

La planification anticipée des soins en maison de repos : étude qualitative exploratoire de son intégration dans la pratique infirmière au sein du groupe Intersénior

Auteur : Chiwy, Shannon

Promoteur(s) : 30581; Bodson, Oriane

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/25493>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**La planification anticipée des soins en maison de
repos : étude qualitative exploratoire de son
intégration dans la pratique infirmière au sein du
groupe Intersénieurs**

Mémoire présenté par **Shannon CHIWY**
En vue de l'obtention du grade de Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique
Année académique 2025 - 2026

**La planification anticipée des soins en maison de
repos : étude qualitative exploratoire de son
intégration dans la pratique infirmière au sein du
groupe Intersénieurs**

Mémoire présenté par **Shannon CHIWY**

En vue de l'obtention du grade de Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique 2025 - 2026

Promotrice : Mme Hélène Coussement

Co-promotrice : Dr Oriane Bodson

Engagement de non plagiat.

Je soussignée, CHIWY Shannon
Matricule étudiant : S227113

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement consciente que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 21 mai 2026

Signature



Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement Madame Hélène Coussement, promotrice de ce mémoire et directrice des soins chez Intersénior, pour sa confiance, sa présence et son soutien tout au long de ce projet. Je la remercie de m'avoir donné l'opportunité de mener cette recherche sur un sujet qui me tient particulièrement à cœur, ainsi que pour l'intérêt qu'elle y a porté. Je la remercie également pour sa disponibilité, ses conseils et sa bienveillance.

Je tiens tout autant à remercier Docteure Oriane Bodson, co-promotrice de ce mémoire, pour son accompagnement méthodologique, sa présence et ses retours tout au long de ce projet. Ses conseils, ses encouragements et son suivi régulier m'ont aidée à structurer ma réflexion et à enrichir ce mémoire.

Je tiens ensuite à remercier sincèrement les infirmiers et les infirmières en chef des différentes maisons de repos du groupe Intersénior. Je les remercie pour leur accueil, le temps qu'ils m'ont accordé et la richesse de leurs partages. Leurs témoignages ont constitué la base de cette recherche.

Je remercie également les personnes impliquées dans ce master en sciences de la santé publique, ainsi que celles rencontrées au cours de celui-ci, avec qui j'ai partagé de nombreux moments d'échanges et de réflexion.

Je remercie tout particulièrement mon mari, mes enfants et mes parents, dont la présence et le soutien m'ont été d'une aide précieuse tout au long de ce parcours. Je remercie également ma famille, mes amies et mes collègues pour leurs encouragements et leur présence au cours de ces derniers mois.

Enfin, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Réaliser ce mémoire a été une expérience particulièrement enrichissante, tant sur le plan personnel que professionnel. Cette recherche m'a permis d'approfondir ma réflexion sur la planification anticipée des soins et sur les enjeux liés à sa mise en œuvre dans la pratique infirmière. J'espère qu'elle pourra, à son échelle, être utile au sein des maisons de repos du groupe Intersénior en soutenant la réflexion sur les pratiques.

Table des matières

PREAMBULE.....	1
INTRODUCTION	2
1. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LES ENJEUX POUR LES SYSTEMES DE SANTE	2
2. LES MAISONS DE REPOS.....	3
3. LES SOINS PALLIATIFS.....	3
4. LA PLANIFICATION ANTICIPEE DES SOINS.....	4
5. L'INTEGRATION DE LA PLANIFICATION ANTICIPEE DES SOINS EN MAISON DE REPOS.....	5
6. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	6
7. CADRE THEORIQUE MOBILISE : LE MODELE COM-B	7
MATERIEL ET METHODES	7
1. CHOIX METHODOLOGIQUE ET TYPE D'ETUDE.....	7
2. POPULATION ET RECRUTEMENT.....	7
3. OUTILS ET ORGANISATION DE LA COLLECTE DES DONNEES	8
3.1. <i>Guide d'entretien</i>	8
3.2. <i>Déroulement des entretiens</i>	8
4. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES.....	9
5. CONFIDENTIALITE ET ACCORD DU COMITE D'ÉTHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE.....	9
RESULTATS	9
1. CAPACITES DES INFIRMIERS	11
1.1. <i>Une connaissance et une compréhension inégales, malgré des pratiques existantes</i>	11
1.2. <i>Une formation spécifique limitée</i>	11
1.3. <i>Des compétences principalement construites par l'expérience</i>	12
1.4. <i>L'importance de l'observation et de la connaissance du résident</i>	13
1.5. <i>Le rôle central des compétences relationnelles et de la communication</i>	13
2. OPPORTUNITES LIEES AU CONTEXTE	14
2.1. <i>Une démarche souvent initiée tardivement</i>	14
2.2. <i>Des contraintes organisationnelles et un manque de temps dans la pratique</i>	15
2.3. <i>Des outils jugés incomplets et des informations parfois peu accessibles</i>	15
2.4. <i>Une place centrale des infirmières en chef dans la coordination</i>	16
2.5. <i>Une place centrale du médecin et une dépendance dans la prise de décision</i>	17
2.6. <i>Une place variable du résident</i>	18
2.7. <i>Une place ambivalente de la famille</i>	19
2.8. <i>Le recours à l'équipe de seconde ligne Delta</i>	20
2.9. <i>Une connaissance variable de la consultation spécifique chez les infirmiers</i>	21
3. MOTIVATION DES INFIRMIERS	21
3.1. <i>Une perception positive de son utilité dans la pratique</i>	21

3.2. Des valeurs centrées sur le respect du résident	22
3.3. Des convictions personnelles présentes	22
3.4. Une pratique mise à l'épreuve par l'incertitude et le poids de la responsabilité.....	22
3.5. Une charge émotionnelle forte	22
3.6. Un effet apaisant de l'anticipation	23
DISCUSSION	23
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	31
PERSPECTIVES	33
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE.....	36
ANNEXES	42
1. LE GUIDE D'ENTRETIEN	42
2. L'ACCORD DU COMITE ÉTHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE DE L'UNIVERSITE DE LIEGE	45
3. LE DOCUMENT INSTITUTIONNEL « DECLARATIONS DE VOLONTE »	47

Résumé

Introduction : Avec le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, les situations de fin de vie sont fréquentes en maison de repos. La planification anticipée des soins permet de mieux respecter les souhaits des résidents et d'orienter les décisions de soins. En pratique, son utilisation reste variable selon les situations et les équipes. Cette étude vise à mieux comprendre la manière dont la planification anticipée des soins est vécue dans la pratique infirmière en maison de repos.

Matériel et méthodes : Cette étude repose sur une approche qualitative. Quinze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'infirmiers et d'infirmières en chef travaillant dans les maisons de repos et de soins du groupe Interséniors. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Ils ont ensuite été analysés à l'aide du modèle COM-B, centré sur les capacités, les opportunités et la motivation, afin de mieux comprendre les facteurs qui influencent sa mise en œuvre dans la pratique quotidienne.

Résultats : La compréhension du terme « planification anticipée des soins » varie d'un infirmier à l'autre. Certains l'associent principalement à l'organisation quotidienne des soins et non à une démarche anticipative centrée sur les préférences du résident. Les infirmiers évoquent également des niveaux de connaissances variables ainsi qu'un manque de formations spécifiques sur le sujet. Beaucoup soulignent que c'est principalement l'expérience acquise sur le terrain qui les aide à se sentir plus à l'aise avec cette pratique. Le manque de temps, les contraintes organisationnelles et certaines difficultés de communication conduisent fréquemment à une gestion réactive des situations plutôt qu'anticipative. Les infirmières en chef jouent un rôle central dans cette démarche, tandis que la collaboration avec les médecins généralistes est perçue comme variable selon les contextes. Malgré ces difficultés, la planification anticipée des soins est considérée par les infirmiers comme une composante essentielle de leur pratique quotidienne.

Conclusion : La planification anticipée des soins est encore peu intégrée en maison de repos. Mieux accompagner les équipes, avec une organisation plus claire et des documents plus adaptés au terrain, pourrait aider à soutenir cette démarche au quotidien.

Mots-clés : planification anticipée des soins, *advance care planning*, infirmiers, maisons de repos, soins palliatifs.

Abstract

Introduction: With an aging population and an increase in chronic diseases, end-of-life situations are common in nursing homes. Advance care planning helps ensure that residents' wishes are better respected and guides care decisions. In practice, its use varies depending on the situation and the team. This study aims to better understand how advance care planning is experienced in nursing practice in nursing homes.

Materials and methods: This study is based on a qualitative approach. Fifteen semi-structured interviews were conducted with nurses and head nurses working in the nursing homes of the Intersénieurs group. The interviews were conducted until data saturation was reached. They were then analyzed using the COM-B model—which focuses on capabilities, opportunities, and motivation—to better understand the factors influencing its implementation in daily practice.

Results: Understanding of the term “advance care planning” varies from one nurse to another. Some associate it primarily with the day-to-day organization of care rather than with a proactive approach centered on the resident's preferences. Nurses also mention varying levels of knowledge as well as a lack of specific training on the subject. Many emphasize that it is primarily experience gained on the job that helps them feel more comfortable with this practice. Time constraints, organizational pressures, and certain communication challenges frequently lead to a reactive rather than proactive approach to managing situations. Head nurses play a central role in this approach, while collaboration with general practitioners is perceived as varying depending on the context. Despite these challenges, advance care planning is considered by nurses to be an essential component of their daily practice.

Conclusion: Advance care planning is still not widely implemented in nursing homes. Providing better support to staff—through clearer organizational structures and documents that are more practical for everyday use—could help facilitate this process on a daily basis.

Keywords: advance care planning, nurses, nursing homes, palliative care

Liste des abréviations

ACP : *Advance Care Planning*

AViQ : Agence pour une Vie de Qualité

CHBA : Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye

COM-B : *Capability, Opportunity, Motivation - Behaviour*

CPAS : Centre public d'action sociale

INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité

MR : Maison de repos

MRS : Maison de repos et de soins

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PICT : *Palliative Care Indicators Tool*

PSPA : Projet de soins personnalisés et anticipés

RGPD : Règlement général sur la protection des données

UE : Union européenne

Liste des figures

FIGURE 1: SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX FACTEURS INFLUENÇANT L'INTÉGRATION DE LA PLANIFICATION ANTICIPÉE DES SOINS EN MAISON DE REPOS, ORGANISÉE SELON LES DIMENSIONS DU MODÈLE COM-B.	10
--	----

Préambule

J'ai débuté ma carrière d'infirmière en maison de repos, un milieu dans lequel je me suis rapidement sentie à ma place. J'y ai découvert combien l'accompagnement des personnes âgées pouvait être riche sur le plan humain, en particulier en fin de vie. Assez rapidement, j'ai eu la chance de travailler en unité de soins palliatifs après m'être formée dans ce domaine. Ces expériences ont renforcé ma conviction de l'importance de prendre le temps de discuter, de réfléchir et de respecter les souhaits de la personne, tout en veillant à son confort.

Je garde aussi en mémoire de nombreuses situations vécues auprès des résidents et de leurs familles. Je me souviens notamment d'un résident en maison de repos qui avait choisi l'euthanasie et que j'ai accompagné. Tout avait été anticipé et discuté en amont, ce qui a permis que ce moment se déroule dans une grande sérénité, pour le résident comme pour l'équipe soignante. Cette expérience a renforcé ma conviction de l'importance d'aborder avec les résidents leurs souhaits et leurs volontés concernant leur fin de vie. Chaque personne peut avoir des attentes, des valeurs et des choix différents.

Au fil des années, j'ai constaté que certaines situations de fin de vie peuvent mettre les équipes en difficulté lorsque les souhaits de la personne ne sont pas clairement connus. Ces situations peuvent être source d'incertitude, de questionnements et parfois de tensions, tant pour les professionnels de la santé que pour les familles.

C'est cette réalité qui m'a donné envie de mieux comprendre comment ces situations sont vécues au quotidien par les infirmiers en maison de repos, mais aussi de réfléchir à la manière dont la planification anticipée des soins peut contribuer à mieux accompagner les résidents, leurs proches et les équipes soignantes.

À travers ce mémoire, j'ai également souhaité faire le lien entre mon expérience infirmière, les réflexions abordées durant ce master en sciences de la santé publique, mon intérêt pour le management des institutions de soins et les enjeux liés au vieillissement de la population et à la fin de vie.

