intervention mixte » quand les interventions sont réalisées par les deux types d'intervenants.

Certaines techniques non médicamenteuses sont proposées dans plus de la moitié des USP. C'est le cas de l'intervention de représentants de culte religieux et de l'intervention de bénévoles proposées dans 100% des USP (n=57), de la réalisation de toucher massage (89,5% des USP, n=51), de l'hypno-thérapie (82,5% des USP, n=47), des soins de socio-esthétique (70% des USP, n=40), de la relaxation (70% des USP, n=40), de l'aromathérapie (61,4% des USP, n=35) et de la balnéothérapie (56,1% des USP, n=32).

Certaines techniques non médicamenteuses sont pratiquées à plus de 75% par des intervenants extérieurs à l'USP. Il s'agit de l'intervention de bénévoles (100% d'intervenants extérieurs, n=57), de l'intervention de représentants de culte religieux (100% d'intervenants extérieurs, n=57), de l'art-thérapie (100% d'intervenants extérieurs, n=16), de l'ostéopathie (100% d'intervenants extérieurs, n=7), de la musicothérapie (85,7% d'intervenants extérieurs, n=6), de la biographie hospitalière (85,7% d'intervenants extérieurs, n=6), de l'art clownesque (80% d'intervenants extérieurs, n=4), de l'acupuncture (75% d'intervenants extérieurs, n=3) et de la psychomotricité (75% d'intervenants extérieurs, n=12).

D'autres techniques non médicamenteuses sont pratiquées à plus de 75% par le personnel médical ou paramédical de l'USP. Il s'agit de l'œnologie (100% par du personnel de l'USP, n=3), de la balnéothérapie (94% par du personnel de l'USP, n=30), du toucher-massage (92,2% par du personnel de l'USP, n=47), de la relaxation (87,5% par du personnel de l'USP, n=35), de l'hypno-thérapie (85,1% par du personnel de l'USP, n=40), et de l'aromathérapie (80% par du personnel de l'USP, n=28).

## **Discussion**

Toutes les USP répondantes proposent l'accès à au-moins une technique non médicamenteuse. Les USP proposent en moyenne 8,58 techniques non médicamenteuses différentes, dont certaines sont pratiquées majoritairement par le personnel médical et paramédical de l'USP. A l'inverse, d'autres techniques, comme l'art-thérapie ou la biographie hospitalière, sont majoritairement pratiquées par des intervenants extérieurs à l'USP. Ceci nous permet de conclure que la prise en charge des patients est multidisciplinaire et regroupe des professionnels aux compétences variées, conformément à la définition des USP. L'accompagnement au sein des USP ne se limite donc pas à la seule prise en charge de la douleur physique, mais également à celle des douleurs psychologique et spirituelle.

Les techniques majoritairement proposées sont des approches spirituelles, sociales et de confort, ce qui s'inscrit dans la prise en charge globale du patient définie par la SFAP [1].

Environ un tiers des patients traités pour un cancer auront recours à des techniques non médicamenteuses à un moment de leur prise en charge [8]. Ces techniques sont majoritairement utilisées pour l'anxiété, la douleur, les nausées, et la dyspnée [9], afin d'améliorer le confort du patient et donc sa qualité de vie.

Dans la littérature, on considère que jusqu'à 77% des patients en situation palliative présentent des symptômes anxieux [10]. En soins palliatifs, l'anxiété est rarement isolée et peut majorer d'autres symptômes comme la douleur ou la dyspnée. Des techniques comme l'hypnose ont un effet antalgique et entraînent une diminution de l'anxiété, de la dépression et des troubles du sommeil, conduisant à la diminution voire à l'arrêt de l'utilisation de benzodiazépines dans cette indication [11–13]. Les résultats intermédiaires d'une étude sur l'impact de la musicothérapie en soins palliatifs, agissant par contre-stimulation sensorielle, sur le ressenti douloureux pendant les soins complexes montrent une atténuation de la douleur de 10 à 50%, une décontraction musculaire et une diminution de l'anxiété [6]. Les techniques non médicamenteuses comme le toucher massage ou la sophrologie entraînent également une relaxation [14]. Certaines techniques, par un mécanisme de distraction, participent en partie au soulagement des symptômes. C'est notamment le cas de l'art-thérapie et de la médiation animale [15, 16].