Ce mémoire autour de la planification anticipée des soins représente ainsi pour moi une démarche particulièrement porteuse de sens, tant sur le plan professionnel que personnel.

Introduction

1. Le vieillissement de la population et les enjeux pour les systèmes de santé

Le vieillissement de la population constitue aujourd'hui l'une des principales transformations démographiques auxquelles sont confrontés les systèmes de santé à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait passer d'environ 1 milliard en 2020 à 1,4 milliard en 2030, puis à 2,1 milliards en 2050 (1). D'ici 2030, une personne sur six dans le monde aura plus de 60 ans (1). Cette évolution démographique s'accompagne également d'une augmentation de l'espérance de vie, estimée à 73 ans dans le monde en 2024 (2). Cette augmentation de l'espérance de vie ne signifie toutefois pas que les années supplémentaires sont toutes vécues en bonne santé (2).

Comme à l'échelle mondiale, cette transformation démographique est également visible en Belgique. Au 1er janvier 2025, le pays comptait environ 2,4 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, soit près de 20 % de la population (3). Les projections démographiques indiquent que cette proportion pourrait atteindre près de 27 % d'ici 2070 (4). Le nombre de personnes très âgées devrait également continuer à augmenter, de même que l'espérance de vie (4,5).

En Wallonie, l'espérance devrait aussi progresser, tout en restant légèrement inférieure à la moyenne nationale (6).

Si cette évolution reflète les progrès médicaux, l'amélioration des conditions de vie et les avancées de la santé publique (1), elle s'accompagne également d'une augmentation des maladies chroniques, des situations de multimorbidité, de dépendance et de fragilité. Les besoins en soins et en accompagnement tendent ainsi à augmenter (1).

Le vieillissement de la population soulève dès lors des enjeux majeurs en matière de qualité, d'accessibilité et de continuité des soins, d'inégalités sociales de santé et de soutenabilité financière des systèmes de santé (7).

Dans ce contexte, l'Organisation mondiale de la Santé souligne la nécessité d'adapter les systèmes de santé aux besoins des personnes âgées, à travers le développement des soins de longue durée, le renforcement des soins intégrés et une meilleure coordination entre les acteurs sanitaires et sociaux (8).

Ces enjeux concernent particulièrement les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, tels que les maisons de repos.

2. Les maisons de repos

Dans ce contexte de transition démographique et épidémiologique, les maisons de repos occupent une place centrale dans l'accompagnement des personnes âgées. Elles accueillent principalement des personnes en perte d'autonomie, qui ne peuvent plus vivre de manière totalement indépendante à domicile et qui nécessitent une aide dans les activités de la vie quotidienne ainsi qu'un accompagnement médical, infirmier et psychosocial (9).

En Belgique, près d'une personne sur quatre âgée de 85 ans ou plus vit dans une maison de repos (10). L'agrément et le fonctionnement de ces établissements relèvent des compétences régionales (11). En Wallonie, environ 50 000 places sont disponibles dans les maisons de repos (12).

Ces établissements comportent des lits de maisons de repos (« lits MR »), destinés aux personnes âgées nécessitant principalement un hébergement et un accompagnement au quotidien, ainsi que des lits de maisons de repos et de soins (« lits MRS »), réservés aux résidents présentant une dépendance plus importante et des besoins en soins plus élevés (12).

Cette distinction repose sur le niveau de dépendance des résidents, évalué à l'aide de l'échelle de Katz (9,10). En Wallonie, les maisons de repos sont encadrées par le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, qui définit notamment les conditions liées à l'hébergement, aux soins et à l'accompagnement des résidents, dans le respect de leur dignité et de leurs droits (11).

Les personnes accueillies en maison de repos peuvent présenter un profil de plus en plus complexe, marqué par une dépendance accrue, des maladies chroniques avancées, des troubles cognitifs fréquents et un âge plus avancé. Les maisons de repos ne constituent donc pas uniquement des lieux de vie, mais aussi des lieux où l'accompagnement de la fin de vie occupe une place centrale, puisqu'une proportion importante de décès de personnes âgées y survient chaque année (13). Cette réalité met en évidence l'importance d'anticiper les décisions de soins, de prendre en compte les souhaits des résidents et de garantir un accompagnement adapté en fin de vie.

3. Les soins palliatifs

Le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques s'accompagnent d'une hausse des besoins en soins et en accompagnement, notamment en fin de vie. En maison de repos, les résidents présentent souvent des situations de santé complexes et une perte d'autonomie importante (1,14). Ces situations nécessitent une approche globale, attentive au confort, à la qualité de vie et aux besoins des résidents. Dans ce contexte, les soins

palliatifs jouent un rôle essentiel. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, ils reposent sur une approche globale prenant en compte les dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles (15).

Les soins palliatifs représentent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique (15). L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'environ 56,8 millions de personnes dans le monde pourraient en avoir besoin chaque année (15). Elle encourage leur intégration dans les systèmes de santé, notamment par une meilleure accessibilité et par la formation des professionnels de la santé (15).

Plusieurs études montrent que les soins palliatifs peuvent améliorer la qualité de vie des personnes concernées, surtout lorsque la maladie est à un stade avancé (16–18). Ils contribuent également à soulager certains symptômes physiques et psychologiques (17,19) et à soutenir les proches (20). Certaines études suggèrent aussi qu'ils pourraient réduire les hospitalisations en fin de vie et avoir un impact sur les coûts de santé, même si les effets observés restent variables selon les situations et les populations concernées (14,18).

En Belgique, les soins palliatifs sont encadrés par la loi relative aux soins palliatifs, adoptée en 2002 et modifiée en 2016 afin de permettre une intégration plus précoce des soins palliatifs dans le parcours de soins, au-delà des seules situations de fin de vie (21). Cette évolution s'inscrit dans une approche centrée sur la personne et sur le respect de ses souhaits.

Par ailleurs, la loi relative aux droits du patient, adoptée en 2002 et modifiée en 2024, reconnaît à toute personne le droit à l'information, au consentement libre et éclairé ainsi que le droit de refuser un traitement (22). Ces principes sont particulièrement importants en soins palliatifs, où le respect de l'autonomie de la personne et la prise en compte de ses préférences occupent une place centrale.

En maison de repos et de soins, le respect de ces principes nécessite une collaboration entre les différents professionnels de la santé. En Wallonie, le médecin coordinateur et les infirmiers en chef participent notamment à la coordination des soins, au soutien des équipes et à la prise en compte des souhaits du résident (23).

4. La planification anticipée des soins

Dans cette même logique, la planification anticipée des soins, appelée *advance care planning* (ACP) dans la littérature internationale, s'inscrit dans l'approche palliative. Elle permet à la personne de réfléchir à ses souhaits concernant ses soins futurs, notamment en cas

d'aggravation de son état de santé, afin d'orienter les décisions thérapeutiques en fin de vie (24).

Reposant sur un processus de communication entre la personne, ses proches et les professionnels de la santé à propos des soins futurs, y compris en fin de vie (24), elle contribue à exprimer et à consigner les préférences de la personne, à faciliter la coordination entre les intervenants et à réduire l'incertitude décisionnelle dans les situations complexes (25–27). Elle peut également contribuer à améliorer la qualité des soins en favorisant une approche davantage centrée sur la personne et une meilleure adéquation des soins aux besoins et aux souhaits exprimés (26,27).

Depuis le 1er novembre 2022, une consultation médicale dédiée à la planification anticipée des soins est remboursée en Belgique par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) pour les patients identifiés comme palliatifs. Cette identification s'appuie sur l'utilisation du PICT (*Palliative Care Indicators Tool*), un outil permettant de repérer plus précocement les personnes susceptibles de bénéficier d'une approche palliative (24,28).

Parallèlement à cette mesure, le projet de soins personnalisés et anticipés (PSPA), développé par Pallium, la plateforme de concertation en soins palliatifs du Brabant wallon, a également été mis en place afin de soutenir la planification anticipée des soins en pratique (29). Il vise à soutenir la réflexion autour des souhaits de soins futurs de la personne, en concertation avec ses proches et les professionnels de la santé (29).

Au-delà de l'évolution du cadre légal des soins palliatifs et des dispositifs visant à soutenir la planification anticipée des soins, la mise en œuvre de cette démarche en maison de repos repose sur une collaboration entre différents professionnels de la santé. Les infirmiers y occupent une place importante en raison de leur proximité avec les résidents et leurs proches.

5. L'intégration de la planification anticipée des soins en maison de repos

Malgré les bénéfices reconnus de la planification anticipée des soins, son intégration en maison de repos reste variable à l'échelle internationale (30). Elle dépend de nombreux facteurs liés aux professionnels de la santé, à l'organisation des soins et au contexte institutionnel (30).

Ces constats se retrouvent également en Belgique. Plusieurs études menées principalement en Flandre montrent que les discussions sur les souhaits et les préférences de soins des résidents ne sont pas systématiques et que cette démarche est rarement abordée de manière

précoce, malgré l'existence, dans de nombreux établissements, de politiques institutionnelles et d'outils visant à formaliser la planification anticipée des soins (31).

Face à ces difficultés d'intégration de la planification anticipée des soins, les infirmiers occupent une place importante dans sa mise en œuvre. Leur présence quotidienne auprès des résidents et de leurs proches leur permet notamment de repérer l'évolution de l'état de santé du résident et de faciliter les échanges autour des souhaits concernant les soins futurs (31,32). Même si la formalisation de la planification anticipée des soins relève généralement du médecin généraliste, les infirmiers participent activement à cette démarche en transmettant les informations pertinentes, en soutenant les échanges avec les résidents et leurs familles et en veillant à ce que les souhaits exprimés soient pris en compte dans les soins quotidiens. Ils contribuent ainsi à la coordination des soins et à l'anticipation des décisions thérapeutiques, notamment en fin de vie (33,34). Une étude menée dans des maisons de repos belges a montré une implication particulièrement importante des infirmiers dans les discussions et la formalisation de la planification anticipée des soins (35).

À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées spécifiquement à la manière dont les infirmiers vivent et mettent en œuvre la planification anticipée des soins en maison de repos, notamment en Wallonie. En Belgique, les recherches disponibles ont été réalisées principalement en Flandre.

6. Question de recherche et objectifs

Ces constats soulignent l'intérêt d'explorer plus spécifiquement la manière dont les infirmiers perçoivent et mettent en œuvre la planification anticipée des soins dans leur pratique quotidienne en maison de repos.

La question de recherche est la suivante : « Comment la planification anticipée des soins est-elle vécue et intégrée dans la pratique quotidienne des infirmiers en maison de repos en Wallonie ? »

Plus spécifiquement, cette recherche vise à comprendre comment la planification anticipée des soins s'intègre concrètement dans les maisons de repos, à explorer la manière dont les infirmiers la vivent et la perçoivent, ainsi qu'à identifier les leviers et les obstacles rencontrés dans la pratique. Elle s'intéresse également aux changements perçus depuis l'introduction, en novembre 2022, du remboursement par l'INAMI d'une consultation médicale dédiée à la planification anticipée des soins (24). Enfin, elle vise à explorer des pistes d'amélioration

susceptibles de soutenir l'intégration de la planification anticipée des soins dans les maisons de repos wallonnes.

7. Cadre théorique mobilisé : le modèle COM-B

Afin d'analyser les pratiques infirmières liées à la planification anticipée des soins en maison de repos, le modèle COM-B, développé par Susan Michie et ses collaborateurs (36), a été mobilisé. Il considère le comportement comme le résultat de l'interaction entre trois composantes : les capacités, qui renvoient aux connaissances et aux compétences ; les opportunités, liées aux facteurs environnementaux et organisationnels ; et la motivation (36). Ce cadre théorique a permis de structurer la collecte et l'analyse des données autour des différents facteurs susceptibles d'influencer la mise en œuvre de la planification anticipée des soins en maison de repos.

À notre connaissance, le modèle COM-B n'a pas encore été mobilisé dans les études consacrées à la planification anticipée des soins en maison de repos, bien qu'il soit largement utilisé en santé publique pour étudier les facteurs influençant les pratiques. Les études consacrées à la planification anticipée des soins mettent toutefois fréquemment en évidence, de manière explicite ou implicite, des facteurs liés aux connaissances et aux compétences des professionnels de la santé, aux conditions organisationnelles et à leur motivation, ce qui soutient la pertinence du recours à ce cadre théorique.

Matériel et méthodes

1. Choix méthodologique et type d'étude

Cette étude s'inscrit dans une démarche qualitative exploratoire et descriptive visant à explorer les perceptions, les représentations et les ressentis des infirmiers concernant la planification anticipée des soins en maison de repos.

2. Population et recrutement

L'étude a été menée au sein des maisons de repos et de soins du groupe Interséniors, une intercommunale créée en 2008 à l'initiative de communes et de Centres publics d'action sociale (CPAS) de la région liégeoise, en partenariat avec le Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye (CHBA) (37). Elle regroupe actuellement 9 maisons de repos et de soins, avec une capacité d'hébergement de 791 lits, et a pour mission d'offrir un accompagnement de qualité, coordonné et centré sur les besoins des résidents (37).

La population étudiée comprend 15 infirmiers, dont 5 infirmières en chef, travaillant dans 6 maisons de repos du groupe Interséniors. Les trois autres établissements n'ont pas été inclus

en raison de la fermeture temporaire de l'un d'entre eux et du fonctionnement plus indépendant des deux autres.

Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient les suivants : être infirmier ou infirmier en chef au sein d'une maison de repos du groupe Intersénior, participer volontairement à l'étude après avoir reçu les informations nécessaires et signé le consentement éclairé, et accepter l'enregistrement de l'entretien. Les infirmiers ne maîtrisant pas suffisamment le français ont été exclus.

Un échantillonnage raisonné a été utilisé afin de sélectionner des infirmiers susceptibles d'apporter des informations variées et pertinentes en lien avec la question de recherche. Le recueil des données s'est poursuivi jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que les entretiens n'apportent plus d'éléments nouveaux.

Le recrutement des infirmiers s'est déroulé principalement par l'intermédiaire des infirmières en chef des maisons de repos. Selon les situations, elles ont suggéré certains infirmiers ou une autre infirmière en chef susceptibles de souhaiter participer à l'étude, ou ont proposé d'y participer elles-mêmes. Chaque personne a ensuite été contactée individuellement afin de lui présenter les objectifs et les modalités de l'étude. Si elle acceptait de participer, un rendez-vous était fixé. Le formulaire de consentement éclairé a été signé au début de chaque entretien.

3. Outils et organisation de la collecte des données

Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-directifs portant sur la planification anticipée des soins et son intégration dans la pratique quotidienne des infirmiers en maison de repos.

3.1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (présenté en annexe n°1) a été construit à partir du modèle théorique COM-B, en lien avec la question de recherche et les objectifs de l'étude. Des questions ouvertes ont été formulées afin de permettre aux infirmiers de s'exprimer librement sur leur vécu. Une première version du guide a été pré-testée, puis ajustée. Un second pré-test a ensuite permis d'en améliorer la clarté et la pertinence.

3.2. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans un environnement calme, propice à l'échange, principalement en présentiel au sein des maisons de repos. Deux entretiens ont été menés par téléphone afin de s'adapter aux contraintes organisationnelles des infirmiers. Les entretiens

ont duré entre 20 minutes et une heure et cinq minutes. Avec l'accord des infirmiers, ils ont été enregistrés afin de garantir une retranscription fidèle des propos recueillis.

4. Traitement et analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits de manière anonymisée, puis analysés selon une approche thématique (38). Cette méthode a permis d'identifier et d'organiser les éléments récurrents dans les discours des infirmiers afin de faire émerger des thèmes en lien avec la question de recherche.

L'analyse s'est déroulée de manière itérative. Après une lecture approfondie des verbatims, les éléments significatifs ont été identifiés, puis regroupés en catégories progressivement affinées en thèmes. Des allers-retours réguliers entre les données et les catégories ont permis de faire évoluer l'analyse.

5. Confidentialité et accord du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

La confidentialité des données a été assurée tout au long de l'étude, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) (39). Seules les données nécessaires à la recherche ont été collectées. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des infirmiers, retranscrits de manière anonymisée, puis supprimés dès leur retranscription.

Les données ont été conservées sur un support sécurisé accessible uniquement à la chercheuse et utilisées exclusivement à des fins de recherche. Les infirmiers ont également été invités à ne pas mentionner de noms de résidents, de collègues ou d'établissements au cours des entretiens.

Cette étude a été soumise au Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire de l'Université de Liège le 2 décembre 2025 (référence 2025/640). Le Comité n'a émis aucune objection à sa réalisation, l'étude n'entrant pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (40). L'avis favorable est disponible en annexe n°2.

Résultats

Les entretiens ont été analysés à l'aide d'une approche thématique fondée sur l'identification des thèmes récurrents dans les discours des infirmiers participant à l'étude, puis organisés selon les différentes dimensions du modèle théorique COM-B. Cette démarche a permis de structurer les résultats autour des capacités des infirmiers, des opportunités liées au contexte et de leur motivation à s'y engager. La figure 1 présente une synthèse des principaux résultats de cette étude.

Synthèse des résultats – modèle COM-B

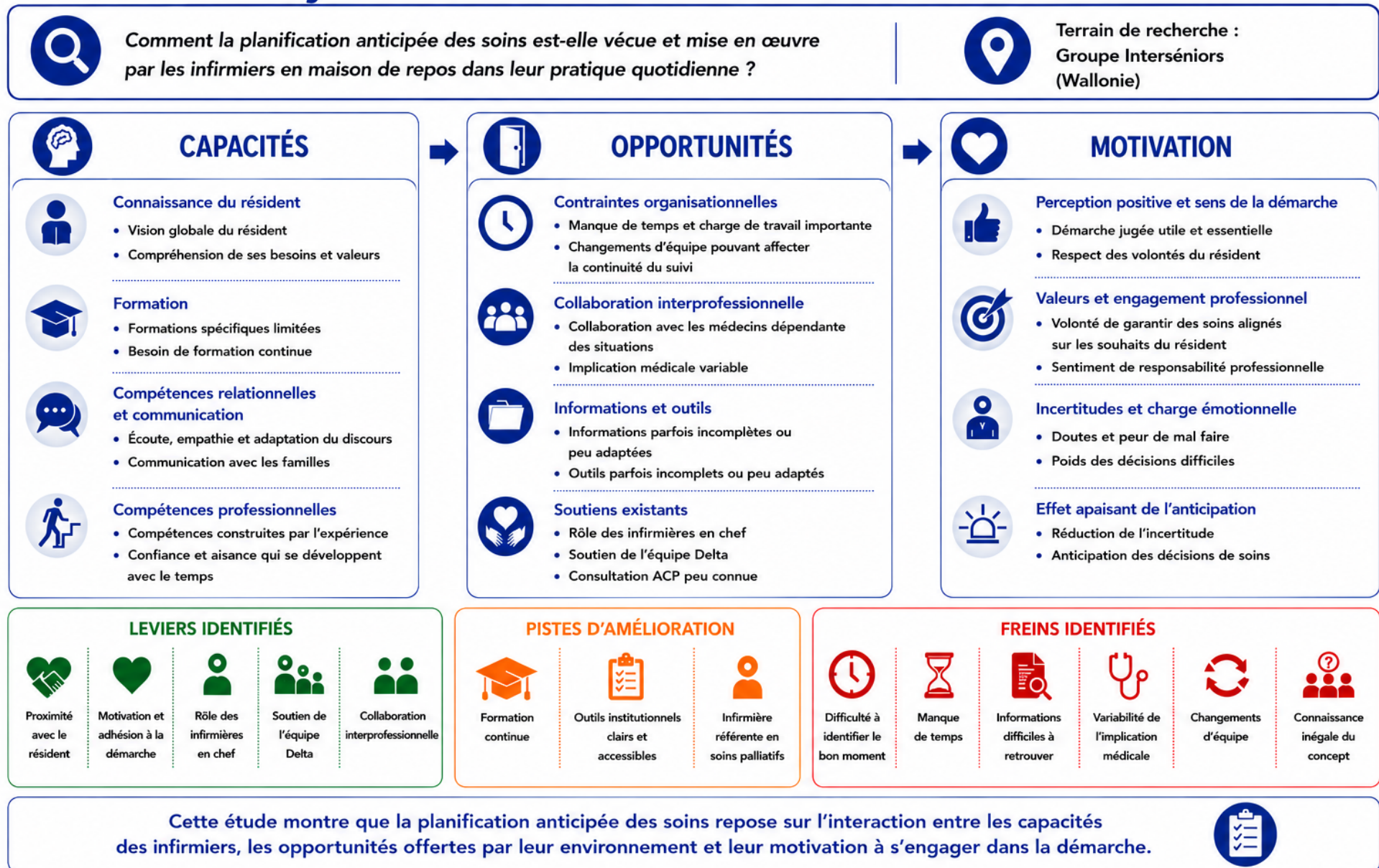


Figure 1: Synthèse des principaux facteurs influençant l'intégration de la planification anticipée des soins en maison de repos, organisée selon les dimensions du modèle COM-B.

1. Capacités des infirmiers

1.1. Une connaissance et une compréhension inégales, malgré des pratiques existantes

Les entretiens mettent en évidence une connaissance variable de la planification anticipée des soins, aussi bien chez les infirmiers que chez les infirmières en chef.

Pour plusieurs infirmiers, y compris certaines infirmières en chef, cette expression n'évoque pas spontanément une réflexion sur les souhaits du résident ou sur les décisions à anticiper en cas d'aggravation de son état de santé. Elle est d'abord associée à l'organisation quotidienne des soins, une interprétation retrouvée dans plusieurs entretiens :

« pour moi, la planification anticipée des soins, c'est en fait gérer le temps (...) préparer les médicaments (...) gérer les rendez-vous (...) l'organisation au quotidien » (entretien 1).

Certains infirmiers indiquent également ne pas connaître le terme en tant que tel. Après une brève explication, plusieurs font toutefois le lien avec des situations concrètes rencontrées dans leur pratique :

« un dialogue (...) pour anticiper justement les soins palliatifs (...) ça, ça me parle plus »
(entretien 4).

Ce type de réaction montre que, même lorsque l'expression n'est pas familière, la démarche devient rapidement identifiable dès qu'elle est replacée dans un contexte concret.

À l'inverse, une infirmière et une infirmière en chef associent d'emblée la planification anticipée des soins à une réflexion sur les souhaits du résident et sur les décisions à prendre en cas de dégradation de son état de santé.

« savoir ce qu'elle veut (...) est-ce que vous voulez être hospitalisé ou pas (...) qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse » (entretien 3).

Dans l'ensemble, les entretiens suggèrent que la planification anticipée des soins est surtout reconnue à travers des situations concrètes de la pratique plutôt qu'à travers la maîtrise du terme lui-même. La compréhension du concept apparaît donc variable, alors que cette démarche est déjà présente, au moins en partie, dans la pratique quotidienne des infirmiers.

1.2. Une formation spécifique limitée

Les entretiens montrent que la formation à la planification anticipée des soins occupe une place limitée dans le parcours des infirmiers participant à l'étude. La plupart indiquent ne pas avoir suivi de formation spécifique à cette démarche au cours de leur pratique professionnelle. Plusieurs infirmiers participant à l'étude disposent par ailleurs d'une longue expérience professionnelle. Toutefois, l'étude n'inclut pas d'infirmiers récemment diplômés et ne permet

donc pas d'apprécier la place qu'occupe actuellement la planification anticipée des soins dans la formation infirmière.

Lorsque des formations sont évoquées, il s'agit le plus souvent de formations plus générales en soins palliatifs, parfois suivies plusieurs années auparavant. Elles sont décrites comme peu fréquentes et parfois difficiles d'accès au niveau institutionnel, ce qui limite les possibilités de mise à jour des connaissances et des pratiques.

Une infirmière et une infirmière en chef mentionnent toutefois une expérience de formation plus ciblée autour du projet de soins personnalisés et anticipés (PSPA). Elles évoquent notamment une formation organisée par l'équipe Delta, au cours de laquelle des outils concrets leur ont été proposés pour soutenir les échanges avec les résidents et leurs familles, notamment le jeu *À vrai dire* (entretiens 13 et 14). Ces infirmières décrivent ces outils comme utiles dans leur pratique et leurs propos suggèrent que des supports concrets en formation peuvent constituer une aide pour aborder la planification anticipée des soins dans la pratique. Plusieurs infirmiers perçoivent l'offre de formation proposée au niveau institutionnel comme limitée et expriment un besoin de formation continue pour se sentir mieux préparés à intégrer la planification anticipée des soins dans leur pratique.