Certaines techniques, comme l'art-thérapie ou la musicothérapie, permettent au patient de restaurer des relations humaines avec les soignants mais aussi avec leur famille en créant des temps de partage et d'échange [15, 17]. L'intervention d'un biographe hospitalier, par la réalisation d'un écrit retranscrivant un entretien avec le patient, permet la transmission de récits singuliers. L'intervention de bénévoles de soins palliatifs permet aux patients de

retrouver un lien avec la société, ce lien étant souvent mis de côté par la maladie [18]. Ces techniques permettent également au patient de réinvestir une dynamique de vie, mise à mal par la maladie [17].

Les techniques de psychomotricité, les soins de balnéothérapie, les soins de socio-esthétique laissent aux patients la possibilité de s'adapter à la modification de l'image de leur corps par la maladie et de se réapproprier leur schéma corporel [19].

L'accompagnement spirituel est apporté par les bénévoles et par les représentants de culte religieux [18], mais également par l'écoute apportée par les soignants professionnels ou non.

Si l'objectif de ces techniques est d'améliorer le confort du patient et de préserver sa qualité de vie, aucune technique ne conduit au confort global du patient. C'est pour cette raison qu'il est intéressant d'associer les techniques, ce qui explique peut-être le nombre important de techniques proposées dans les USP. Leur utilisation induit une diminution des symptômes d'inconfort, parfois dès la première séance, et leur utilisation est relativement simple et présente peu d'effets indésirables.

Nous ne disposons pas de données concernant la possibilité de bénéficier de techniques non médicamenteuses au sein d'un service hospitalier traditionnel. Il serait intéressant de pouvoir comparer leur utilisation avec un service de soins classique.

Concernant le personnel soignant, les ETP médicaux et paramédicaux sont en-deçà des recommandations du ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative [4]. Il serait intéressant de comparer les ETP d'un service hospitalier classique avec les ETP moyennes des USP. Ces recommandations, émises à titre indicatif, ne sont pas le reflet de la réalité de terrain des USP répondantes.

Notre étude a été confrontée à une limite principale, une partie des USP interrogées n'ayant pas souhaité participer à notre étude. Le recueil de données a donc été non exhaustif, ce qui influence les résultats de nos analyses.

Il est possible que certaines caractéristiques des USP, comme leur ancienneté, influencent l'accès aux techniques non médicamenteuses proposées aux patients hospitalisés. En effet, nous pouvons imaginer qu'une USP dont l'ouverture est ancienne aura, avec le temps, mis en place plus de techniques non médicamenteuses, en permettant aux équipes soignantes de se former, mais aussi en mettant en place des projets au long court avec du personnel extérieur à l'USP. De même, il est possible que le type de structure et le type de financement alloué au développement des techniques non médicamenteuses par les établissements hospitaliers influencent l'accès à ces techniques.

Il serait intéressant d'étudier l'influence de ces facteurs sur l'accès aux techniques non médicamenteuses lors d'une prochaine étude.

## **Conclusion**

Cette étude nous montre que l'accès aux techniques non médicamenteuses est possible dans la totalité des USP ayant répondu à notre questionnaire, et nous pouvons envisager qu'il en est de même dans toutes les USP françaises. Différentes techniques sont proposées dans chaque unité, permettant aux soignants de s'adapter aux besoins et aux souhaits des patients. Les approches non médicamenteuses regroupent des techniques de prise en charge de symptômes physiques, mais aussi de soutien psychologique, social ou spirituel, conformément à la définition des soins palliatifs émise par la SFAP [1].

Ces soins sont réalisés par les soignants de l'équipe médicale ou paramédicale, principalement pour les soins du quotidien, mais également par des soignants extérieurs à

l'USP, intervenant pour des techniques plus spécifiques, ce qui confirme le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge palliative.

Ces données nous permettent de conclure que les techniques non médicamenteuses sont proposées de façon étendue en France, et qu'elles s'intègrent à la prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients hospitalisés en USP.

L'accès aux USP est variable sur le territoire français. En effet, l'offre de soins palliatifs, répartie entre des lits identifiés de soins palliatifs (LISP), des USP, des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), des réseaux de soins palliatifs, dépend de dynamiques régionales différentes [20]. Les USP étant destinées aux patients présentant des complexités de prise en charge empêchant leur maintien dans des structures de soins classiques, un certain nombre de patients relevant des soins palliatifs ne seront jamais hospitalisés dans une USP. On peut donc se demander si l'accès aux techniques non médicamenteuses est identique pour tout patient relevant de soins palliatifs, quel que soit son niveau de complexité, et si l'utilisation de techniques non médicamenteuses est répandue dans les autres structures de soins palliatifs comme les LISP ou mise en œuvre par les EMSP.