« c'est un métier où on doit se former tout le temps » (entretien 2)

Une autre évoque la nécessité de « remettre les choses au clair » et insiste sur le fait qu' :

« une infirmière doit être formée, pas qu'au niveau technique (...) mais aussi à l'approche du patient et de la famille » (entretien 7)

Les besoins exprimés ne concernent pas uniquement la planification anticipée des soins au sens strict, mais également des aspects plus larges des soins palliatifs, tels que la gestion des symptômes, l'utilisation des protocoles de fin de vie, l'accompagnement des familles et la communication. Ils traduisent le besoin, pour certains infirmiers, de se sentir mieux préparés à faire face à la complexité de certaines situations.

1.3. Des compétences principalement construites par l'expérience

Les entretiens suggèrent que les compétences mobilisées dans la planification anticipée des soins se construisent principalement avec l'expérience professionnelle. Plusieurs infirmiers expliquent se sentir plus à l'aise lorsqu'ils abordent des discussions liées à la planification anticipée des soins. Une infirmière indique ainsi être :

« de plus en plus rassurée (...) de plus en plus préparée » (entretien 8).

Une autre infirmière explique qu'avec le temps, elle se sent « beaucoup plus sereine » (entretien 9), ce qui laisse penser que l'expérience renforce progressivement la confiance et le sentiment de préparation des infirmiers lorsqu'ils sont confrontés à des situations de planification anticipée des soins.

Certaines situations restent toutefois difficiles à gérer. Comme l'exprime une infirmière :

« je me suis retrouvée face à quelque chose que je ne maîtrisais pas » (entretien 15).

Ces propos suggèrent que, même si l'expérience joue un rôle important dans le développement des compétences liées à la planification anticipée des soins, elle ne suffit pas toujours à faire face à toutes les situations rencontrées.

1.4. L'importance de l'observation et de la connaissance du résident

Les infirmiers soulignent l'importance de bien connaître le résident et d'être attentifs à l'évolution de son état de santé. La proximité quotidienne avec les résidents leur permet de percevoir des changements parfois subtils. Comme l'exprime une infirmière :

« on sent qu'il y a quelque chose qui se passe » (entretien 5).

Certains infirmiers décrivent également un ressenti difficile à objectiver, mais qui semble s'appuyer sur l'expérience et la connaissance du résident. Ce ressenti est illustré par les propos d'une infirmière :

« je vois qu'elle ne va pas bien (...) sans savoir expliquer pourquoi » (entretien 15).

Ces propos soulignent la place importante des infirmiers dans la réflexion autour des décisions de soins.

1.5. Le rôle central des compétences relationnelles et de la communication

Les infirmiers mettent en avant l'importance des compétences relationnelles dans la planification anticipée des soins. L'écoute, l'empathie, le tact, l'observation, ainsi que la capacité à adapter son discours et à aborder progressivement certains sujets sont décrits comme des éléments essentiels de leur pratique. Plusieurs infirmiers expliquent qu'il est important de choisir les mots, de percevoir si le résident ou sa famille est prêt à aborder ces sujets et d'ouvrir la discussion sans brusquer. La communication apparaît ainsi comme un élément central de la mise en œuvre de la planification anticipée des soins.

Ces compétences relationnelles se traduisent concrètement dans la manière de communiquer avec les résidents et leurs proches. Une infirmière explique qu'elle s'appuie sur son ressenti :

« je vois avec mon feeling (...) soit ça se ferme, soit ça s'ouvre » (entretien 3).

D'autres infirmiers insistent sur la place laissée à la parole du résident ou de la famille. L'un d'eux explique :

« j'aime bien leur permettre de s'exprimer » (entretien 4).

Les entretiens mettent également en évidence des différences dans l'aisance avec laquelle les infirmiers abordent certains sujets sensibles, notamment les questions liées à la fin de vie. Les infirmières en chef semblent plus à l'aise pour initier ces discussions de manière directe, tandis que les infirmiers décrivent une approche plus progressive ou plus prudente.

Certains infirmiers expliquent également qu'ils se sentent plus à l'aise avec le temps et l'expérience. Une infirmière indique qu'elle peut aujourd'hui :

« en parler ouvertement à la famille, au médecin et à l'équipe » (entretien 7).

Les éléments relatifs à la communication apparaissent dans plusieurs sections des résultats et soulignent son rôle central dans la mise en œuvre de la planification anticipée des soins, tant dans les échanges avec les résidents et leurs proches que dans la collaboration entre professionnels de la santé.

2. Opportunités liées au contexte

2.1. Une démarche souvent initiée tardivement

Les infirmiers décrivent une planification anticipée des soins le plus souvent initiée en réaction à une dégradation de l'état de santé, avec peu d'anticipation lorsque « tout va bien ». Plusieurs infirmiers expliquent qu'ils interviennent surtout face à des situations problématiques ou urgentes. Une infirmière explique ainsi :

« on regarde quand il y a un problème (...) on ne va pas regarder avant » (entretien 1).

Cette idée revient dans d'autres entretiens. Une infirmière explique que la planification anticipée des soins est abordée :

« souvent quand il est moins bien. Avant ça, on ne parle pas de ça » (entretien 6).

Les infirmiers décrivent également une difficulté à identifier le « bon » moment pour aborder ces questions. Plusieurs infirmiers expriment un malaise à l'idée de parler de la fin de vie dès l'entrée en maison de repos. Une infirmière explique ainsi :

« c'est assez difficile (...) d'aller demander à quelqu'un qui rentre en maison de repos ce qu'il souhaite pour sa fin de vie » (entretien 4).

Une infirmière souligne que cette difficulté peut être liée au regard que certaines personnes portent sur la maison de repos :

« il y a énormément de personnes qui voient la maison de repos comme un mouroir »
(entretien 15).

Les entretiens montrent toutefois qu'il n'existe pas de consensus sur le meilleur moment pour aborder la planification anticipée des soins. Certains infirmiers préfèrent attendre que le résident soit « bien installé » (entretien 14) avant d'aborder ces questions. D'autres infirmiers estiment qu'une discussion plus précoce serait souhaitable, notamment lorsque la personne est encore en mesure de réfléchir à ce qu'elle souhaite et de partager ses choix. Plusieurs infirmiers soulignent également que le « bon » moment dépend de chaque situation et doit « évoluer d'un cas à l'autre » (entretien 15).

L'ensemble de ces propos montre qu'il n'existe pas de consensus clair sur le moment le plus approprié pour aborder la planification anticipée des soins, y compris parmi des infirmiers exerçant dans différentes maisons de repos d'un même groupe.

2.2. Des contraintes organisationnelles et un manque de temps dans la pratique

Plusieurs infirmiers décrivent une charge de travail importante et un manque de temps dans la pratique quotidienne. Une infirmière résume ainsi son ressenti en affirmant :

« on court tout le temps » (entretien 9).

Cette charge de travail semble réduire le temps disponible pour les échanges avec les résidents. Une infirmière explique qu'elle ne peut pas « discuter 10 minutes avec une personne » (entretien 9), tandis qu'une autre souligne :

« si je le fais, je ne saurais pas faire autre chose » (entretien 14).

Plusieurs infirmiers laissent entendre que le temps à consacrer à ces discussions peut être difficile à dégager dans la pratique quotidienne et être perçu comme du temps pris sur d'autres activités, ce qui peut parfois entraîner des remarques ou des tensions entre les membres de l'équipe. Par ailleurs, les changements fréquents au sein du personnel soignant peuvent également compliquer le suivi des résidents et l'observation de l'évolution de leur état de santé.

2.3. Des outils jugés incomplets et des informations parfois peu accessibles

Plusieurs infirmiers et infirmières en chef mentionnent l'existence d'un document institutionnel, les « déclarations de volonté » (présenté en annexe n°3), permettant de rassembler les souhaits du résident concernant les orientations de soins et les décisions à prendre en cas de dégradation de son état de santé. Toutefois, son utilisation reste variable :

certaines infirmiers rapportent qu'il n'est pas toujours complété ou qu'il est jugé trop vague et peu précis pour guider les décisions. Selon une infirmière, ce type de document demande « plus qu'une réponse oui ou non » (entretien 3).

Plusieurs infirmiers décrivent également des incohérences ou des difficultés d'interprétation dans certaines situations concrètes. Une infirmière se questionne par exemple :

« plus d'hospitalisation (...) oui, mais si elle se casse le col du fémur ? »

Les infirmiers décrivent ce document comme utile pour soutenir les échanges autour des souhaits du résident, mais également comme long, complexe et parfois difficile à utiliser dans la pratique quotidienne.

Certaines infirmières soulignent que le remplissage de ce document demande une réflexion importante. Une infirmière et une infirmière en chef expliquent qu'au cours d'une formation, elles ont été invitées à compléter elles-mêmes le PSPA en réfléchissant à leurs propres souhaits concernant leur fin de vie. Elles rapportent que cet exercice s'est avéré particulièrement difficile. Certaines questions demandaient une réflexion approfondie et les réponses étaient parfois difficiles à formuler spontanément. Cette expérience met en évidence à la fois la richesse de l'outil et la charge émotionnelle qu'il peut représenter.

Certains infirmiers soulignent que l'accessibilité des informations concernant les volontés et les orientations de soins des résidents pose parfois problème, en particulier dans les situations d'urgence. Une infirmière souligne ainsi :

« en situation de stress, on ne trouve pas grand-chose » (entretien 14).

Ces difficultés peuvent rendre ce document plus difficile à utiliser dans certaines situations, notamment en situation d'urgence. Les infirmiers s'interrogent également sur sa compréhension par les résidents et leurs proches :

« est-ce que les gens comprennent ? » (entretien 3).

2.4. Une place centrale des infirmières en chef dans la coordination

Les infirmières en chef sont décrites comme occupant un rôle central dans la mise en œuvre de la planification anticipée des soins. Les propos des infirmiers et des infirmières en chef convergent pour souligner leur rôle de personnes ressources, assurant fréquemment le lien entre les équipes soignantes et les médecins. Les observations réalisées au quotidien par les infirmiers et les aides-soignants sont souvent transmises à l'infirmière en chef, qui assure ensuite la transmission des informations auprès du médecin.

Ce rôle concerne également les échanges avec les familles. Comme l'exprime l'une des infirmières en chef :

« c'est nous, les infi chefs, qui allons parler à la famille (...) ré-expliquer (...) faire le lien »
(entretien 15).

À l'inverse, certains infirmiers décrivent une implication plus limitée dans la planification anticipée des soins. L'un d'eux estime par exemple :

« ce n'est pas à nous de faire ça » (entretien 13).

Les entretiens mettent en évidence un certain décalage dans la manière dont les rôles sont perçus au sein des équipes. Alors que les infirmiers décrivent leur rôle comme essentiel dans l'observation quotidienne et la connaissance des résidents, certains considèrent que les discussions relatives à la planification anticipée des soins relèvent principalement des infirmières en chef. Ces dernières expriment, de manière récurrente, l'attente d'une participation plus proactive des infirmiers dans l'identification et la transmission des informations. Elles insistent également sur l'importance d'une plus grande autonomie et d'une prise d'initiative accrue de la part des infirmiers, qu'il s'agisse de repérer les situations nécessitant une réflexion particulière ou de proposer spontanément certaines démarches. Comme l'exprime l'une d'elles :

« je ne vois pas ça rayonner (...) elles doivent le faire (...) ce n'est pas à moi à chaque fois (...) elles doivent venir me bousculer » (entretien 11).

Une autre infirmière en chef rapporte également, de manière quelque peu ironique, que certaines infirmières considèrent que certaines tâches liées à cette démarche relèvent principalement du rôle de l'infirmière en chef :

« elles ne vont quand même pas prendre le seul travail de l'infi chef » (entretien 13).

Ces éléments suggèrent que les attentes et la répartition des rôles entre infirmiers et infirmières en chef ne semblent pas toujours clairement définies ni partagées de la même manière au sein des équipes.

2.5. Une place centrale du médecin et une dépendance dans la prise de décision

Le médecin occupe une place importante dans la planification anticipée des soins, à la fois dans les discussions et la prise de décision. Plusieurs infirmiers décrivent un fonctionnement dans lequel ils transmettent leurs observations. Comme l'exprime l'un d'eux :

« c'est le médecin qui a la décision finale » (entretien 6).