### **Déclaration des liens d'intérêts**

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

## Références

1. Définition et organisation des soins palliatifs en France | SFAP - site internet. <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>. Accessed 6 Jul 2019
2. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Grant L, Hight G, Sheikh A (2010) Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: secondary analysis of serial qualitative interviews. *BMJ* 340:c2581
3. Clark D (1999) “Total pain”, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Soc Sci Med* 49:727–736
4. DHOS (2008) Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l’organisation des soins palliatifs.
5. Garza-Villarreal EA, Wilson AD, Vase L, Brattico E, Barrios FA, Jensen TS, Romero-Romo JI, Vuust P (2014) Music reduces pain and increases functional mobility in fibromyalgia. *Front Psychol*. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00090
6. Oppert C «Le pansement Schubert®»: contre-stimulation musicale lors d’actes douloureux.
7. Annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d’accompagnement | SFAP - site internet. <http://www.sfap.org/annuaire>. Accessed 2 Jul 2019
8. Ernst E, Cassileth BR (1998) The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review. *Cancer* 83:777–782
9. Pan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM (2000) Complementary and Alternative Medicine in the Management of Pain, Dyspnea, and Nausea and Vomiting Near the End of Life: A Systematic Review. 20:14
10. BIGORIO (2012) L’anxiété (angoisse) en fin de vie. Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse – Groupe d’experts de palliative ch Un projet mené dans le cadre de l’amélioration de la qualité des soins palliatifs en Suisse. *Palliative ch*
11. Lioffi C, White P (2001) Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients. *Contemp Hypnosis* 18:145–160
12. Plaskota M, Lucas C, Evans R, Pizzoferro K, Saini T, Cook K (2012) A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 18:69–75
13. Peynovska DR, Fisher DJ, Oliver DD, Mathew VM (2005) Efficacy of Hypnotherapy as a supplement therapy in Cancer Intervention. 6:6
14. Netgen Anxiété dans le cadre de soins palliatifs. In: *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-85/31735>. Accessed 2 Jul 2019

15. Rhondali W, Chirac A, Filbet M (2013) L'art-thérapie en soins palliatifs : une étude qualitative. *Médecine Palliative: Soins de Support - Accompagnement - Éthique* 12:279–285
16. Maurer M, Delfour F, Adrien J-L (2008) Analyse de dix recherches sur la thérapie assistée par l'animal : quelle méthodologie pour quels effets ? *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation* 28:153–159
17. Oppert C, Mallet D, Gomas J-M Paroles de patients en soins palliatifs. 15:13
18. Chapron F, Sazilly FD, Lemaitre A (2012) Bénévoles d'accompagnement au sein d'un réseau de soins palliatifs à domicile, une histoire de partenariat. Jusqu'à la mort accompagner la vie n° 110:73–82
19. Gaucher-Hamoudi O, Guiose M, Richard M-S (2007) Soins palliatifs et psychomotricité. Heures de France, Paris
20. Morin L, Aubry R (2015) Accessibilité de l'offre de soins palliatifs à l'hôpital en France : de fortes inégalités entre régions. *Médecine Palliative: Soins de Support - Accompagnement - Éthique* 14:142–151

## Tableaux + figures

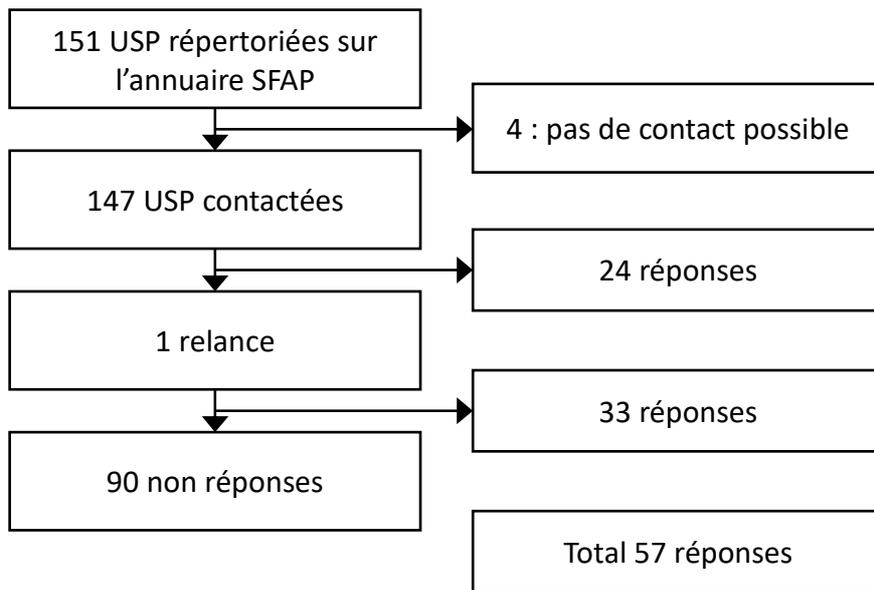


Figure 1: diagramme de flux des structures répondantes

Figure 1: flow chart of the responding structures

*USP : unité de soins palliatifs, SFAP : société française d'accompagnement et de soins palliatifs*