Le document institutionnel prévoit également la signature du médecin, ce qui témoigne de la place importante accordée à son implication dans la démarche.

Dans certaines situations, cette organisation peut se traduire par une certaine forme de dépendance. Une infirmière explique par exemple :

« si le médecin ne se décide pas à mettre un protocole (...) ben nous, on ne sait rien faire »
(entretien 5).

Les entretiens montrent toutefois que l'implication médicale perçue par les infirmiers varie selon les situations et les médecins. Certains infirmiers décrivent des médecins ouverts à la discussion et impliqués dans la démarche, tandis que d'autres évoquent des médecins plus réticents, peu présents ou peu disponibles. Une infirmière rapporte ainsi :

« on a des médecins qui sont fort ouverts (...) à côté de ça (...) on n'a rien et il faut se débrouiller » (entretien 6).

Les infirmiers décrivent également des difficultés liées à l'organisation médicale dans les maisons de repos. Plusieurs médecins généralistes différents interviennent auprès des résidents, ce qui peut compliquer la communication et la coordination autour des soins, chaque médecin ayant sa propre manière de travailler et une disponibilité variable. Les moments d'échange avec les médecins ne coïncident pas toujours avec la présence des infirmières en chef, qui sont généralement leurs principales interlocutrices.

Cette organisation et la dépendance aux décisions médicales amènent plusieurs infirmiers à exprimer le sentiment de ne pas pouvoir avancer tant que le médecin ne s'est pas prononcé. Une infirmière résume cette situation en affirmant :

« sans le médical, c'est compliqué » (entretien 8).

Ces éléments suggèrent que la mise en œuvre de la planification anticipée des soins dépend en grande partie de l'implication et de la disponibilité du médecin. Ils montrent que l'action des infirmiers, bien qu'essentielle pour repérer les situations et transmettre les informations, ne suffit pas toujours à elle seule à faire évoluer certaines décisions de soins.

2.6. Une place variable du résident

Les infirmiers évoquent une participation parfois limitée du résident dans la démarche de planification anticipée des soins, notamment en lien avec la présence fréquente de troubles cognitifs ou de difficultés de communication. Plusieurs infirmiers expliquent ainsi que, dans

certaines situations, les décisions sont prises « par le médecin et parfois la famille (...) et pas le résident » (entretien 3).

Cette participation apparaît toutefois variable selon les situations. Lorsque le résident est encore capable de s'exprimer, certains infirmiers soulignent l'importance de recueillir directement ses souhaits, l'un d'eux affirmant d'ailleurs que :

« le patient (...) c'est notre ressource principale » (entretien 8)

Ce propos souligne l'importance accordée à la parole du résident lorsqu'il est en mesure d'exprimer ses préférences. Dans certaines situations, toutefois, l'identification des souhaits du résident peut s'avérer plus difficile :

« la difficulté d'anticiper, c'est par rapport à un patient Alzheimer (...) qui n'a pas de famille »
(entretien 6)

Ces éléments montrent que la place du résident dans la planification anticipée des soins varie selon sa capacité à exprimer ses préférences, mais aussi selon la présence de proches susceptibles de participer aux discussions. Elle ne dépend donc pas uniquement de l'implication des infirmiers, mais aussi de facteurs sur lesquels ils ont peu de prise.

Le document institutionnel prévoit également la signature du résident ou de la personne de confiance, ce qui montre qu'une participation du résident à la démarche est théoriquement recherchée. Toutefois, il souligne aussi la place importante que peuvent prendre les proches lorsque le résident n'est plus en mesure d'exprimer clairement ses souhaits.

2.7. Une place ambivalente de la famille

Dans ce contexte, la famille occupe également une place centrale dans les discours des infirmiers, mais cette place apparaît variable selon les situations. Elle est souvent décrite comme une ressource précieuse pour mieux comprendre les souhaits du résident. Les infirmiers expliquent qu'ils s'appuient fréquemment sur les proches pour compléter les informations recueillies auprès du résident. Une infirmière souligne d'ailleurs que :

« c'est plus facile quand on a créé un lien avec la famille » (entretien 15)

La famille est toutefois également décrite comme pouvant être source de difficultés. Certains infirmiers rapportent des situations dans lesquelles les points de vue diffèrent, que ce soit entre les membres de la famille eux-mêmes ou entre la famille et l'équipe soignante.

La place de la famille semble ainsi varier en fonction de la situation personnelle du résident, des relations familiales et de la qualité des échanges entre les différentes personnes impliquées.

2.8. Le recours à l'équipe de seconde ligne Delta

Les infirmiers mentionnent à plusieurs reprises une collaboration avec l'équipe Delta, une équipe spécialisée en soins palliatifs qui intervient auprès des équipes.

L'équipe Delta est décrite comme un soutien dans différentes situations, sur les plans relationnel, décisionnel, émotionnel et technique. Les infirmiers expliquent qu'ils peuvent faire appel à cette équipe lorsqu'ils ont besoin d'aide ou d'accompagnement, et qu'ils se sentent bien encadrés dans les situations complexes. Ce soutien est parfois sollicité dans des moments particulièrement difficiles, comme l'exprime une infirmière en chef :

« moi, j'ai appelé Delta (...) en pleurs (...) je n'arrivais plus à gérer » (entretien 15)

Par ailleurs, plusieurs infirmiers indiquent que la fonction d'infirmier référent en soins palliatifs n'existe plus au sein du groupe Intersénior. Certains relais en soins palliatifs restent toutefois présents dans les équipes. Le rôle de ces personnes ressources en interne est de soutenir les équipes dans ce domaine. Plusieurs infirmiers ont néanmoins le sentiment que leur présence ou leur implication est moins importante qu'auparavant :

« les relais se sont perdus » (entretien 10)

Malgré cette évolution, les équipes semblent s'être adaptées et soulignent l'importance du soutien apporté par l'équipe Delta. Les entretiens ne mettent pas en évidence de manque particulier lié à la disparition de cette fonction de référence dans la pratique quotidienne. Les propos recueillis paraissent plutôt témoigner d'un attachement à la personne qui occupait auparavant cette fonction. Certaines infirmières en chef expriment toutefois une déception face à l'implication des relais en soins palliatifs qu'elles jugent moins importante qu'auparavant dans la pratique quotidienne.

Même si les infirmiers décrivent l'équipe Delta comme un soutien important dans les situations de soins palliatifs, son rôle dans la planification anticipée des soins n'est pas mentionné explicitement. Les propos recueillis n'excluent toutefois pas qu'elle puisse contribuer, dans certaines situations, à soutenir cette démarche.

2.9. Une connaissance variable de la consultation spécifique chez les infirmiers

La consultation médicale dédiée à la planification anticipée des soins n'est pas évoquée spontanément par les infirmiers et apparaît souvent méconnue lorsque la question est posée. La plupart des infirmiers indiquent simplement ne pas la connaître.

Une seule infirmière et une seule infirmière en chef rapportent une utilisation concrète de cette consultation dans leur pratique. L'infirmière explique qu'un médecin l'utilise et qu'il :

« remplit lui-même les papiers avec le patient et la famille » (entretien 14)

L'infirmière en chef mentionne qu'un médecin dispose « d'un code spécial » (entretien 15), tout en précisant qu'elle ne sait pas dans quelle mesure cette consultation est réellement utilisée. Ce constat est d'autant plus intéressant que les infirmières en chef collaborent régulièrement avec les médecins généralistes.

Lorsque cette consultation leur est expliquée, l'ensemble des infirmiers réagit positivement et souligne l'intérêt qu'elle pourrait présenter dans leur pratique. Une infirmière affirme d'ailleurs :

« au moins, on saura exactement dans quel cadre on se trouve avec notre résident »

(entretien 6)

3. Motivation des infirmiers

3.1. Une perception positive de son utilité dans la pratique

L'ensemble des infirmiers perçoit la planification anticipée des soins comme une démarche pertinente et utile dans la pratique quotidienne. Plusieurs infirmiers la qualifient même d'« essentielle ».

Les entretiens montrent qu'elle est principalement envisagée comme un outil permettant de clarifier les souhaits du résident et de disposer de repères pour orienter les décisions de soins lorsque son état de santé se dégrade. En ce sens, elle contribue à réduire l'incertitude et à sécuriser les infirmiers dans des situations délicates, comme l'exprime une infirmière :

« plus on en sait, mieux on peut s'y préparer » (entretien 9)

Les infirmiers soulignent également son intérêt pour les familles. Lorsque les volontés du résident ont été discutées à l'avance, les proches disposent de repères plus clairs et sont moins souvent confrontés à la nécessité de prendre des décisions difficiles dans l'urgence. Comme le résume une infirmière :

« ça décharge les familles » (entretien 4)

Dans l'ensemble, la planification anticipée des soins apparaît comme un cadre de référence qui facilite les décisions de soins, soutient les familles et favorise un accompagnement plus cohérent avec les souhaits exprimés par le résident.

3.2. Des valeurs centrées sur le respect du résident

Les entretiens montrent que la motivation des infirmiers repose largement sur l'importance accordée au respect des volontés du résident. Cette préoccupation est présente même lorsque la planification anticipée des soins n'est pas formalisée comme telle. Comme l'exprime une infirmière :

« toute décision, à partir du moment où c'est celle du résident, pour moi, est bonne »

(entretien 4)

3.3. Des convictions personnelles présentes

Les entretiens montrent que certaines convictions personnelles peuvent influencer la manière dont les infirmiers vivent certaines situations de fin de vie, notamment l'euthanasie ou l'utilisation de traitements comme la morphine. Ces éléments suggèrent que, malgré une adhésion globale à la planification anticipée des soins, certaines décisions peuvent susciter des tensions entre les souhaits du résident et les valeurs personnelles des infirmiers.

3.4. Une pratique mise à l'épreuve par l'incertitude et le poids de la responsabilité

Lorsque les souhaits du résident ne sont pas connus ou insuffisamment précisés, plusieurs infirmiers rapportent un sentiment d'incertitude face à certaines décisions de soins, en particulier lorsqu'ils doivent agir seuls, notamment la nuit. Comme l'exprime une infirmière :

« je ne savais pas quoi faire (...) j'étais perdue » (entretien 1)

Certains infirmiers expliquent qu'en l'absence de consignes claires, ils préfèrent hospitaliser le résident afin de ne pas avoir à prendre seuls une décision pour laquelle ils ne se sentent pas suffisamment sécurisés. Comme l'affirme l'un d'eux :

« si je n'ai pas des choses clairement définies (...) ben moi j'hospitalise » (entretien 7)

Ces éléments montrent que la planification anticipée des soins peut constituer un repère important pour orienter les décisions de soins.

3.5. Une charge émotionnelle forte

Plusieurs infirmiers décrivent certaines situations de fin de vie comme particulièrement éprouvantes sur le plan émotionnel. Certaines expériences semblent les marquer durablement, comme l'exprime une infirmière :

« ça m'a fait très mal (...) aujourd'hui encore j'en parle » (entretien 12)

Cette charge émotionnelle apparaît parfois renforcée lorsque les situations rencontrées font écho à l'histoire personnelle des infirmiers. Une infirmière évoque par exemple « un cas très, très, très compliqué récemment », concernant un résident du même âge qu'elle (entretien 15).

3.6. Un effet apaisant de l'anticipation

Plusieurs infirmiers décrivent des situations de fin de vie vécues de manière plus sereine lorsque les décisions ont été discutées à l'avance et que les souhaits du résident ont été clarifiés. Comme l'exprime une infirmière :

« une euthanasie (...) magnifique (...) tout a été bien prévu, bien planifié » (entretien 3)

Une autre infirmière évoque également « une des plus belles morts », qu'elle décrit comme « paisible » et « sereine » (entretien 11).

Il est intéressant de noter que les exemples spontanément évoqués par les infirmiers pour illustrer des situations vécues comme particulièrement sereines concernent exclusivement des euthanasies.

Les propos recueillis suggèrent que l'anticipation peut contribuer à rendre les situations de fin de vie plus apaisées, tant pour les résidents que pour les équipes soignantes.

Discussion

Cette discussion met en perspective les principaux résultats de l'étude à la lumière de la littérature belge et internationale sur la planification anticipée des soins. Les études belges sont particulièrement utiles pour éclairer ces résultats, car, malgré certaines spécificités régionales liées aux maisons de repos, elles ont été réalisées dans un contexte organisationnel relativement proche de celui observé dans notre étude (41).

Dans l'ensemble, les résultats de notre étude montrent que la planification anticipée des soins est perçue par les infirmiers comme une démarche utile et pertinente, mais que son intégration dans la pratique quotidienne demeure largement influencée par des facteurs individuels, interprofessionnels, institutionnels et systémiques.

L'un des principaux constats de notre étude est que la planification anticipée des soins est encore souvent initiée de manière réactive. Ce constat rejoint les observations rapportées dans la littérature internationale, qui montrent que cette démarche est fréquemment abordée tardivement, lorsque l'état de santé du résident se dégrade et que des décisions doivent être prises dans un contexte d'urgence (27,42). Plusieurs études menées en Belgique, notamment en maison de repos, soulignent ainsi l'intérêt d'aborder ces discussions plus tôt et de les

intégrer à la pratique quotidienne (41,43). La planification anticipée des soins doit ainsi être envisagée comme un processus évolutif reposant sur plusieurs échanges entre les résidents, les professionnels de la santé et les familles, conformément à la définition même de cette démarche (44).

Cette conception de la planification anticipée des soins comme une démarche progressive permet également de mieux comprendre pourquoi certaines pratiques qui s'en rapprochent peuvent déjà être présentes sur le terrain, parfois de manière diffuse ou intégrée à la pratique quotidienne. Les infirmiers ne les identifient toutefois pas toujours spontanément comme relevant de la planification anticipée des soins. Ce résultat rejoint d'ailleurs la littérature, qui montre que la manière de concevoir et d'identifier la planification anticipée des soins peut varier d'un professionnel de la santé à l'autre (45). Cette variabilité concerne notamment la façon dont la démarche est envisagée : certains professionnels de la santé l'associent davantage à la documentation des volontés, tandis que d'autres la considèrent avant tout comme un processus de communication et de réflexion partagée (46). Ces différences de représentation peuvent contribuer à expliquer la variabilité observée dans notre étude dans l'identification, par les infirmiers, de certaines pratiques comme relevant ou non de la planification anticipée des soins.

Comme les infirmiers participant à notre étude, les médecins généralistes ne partagent pas tous non plus la même manière de concevoir la planification anticipée des soins. Une étude belge montre que certains l'associent davantage à des décisions médicales ou à des directives anticipées, tandis que d'autres l'envisagent comme un processus plus large de communication avec le patient et ses proches (46). Ces résultats suggèrent que les différences de conception observées dans notre étude ne sont pas propres aux infirmiers, mais pourraient concerner plus largement les différents professionnels de la santé impliqués dans la démarche, y compris les médecins.

Notre étude s'est centrée sur les infirmiers et non sur les autres personnes impliquées dans la démarche, telles que les médecins, les résidents, les proches ou l'équipe pluridisciplinaire. Les résultats suggèrent toutefois que la mise en œuvre de la planification anticipée des soins dépend d'interactions entre plusieurs personnes pouvant avoir des conceptions différentes de cette démarche. Cette observation rejoint la littérature, qui décrit la planification anticipée des soins comme une démarche collective reposant sur des échanges entre les professionnels de

la santé, les résidents et leurs proches, dont les représentations de cette démarche peuvent également varier (47,48).

Dans notre étude, les différences observées dans la manière dont les infirmiers conçoivent la planification anticipée des soins semblent contribuer à une appropriation inégale de cette démarche et influencer la manière dont elle est mobilisée dans la pratique quotidienne. La formation apparaît dès lors comme un levier important pour développer une vision partagée et renforcer les compétences nécessaires à sa mise en œuvre. Au-delà de l'acquisition de connaissances théoriques, elle peut également contribuer à développer des repères partagés autour de la planification anticipée des soins, tout en renforçant la confiance des infirmiers et leur capacité à aborder les discussions liées à la fin de vie. La littérature montre d'ailleurs que plusieurs professionnels de la santé peuvent se sentir insuffisamment préparés à conduire ces échanges, et que le sentiment de compétence influence l'engagement des infirmiers dans la planification anticipée des soins, ce qui souligne l'importance de renforcer leur accompagnement dans ce domaine (49,50). Les formations pourraient ainsi favoriser une appropriation plus harmonisée de la planification anticipée des soins dans la pratique quotidienne.

Plus largement, le Code de déontologie du Conseil international des infirmières rappelle l'importance, pour les infirmiers, de maintenir leurs compétences et de s'inscrire dans une démarche d'apprentissage continu afin de soutenir une pratique professionnelle de qualité (51). Dans notre étude, les attentes exprimées par les infirmiers, notamment en matière de formations concrètes autour d'outils tels que le PSPA et de gestion des situations complexes rencontrées au quotidien, soulignent l'importance d'une approche pédagogique ancrée dans les réalités du terrain. Ces éléments mettent également en évidence une tension entre la dimension relationnelle de la planification anticipée des soins, qui repose sur des échanges progressifs et individualisés, et les contraintes organisationnelles du travail quotidien en maison de repos, qui peuvent limiter le temps et la disponibilité nécessaires à ce type d'accompagnement.

Cette tension rappelle que l'intégration de la planification anticipée des soins ne dépend pas uniquement des compétences individuelles des professionnels de la santé, mais également de conditions organisationnelles plus larges. Plusieurs initiatives belges se sont intéressées aux conditions nécessaires pour soutenir l'intégration de la planification anticipée des soins en

maison de repos (41,47). Développé en Flandre dans cette perspective, le programme ACP+ combine différentes stratégies de formation, de soutien organisationnel et d'accompagnement des équipes soignantes (52). Les études menées dans ce cadre montrent que les interventions de formation semblent renforcer davantage le sentiment de compétence et d'efficacité personnelle des professionnels de la santé, dont les infirmiers, que leurs seules connaissances théoriques (32,50). Ces résultats suggèrent que, si la formation peut contribuer à renforcer la confiance et les compétences des professionnels de la santé, l'intégration de la planification anticipée des soins dans la pratique quotidienne dépend également de facteurs organisationnels plus larges (49,52).

Ces différents éléments soulignent également l'importance des interactions entre les différentes personnes impliquées dans la démarche. La planification anticipée des soins est décrite comme un processus collectif reposant sur des échanges continus entre les résidents, les professionnels de la santé et les proches, tout en nécessitant une approche individualisée adaptée à chaque situation (27,47). Les études menées en Belgique montrent d'ailleurs que, même lorsque les infirmiers s'y engagent activement, cette démarche ne peut être pleinement intégrée sans la participation des médecins, une clarification des responsabilités et un soutien organisationnel adéquat (41,52).

Dans notre étude, les variations observées dans l'implication des médecins, mais aussi dans la collaboration entre les différents professionnels de la santé impliqués dans la démarche, illustrent l'importance d'une coordination structurée au sein des équipes. Ce constat rejoint plus largement les enjeux décrits dans la littérature infirmière concernant l'influence des conditions organisationnelles sur la pratique infirmière (53).

Dans les maisons de repos du groupe Intersénieurs, les infirmières en chef semblent occuper une fonction de coordination importante dans la planification anticipée des soins. Leur position auprès des résidents, des proches, de l'équipe soignante, des médecins et de la direction leur confère un rôle privilégié dans l'organisation des échanges et la circulation de l'information. Si leur rôle spécifique dans la planification anticipée des soins en maison de repos a encore été peu exploré dans la littérature, certaines études, notamment celles issues du programme ACP+, identifient l'importance de fonctions de coordination et de personnes ressources pour soutenir la mise en œuvre de cette démarche (25,32). Dans notre étude, les infirmières en chef apparaissent ainsi comme des interlocutrices clés dans la transmission des

informations et la coordination de la planification anticipée des soins. Les résultats ne permettent toutefois pas de déterminer dans quelle mesure cette position a pu évoluer avec la disparition progressive de certaines fonctions de référence en soins palliatifs.

Au-delà des aspects liés à la formation, à l'organisation des soins et à la collaboration interprofessionnelle, les résultats de notre étude montrent que la planification anticipée des soins mobilise également les infirmiers sur un plan profondément personnel. Les discussions relatives à l'euthanasie, à l'utilisation de la morphine ou aux décisions de limitation de traitement font écho à des valeurs individuelles, à des expériences antérieures et à des représentations de la fin de vie qui peuvent varier d'un infirmier à l'autre. Plusieurs études, menées en Belgique et à l'international, montrent que ces dimensions personnelles peuvent influencer la manière dont les professionnels de la santé s'engagent dans ces conversations et, selon les situations, faciliter ou freiner leur implication (49,50). Ces observations rappellent que la planification anticipée des soins ne repose pas uniquement sur des outils ou sur une organisation adéquate, mais aussi sur la capacité des professionnels de la santé à accompagner des situations particulièrement sensibles, dans lesquelles les émotions et les valeurs individuelles occupent une place importante.

Dans ces situations souvent sensibles et émotionnellement chargées, le fait de pouvoir anticiper et clarifier les souhaits du résident semble constituer un soutien particulièrement important pour les professionnels de la santé. Les résultats de notre étude suggèrent ainsi que la réduction de l'incertitude représente, dans la pratique, l'un des apports les plus concrets de la planification anticipée des soins. Plusieurs études internationales montrent que la clarification préalable des objectifs de soins favorise une meilleure concordance entre les soins prodigués et les préférences exprimées, tout en pouvant réduire l'incertitude et la charge décisionnelle vécues par les proches dans certaines situations (27,54). Cette dimension se retrouve également dans les propos des infirmiers participant à notre étude, qui associent l'anticipation à des situations de fin de vie vécues comme plus cohérentes et plus apaisées, notamment dans des contextes potentiellement complexes ou émotionnellement difficiles. Il est intéressant de noter que, dans notre étude, les situations spontanément décrites comme particulièrement sereines concernaient exclusivement des euthanasies, des situations dans lesquelles les souhaits du résident avaient été largement anticipés et discutés en amont.

Malgré les bénéfices reconnus de la planification anticipée des soins pour les résidents, les professionnels de la santé et les familles, les résultats de notre étude montrent que son intégration dans la pratique demeure inégale. Cette variabilité a progressivement conduit au développement de différentes initiatives visant à soutenir et à structurer davantage cette démarche. En Belgique, l'introduction d'une consultation médicale spécifiquement remboursée par l'INAMI illustre cette volonté de favoriser l'intégration de la planification anticipée des soins dans la pratique (24,41). Un article de synthèse récent souligne également que cette évolution s'est accompagnée du développement d'indicateurs de qualité dans les hôpitaux et les maisons de repos (41). Bien que les auteurs n'en détaillent pas précisément le contenu, leur existence montre que, dans le contexte belge, la planification anticipée des soins tend à être davantage envisagée comme une composante de l'amélioration et de l'évaluation de la qualité des soins (41). Cette évolution témoigne d'une volonté de structurer davantage cette démarche dans les pratiques de soins.

Certaines études menées en Belgique suggèrent que ce type de mesures peut encourager la mise en œuvre de la planification anticipée des soins (55). Elles ne suffisent cependant pas, à elles seules, à garantir une appropriation durable de la démarche par les équipes soignantes (41,55). Leur impact semble notamment dépendre de la connaissance de ces dispositifs par les professionnels de la santé, de leur intégration concrète dans l'organisation des soins ainsi que de l'implication des différents acteurs concernés (41,55). Ces éléments rejoignent les résultats de notre étude, dans laquelle plusieurs infirmiers rapportent une connaissance limitée de la consultation INAMI, une mise en œuvre encore peu structurée de la planification anticipée des soins ainsi que différentes contraintes organisationnelles susceptibles d'en freiner l'intégration dans la pratique quotidienne.

Si ces mesures témoignent d'une volonté de favoriser la planification anticipée des soins au niveau du système de santé belge, leur traduction dans les pratiques quotidiennes semble également dépendre de facteurs organisationnels propres aux établissements (41,52). Au-delà des aspects liés à la formation, les études menées dans le cadre du programme ACP+ soulignent également l'importance des conditions institutionnelles et organisationnelles dans l'intégration de la planification anticipée des soins (32,43,52). Construit comme une intervention progressive et multifactorielle, ce programme repose notamment sur la formation continue du personnel, la désignation de référents ACP, un accompagnement à

l'implémentation, l'utilisation d'outils structurés ainsi que l'implication active de la direction et des médecins (32).