Caractéristiques des USP		
Type de structure		
Privée à but lucratif	4	(7%)
Privée à but non lucratif	11	(19%)
Publique	42	(74%)
Nombre de lits		
Moyen	11,8	
Minimum	5	
Maximum	36	
Année depuis l'ouverture de l'unité		
Plus de 20 ans	19	(33%)
Entre 10 et 20 ans	14	(25%)
Entre 5 et 10 ans	14	(25%)
Moins de 5 ans	10	(18%)
Durée moyenne de séjour		
Moyen	14,7	
Minimum	8,6	
Maximum	26,3	

Tableau 1: caractéristiques des USP répondantes

Table 1: Characteristics of responding PCUs

*USP : unité de soins palliatifs*

Caractéristiques en ETP pour 10 lits	
ETP médecin	
Recommandation ministérielle	2,5
Moyen	1,71
Écart type	0,60
ETP IDE	
Recommandation ministérielle	9
Moyen	7,85
Écart type	1,83
ETP cadre	
Recommandation ministérielle	1
Moyen	0,63
Écart type	0,24
ETP ASH	
Recommandation ministérielle	3,5
Moyen	1,24
Écart type	1,02
ETP aide-soignant	
Recommandation ministérielle	10
Moyen	7,83
Écart type	2,1
ETP psychologue	
Recommandation ministérielle	1
Moyen	0,62
Écart type	0,27

Tableau 2 : caractéristiques du personnel soignant en ETP pour 10 lits

Table 2 : Characteristics of full-time equivalent caregivers per 10 beds

*ETP : équivalent temps plein, IDE : infirmière diplômée d'état, ASH : agent de service hospitalier*

Nombre d'interventions non médicamenteuses	
Moyenne	8,58
Médiane	9
Écart type	2,04
Minimum	5
Maximum	14

Tableau 3 : nombre d'interventions non médicamenteuses sur l'ensemble des USP répondantes

Table 3: Number of non-medicated interventions on all responding PCUs

	Nb total	% /USP	Nb interne	%	Nb extérieur	%	Nb mixte	%
<b>Intervention &gt;75% par intervenants extérieures par fréquence</b>								
Religion	57	100%	0	0%	57	100%	0	0%
Bénévoles	57	100%	0	0%	57	100%	0	0%
Art thérapie	16	28%	0	0%	16	100%	0	0%
Ostéopathe	7	12,3%	0	0%	7	100%	0	0%
Musicothérapie	21	36,8%	2	9,5%	18	85,7%	1	4,7%
Biographe	7	12,3%	1	14,3%	6	85,7%	0	0%
Clown	5	8,8%	1	20%	4	80%	0	0%
Acupuncture	4	7%	1	25%	3	75%	0	0%
Psychomotricien	16	28%	4	25%	12	75%	0	0%
<b>Interventions mixtes par fréquence</b>								
Socio esthéticienne	40	70%	8	20%	28	70%	4	10%
Médiation animale	10	17,5%	4	40%	5	50%	1	10%
Sophrologie	21	36,8%	11	52,4%	10	47,6%	3	14,2%
Réflexologie	20	35%	14	70%	6	30%	0	0%
<b>Interventions &gt;75% interne</b>								
Œnologie	3	5,3%	3	100%	0	0%	0	0%
Balnéothérapie	32	56,1%	30	94 %	1	3%	1	3%
Toucher massage	51	89,5%	47	92,2%	1	1,9%	3	5,8%
Relaxation	40	70%	35	87,5%	2	5%	3	7,5%
Hypno thérapie	47	82,5%	40	85,1%	4	8,5%	3	6,4%
Aromathérapie	35	61,4%	28	80%	5	14,3%	2	5,7%

Tableau 4 : fréquence des techniques non médicamenteuses et répartition selon l'intervenant réalisant le soin

Table 4: Frequency of complementary therapies and distribution by provider of care