Les résultats de notre étude suggèrent toutefois que plusieurs de ces dimensions restent encore peu structurées dans la pratique quotidienne. Les infirmiers participant à notre étude rapportent notamment un accès limité à la formation ainsi qu'une utilisation variable des outils disponibles. Ils évoquent également l'absence actuelle de fonction d'infirmier référent en soins palliatifs au sein d'Intersénior, alors que cette fonction semblait auparavant contribuer à structurer et soutenir les relais en soins palliatifs ainsi que les équipes. Les résultats laissent penser que cette évolution pourrait également avoir contribué à une diminution progressive de l'investissement des relais en soins palliatifs au sein des maisons de repos. L'implication médicale est également décrite comme variable selon les situations.

Ces éléments suggèrent que l'intégration de la planification anticipée des soins dépend en partie de l'organisation mise en place au sein des maisons de repos et de la manière dont cette démarche y est soutenue au quotidien. Les résultats montrent toutefois que certains facteurs importants, notamment l'implication des médecins, restent aussi influencés par des éléments qui dépassent le fonctionnement institutionnel propre aux maisons de repos du groupe Intersénior. Cette réalité peut rendre plus difficile la mise en place d'une démarche homogène et coordonnée entre les différents professionnels de la santé impliqués, ainsi qu'une harmonisation des pratiques autour de la planification anticipée des soins.

Dans cette perspective, les résultats du programme ACP+ montrent également que, même lorsque des ressources et un soutien méthodologique sont proposés, les effets observés restent modérés si certaines conditions favorables, telles que le temps disponible, la participation aux formations ou la mobilisation des équipes, ne sont pas pleinement réunies (43,52). Ces constats rejoignent plusieurs éléments mis en évidence dans notre étude, notamment les difficultés liées au manque de temps, l'accès limité à la formation ainsi que les contraintes organisationnelles rapportées par les infirmiers participant à notre étude. Ces études suggèrent que l'amélioration de la planification anticipée des soins ne repose pas sur une mesure isolée, mais sur une approche intégrée agissant simultanément sur les compétences des professionnels de la santé, l'organisation des soins et la collaboration interprofessionnelle (32,48). Cette approche rejoint également certaines initiatives internationales souvent citées dans la littérature, telles que le programme *Respecting*

Choices aux États-Unis, qui combine formation des professionnels de la santé, outils standardisés et soutien organisationnel afin de favoriser l'intégration de la planification anticipée des soins dans la pratique clinique (56).

Ces observations rejoignent les résultats de notre étude, dans laquelle plusieurs infirmiers décrivent des difficultés à intégrer concrètement la planification anticipée des soins dans la pratique quotidienne malgré leur volonté de s'y engager. Cette interprétation paraît cohérente avec les résultats du programme ACP+, qui soulignent l'importance des conditions organisationnelles dans l'intégration de cette démarche (32,52).

Dans les maisons de repos du groupe Intersénior, cette volonté institutionnelle de structurer davantage la planification anticipée des soins semble notamment se traduire par l'utilisation d'un document intitulé « déclarations de volonté », inspiré du projet de soins personnalisés et anticipés (PSPA), développé par Pallium (29). Cette démarche s'inscrit plus largement dans un contexte accordant une place importante aux souhaits des résidents concernant leurs soins et leur accompagnement (23).

Les entretiens suggèrent que la présence d'un document tel que les « déclarations de volonté » ne suffit pas, à elle seule, à structurer la planification anticipée des soins dans la pratique quotidienne. Son intérêt semble surtout dépendre de la manière dont les infirmiers l'utilisent concrètement pour soutenir les discussions avec les résidents et leurs proches. Cette idée rejoint également les résultats d'une étude récente menée en Belgique auprès de personnes atteintes de démence et de leurs proches (57). Dans cette étude, un site web consacré à la planification anticipée des soins a été perçu comme utile pour mieux comprendre la démarche et préparer les discussions sur les soins futurs (57). La littérature consacrée à la planification anticipée des soins, y compris en Belgique, souligne ainsi que les outils documentaires prennent surtout leur sens lorsqu'ils s'inscrivent dans un processus de communication et de réflexion partagé, plutôt que comme de simples formulaires à remplir (41,47). Dans notre étude, plusieurs infirmiers semblent également considérer ces outils avant tout comme des supports permettant d'accompagner les discussions avec les résidents et leurs proches.

Plus largement, ces résultats rejoignent la littérature infirmière, qui souligne que la communication constitue une dimension centrale de la pratique soignante et un élément essentiel de l'accompagnement des situations complexes, en particulier lorsqu'il s'agit d'explorer les valeurs, les attentes et les préférences des personnes soignées et de leurs

proches (51). Cette dimension relationnelle semble particulièrement importante dans le cadre de la planification anticipée des soins, qui repose largement sur les échanges entre les résidents, les professionnels de la santé et les familles.

Bien qu'ils rejoignent en grande partie les constats déjà rapportés dans la littérature, les résultats de notre étude permettent de mieux comprendre comment la planification anticipée des soins est vécue et mise en œuvre par les infirmiers en maison de repos. Réalisée au sein du groupe Intersénieurs, notre étude apporte un éclairage issu du contexte wallon, encore peu documenté en Belgique.

Dans l'ensemble, les résultats de notre étude et la littérature disponible montrent que la planification anticipée des soins ne peut être réduite à une intervention ponctuelle ni à la mise en place d'un outil spécifique. Son intégration dans la pratique dépend de nombreux facteurs liés aux professionnels de la santé eux-mêmes, à la collaboration interprofessionnelle, à l'organisation des soins ainsi qu'au contexte institutionnel plus large. Si les infirmiers participant à l'étude semblent disposer de nombreuses compétences et d'une réelle motivation pour s'engager dans cette démarche, leur capacité à la mettre en œuvre apparaît également étroitement liée aux opportunités offertes par leur environnement de travail. Ces résultats soulignent ainsi l'importance d'un environnement favorable, soutenu par des politiques de santé cohérentes capables de fournir aux professionnels de la santé et aux institutions les ressources et le soutien organisationnel nécessaires à une intégration durable de la planification anticipée des soins. Ils invitent également à poursuivre le développement d'approches adaptées aux réalités des maisons de repos wallonnes afin de soutenir son intégration durable.

Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces, mais également certaines limites qu'il convient de prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

Le recours à des entretiens semi-directifs a permis de recueillir des données approfondies, mettant en lumière l'expérience et les perceptions des infirmiers en maison de repos concernant la planification anticipée des soins. La diversité des profils rencontrés, incluant des infirmiers de terrain et des infirmières en chef, constitue également un atout en permettant de croiser les points de vue. Le fait que les entretiens aient été réalisés entre infirmiers a probablement favorisé un climat de confiance et la richesse des échanges. La saturation des

données a été atteinte lorsque les entretiens supplémentaires n'apportaient plus de nouveaux éléments pertinents. L'utilisation du modèle COM-B comme cadre théorique a permis de structurer l'analyse de manière cohérente et d'apporter une compréhension plus globale des différents facteurs influençant l'intégration de la planification anticipée des soins dans la pratique quotidienne. Enfin, cette étude apporte un éclairage sur les pratiques de planification anticipée des soins dans un contexte encore peu exploré en région wallonne, ce qui constitue un apport original à la littérature belge sur le sujet.

Certaines limites doivent néanmoins être prises en compte. Les infirmiers ont été recrutés sur une base volontaire, ce qui peut introduire un biais de sélection. Les infirmiers ayant accepté de participer pourraient être plus sensibilisés à la planification anticipée des soins ou plus à l'aise pour en discuter. Par ailleurs, le recrutement s'est en partie appuyé sur les infirmières en chef, dont certaines se sont portées volontaires lors de la prise de contact et ont ensuite suggéré la participation d'autres infirmières en chef et/ou d'infirmiers de leur équipe. Ce mode de recrutement a pu influencer la composition de l'échantillon en favorisant la participation d'infirmiers davantage impliqués dans ce type de démarche ou plus enclins à partager leur expérience.

Un biais de désirabilité sociale peut également être présent. Les infirmiers ont pu adapter leurs réponses afin de correspondre à ce qu'ils percevaient comme attendu ou socialement acceptable, en particulier dans un contexte marqué par des enjeux éthiques liés à la fin de vie. L'étude ayant été réalisée au sein du groupe Interséniors, une intercommunale, les résultats s'inscrivent dans un contexte organisationnel particulier et leur transfert à d'autres contextes doit être envisagé avec prudence.

Malgré les garanties d'anonymat, certains infirmiers ont pu éprouver des réserves quant à la confidentialité de leurs propos, ce qui a pu limiter l'expression de certains discours plus critiques. La présence de la directrice des soins du groupe en tant que promotrice de ce mémoire a d'ailleurs pu renforcer cette prudence, en raison d'un possible lien perçu avec la hiérarchie institutionnelle.

Par ailleurs, l'ensemble des infirmiers disposait de plusieurs années d'expérience, et aucun infirmier récemment diplômé n'a été inclus dans l'étude. Les résultats ne permettent donc pas d'explorer dans quelle mesure la formation initiale actuelle ou un plus faible nombre d'années d'expérience professionnelle pourraient influencer la compréhension et la mise en œuvre de

la planification anticipée des soins. Les infirmiers avaient également principalement une expérience en maison de repos, avec très peu d'expérience dans d'autres contextes de soins, ce qui peut avoir limité la diversité des points de vue et des pratiques rapportées.

Si le fait que les entretiens aient été réalisés entre infirmiers a probablement favorisé un climat de confiance et des échanges riches, cette proximité a toutefois pu influencer, de manière plus ou moins consciente, la conduite des entretiens ainsi que l'interprétation des discours.

De plus, les données reposent sur des récits d'expériences, ce qui peut entraîner un biais de rappel, certains événements pouvant être reconstruits ou interprétés a posteriori.

Le recours à un guide d'entretien semi-directif a permis d'assurer une certaine cohérence dans les thématiques abordées, mais a pu, dans une certaine mesure, orienter les échanges et influencer les discours recueillis. Néanmoins, au fil des entretiens, la conduite des échanges est devenue plus naturelle, permettant une discussion plus fluide et laissant davantage de place aux infirmiers pour s'exprimer librement et aborder les aspects qu'ils jugeaient importants.

L'analyse des données repose sur une interprétation des discours, ce qui peut introduire une part de subjectivité. Le recours au modèle théorique COM-B a néanmoins contribué à renforcer la rigueur et la cohérence de l'analyse.

Le choix d'une approche qualitative permet une compréhension fine et contextualisée des pratiques, mais ne vise pas la représentativité statistique. Les résultats doivent donc être interprétés comme des éléments de compréhension plutôt que comme des conclusions généralisables à l'ensemble des infirmiers exerçant en maison de repos.

Perspectives

À la lumière des résultats de cette étude, plusieurs pistes d'amélioration et de réflexion peuvent être proposées afin de soutenir l'intégration de la planification anticipée des soins en maison de repos.

Au sein du groupe Intersénior, les résultats mettent en évidence plusieurs pistes d'amélioration. Celles-ci concernent avant tout une meilleure intégration de la planification anticipée des soins dans les pratiques quotidiennes, ainsi que le développement de formations spécifiques et une clarification des rôles respectifs des infirmiers et des infirmières en chef dans cette démarche. Le document institutionnel actuellement utilisé pourrait également être

repensé afin de mieux répondre aux réalités du terrain, notamment en ce qui concerne son contenu, son accessibilité et son intégration dans la pratique quotidienne.

Cette étude suggère également qu'un soutien plus structuré des relais en soins palliatifs pourrait contribuer à renforcer l'intégration de la planification anticipée des soins au quotidien. Les entretiens suggèrent que l'absence actuelle d'un infirmier référent en soins palliatifs au sein du groupe a pu réduire les possibilités d'accompagnement des équipes. Cette fonction permettait auparavant de soutenir les relais des différentes maisons de repos, notamment dans la mise à jour des pratiques en soins palliatifs et dans la planification anticipée des soins.

Il serait intéressant d'approfondir cette étude au sein du groupe Intersénior auprès d'un plus grand nombre d'infirmiers. Il pourrait également être pertinent d'élargir l'analyse aux résidents, lorsque leur état de santé le permet, ainsi qu'aux médecins, aux directions, aux familles et à l'équipe pluridisciplinaire. Les aides-soignants pourraient notamment apporter un éclairage complémentaire, en raison de leur présence quotidienne auprès des résidents et de leur connaissance de leur quotidien. Une analyse comparative entre les infirmiers et les infirmières en chef permettrait aussi de mieux comprendre les différences de rôles, de perceptions et d'implication dans la mise en œuvre de la planification anticipée des soins.

Au-delà des actions pouvant être envisagées au niveau institutionnel, une collaboration plus précoce et mieux structurée avec les médecins pourrait également favoriser l'anticipation des situations de fin de vie et limiter les décisions prises en urgence.

Il serait également intéressant de mener des études similaires dans d'autres maisons de repos, afin d'explorer l'influence de contextes organisationnels différents sur la mise en œuvre de la planification anticipée des soins. L'analyse pourrait aussi être étendue à d'autres secteurs de soins et à des profils de patients différents, afin de comparer les pratiques et d'enrichir la compréhension du phénomène.

Conclusion

Cette étude visait à comprendre comment la planification anticipée des soins est vécue et intégrée dans la pratique quotidienne des infirmiers en maison de repos. Les résultats montrent que, bien que cette démarche soit globalement perçue comme pertinente et utile, son intégration reste variable et souvent partielle. Elle apparaît encore fréquemment peu formalisée, parfois confondue avec l'organisation quotidienne des soins ou abordée

tardivement, ce qui témoigne, du point de vue des infirmiers, d'une appropriation encore incomplète de cette démarche dans la pratique. Ces résultats mettent en évidence un décalage entre l'importance accordée à la planification anticipée des soins et sa mise en œuvre concrète.

Plusieurs leviers facilitent néanmoins son intégration. L'expérience des professionnels de la santé, la qualité du lien avec les résidents et leurs proches, les compétences relationnelles développées au fil du temps, ainsi que le rôle de coordination des infirmières en chef apparaissent comme des éléments favorables. Lorsqu'elle est effectivement mise en œuvre, elle contribue à des situations vécues comme plus sereines, avec des décisions davantage en accord avec les souhaits du résident et moins de tensions, y compris pour les familles.

Toutefois, de nombreux freins persistent. Le manque de temps, la charge de travail, l'incertitude dans certaines situations, la solitude décisionnelle, ainsi que des difficultés de collaboration et un manque d'organisation limitent son intégration. À cela s'ajoutent des enjeux relationnels et émotionnels liés à la fin de vie, ainsi qu'une utilisation parfois limitée ou peu opérationnelle des outils disponibles.

Ces éléments soulignent le caractère multifactoriel de la planification anticipée des soins. Son intégration repose sur des facteurs individuels, relationnels et organisationnels, mais aussi sur un cadre plus large qui dépasse le seul niveau institutionnel. Elle repose également sur une collaboration étroite avec les médecins, dont l'implication et la disponibilité influencent fortement sa mise en œuvre. Dans ce contexte, l'introduction du remboursement des consultations médicales dédiées à la planification anticipée des soins par l'INAMI semble encore peu associée, du point de vue des infirmiers, à des changements concrets dans la pratique quotidienne.

Enfin, malgré certaines limites, notamment liées au choix de se centrer sur les infirmiers, cette étude apporte un éclairage original sur la manière dont la planification anticipée des soins est vécue et intégrée dans la pratique quotidienne des infirmiers en maison de repos, dans un contexte encore peu exploré en région wallonne.

Ce mémoire met ainsi en évidence que, bien qu'ancrée dans les souhaits et les valeurs propres à chaque résident, la planification anticipée des soins dépend également de l'organisation des soins, de la collaboration entre les professionnels de la santé et des politiques de santé publique qui encadrent sa mise en œuvre.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Vieillissement et santé [Internet]. 2025 [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Organisation mondiale de la Santé. Ageing: Global population [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>
3. Statbel. Population au 1er janvier par âge et sexe [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/api/views/3ebe4ddc-27e6-4d3d-a6c0-3121df828953/result/EMBEDDED_HTML
4. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. Population des 65 ans et plus en Wallonie [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/population-des-65-ans-et/>
5. Bureau fédéral du Plan. Perspectives démographiques pour la Belgique: plus de 13 millions d'habitants et une espérance de vie de 90 ans à l'horizon 2080 [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.plan.be/fr/publications/perspectives-demographiques-pour-la-belgique-plus>
6. Sciensano. Espérance de vie [Internet]. 2025 [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie>
7. Organisation de coopération et de développement économiques. Vieillissement et soins de longue durée [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/themes/vieillissement-et-soins-de-longue-duree.html>
8. Organisation mondiale de la Santé. WHO calls for urgent transformation of care and support systems for older people [Internet]. 2024 [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/01-10-2024-who-calls-for-urgent-transformation-of-care-and-support-systems-for-older-people>
9. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Soins aux personnes âgées [Internet]. 2024 [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees>
10. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Performance of the Belgian health system – report 2024 [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.gezondbelgie.be/metadata/hspa/2024/OLD1-2.pdf>
11. Service public de Wallonie. Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – Partie réglementaire [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: https://wallex.wallonie.be/files/medias/10/PDF_du_CRWASS.pdf

12. Agence pour une Vie de Qualité. Rapport trisannuel des aînés 2022 [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2023-03/Rapport-trisannuel-des-aines-2022.pdf
13. Sciensano. The Belgian Mortality Monitoring [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.sciensano.be/en/projects/belgian-mortality-monitoring>
14. Organisation de coopération et de développement économiques. Time for Better Care at the End of Life [Internet]. OECD Publishing; 2023 [cité 18 mai 2026]. Disponible sur: https://www.oecd.org/en/publications/time-for-better-care-at-the-end-of-life_722b927a-en.html doi:10.1787/722b927a-en
15. Organisation mondiale de la Santé. Palliative care [Internet]. 2020 [cité 18 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
16. Ibrahim AM, Wahba NMI, Zaghamir DEF, Mersal NA, Mersal FA, Ali RAES, et al. Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*. 29 mai 2024;23(1):357. doi:10.1186/s12912-024-02028-2
17. Getie A, Edmealem A, Kitaw TA. Comparative Impact of Integrated Palliative Care vs. Standard Care on the Quality of Life in Cancer Patients: A Global Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One*. 2025;20(4):e0321586. doi:10.1371/journal.pone.0321586
18. Maetens A, Beernaert K, De Schreye R, Faes K, Annemans L, Pardon K, et al. Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. *BMJ Open*. 21 janv 2019;9(1):e025180. doi:10.1136/bmjopen-2018-025180
19. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-42. doi:10.1056/NEJMoa1000678
20. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391(10128):1391-454. doi:10.1016/S0140-6736(17)32513-8
21. Service public fédéral Santé publique. Loi du 21 juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs [Internet]. [cité 18 mai 2026]. Disponible sur: https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/Loi_2002_SP_-_MOD_2016_07_21.pdf
22. Service public fédéral Justice. Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 [Internet]. [cité 18 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/08/22/2002022737/justel>

23. Service public de Wallonie. Annexe 120 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé [Internet]. [cité 18 mai 2026]. Disponible sur: https://wallex.wallonie.be/files/medias/10/Annexe_120.pdf
24. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Soins palliatifs : En parler plus tôt pour une meilleure qualité de soins et de vie, c'est l'Advance Care Planning [Internet]. [cité 19 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-palliatifs/soins-palliatifs-en-parler-plus-tot-pour-une-meilleure-qualite-de-soins-et-de-vie-c-est-l-advance-care-planning>
25. Gilissen J, Pivodic L, Gastmans C, Vander Stichele R, Deliens L, Breuer E, et al. How to achieve the desired outcomes of advance care planning in nursing homes: a theory of change. *BMC Geriatr*. 14 févr 2018;18(1):47. doi:10.1186/s12877-018-0723-5
26. Wang J, Zhou A, Peng H, Zhu N, Yang L, Zheng X, et al. Effects of advance care planning on end-of-life decisions among community-dwelling elderly people and their relatives: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2023;12(3):183-93. doi:10.21037/apm-23-367
27. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, Van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. 2017;18(9):e543-51. doi:10.1016/S1470-2045(17)30582-X
28. Desmedt M. Identification du patient palliatif & attribution d'un statut lié à la sévérité des besoins : de l'usage d'un nouvel outil, le PICT [Internet]. Bruxelles: Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2015 [cité 19 mai 2026]. Disponible sur: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/identification-du-patient-palliatif-attribution-dun-statut-lie-la-severite-des-besoins-de>
29. Pallium. PSPA – Projet de Soins Personnalisés et Anticipés [Internet]. 2023 [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.pspa.be/documents/>
30. Sánchez-Ortiz M, Forcano-García M, López-Pérez M, Altisent-Trota R, Rocafort-Gil J. [Advance care planning in nursing homes: scoping review]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2024;59(4):101488. doi:10.1016/j.regg.2024.101488
31. Paque K, Ivanova I, Elseviers M, Stichele RV, Dilles T, Pardon K, et al. Initiation of advance care planning in newly admitted nursing home residents in Flanders, Belgium: A prospective cohort study. *Geriatr Gerontol Int*. févr 2019;19(2):141-6. doi:10.1111/ggi.13576
32. Gilissen J, Pivodic L, Wendrich-van Dael A, Gastmans C, Vander Stichele R, Van Humbeeck L, et al. Implementing advance care planning in routine nursing home care: The development of the theory-based ACP+ program. *PLoS One*. 17 oct 2019;14(10):e0223586. doi:10.1371/journal.pone.0223586

33. Gendt CD, Bilsen J, Stichele RV, Deliens L. Advance Care Planning and Dying in Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 févr 2013;45(2):223-34. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.02.011
34. Ampe S, Sevenants A, Smets T, Declercq A, Van Audenhove C. Advance care planning for nursing home residents with dementia: Influence of 'we DECide' on policy and practice. *Patient Education and Counseling*. 1 janv 2017;100(1):139-46. doi:10.1016/j.pec.2016.08.010
35. Gilissen J, Dael A, Gastmans C, Vander Stichele R, Deliens L, Detering K, et al. Differences in advance care planning among nursing home care staff. *Nurs Ethics*. 2021;28(7-8):1210-27. doi:10.1177/0969733021994187
36. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011;6(1):42. doi:10.1186/1748-5908-6-42
37. Intersénior. À propos [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <http://interseniors.be/fr/a-propos/>
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
39. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 (General Data Protection Regulation) [Internet]. 2016 [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
40. Service public fédéral Justice. Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine [Internet]. 2004 [cité 22 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2004/05/07/2004022376/justel>
41. Dupont C, Vleminck A, Deliens L, Gilissen J. Advance Care Planning in Belgium. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2023;180:121-6. doi:10.1016/j.zefq.2023.05.003
42. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med*. 2014;28(8):1000-25. doi:10.1177/0269216314526272
43. Pivodic L, Wendrich-van Dael A, Gilissen J, De Buyser S, Deliens L, Gastmans C, et al. Effects of a theory-based advance care planning intervention for nursing homes: A cluster randomized controlled trial. *Palliat Med*. 2022;36(7):1059-71. doi:10.1177/02692163221102000
44. Palliaguide.be. Advance Care Planning [Internet]. 2023 [cité 19 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.palliaguide.be/advance-care-planning-soins-palliatifs/>
45. van Dyck LI, Paiva A, Redding CA, Fried TR. Understanding the Role of Knowledge in Advance Care Planning Engagement. *J Pain Symptom Manage*. 2021;62(4):778-84. doi:10.1016/j.jpainsymman.2021.02.011

46. Vleminck AD, Pardon K, Beernaert K, Houttekier D, Stichele RV, Deliens L. How Do General Practitioners Conceptualise Advance Care Planning in Their Practice? A Qualitative Study. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153747. doi:10.1371/journal.pone.0153747
47. Gilissen J, Pivodic L, Smets T, Gastmans C, Vander Stichele R, Deliens L, et al. Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. janv 2017;66:47-59. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.12.003
48. van Dael-Wendrich A, Pivodic L, Van den Block L, Gilissen J. A complex healthcare technology to improve advance care planning (ACP) in nursing homes. In: *Improving the lives of people with dementia through technology: interdisciplinary network for dementia utilising current technology*. 2022. p. 210-31. (Aging and mental health research). doi:10.4324/9781003289005-20
49. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, Deschepper R, Van Audenhove C, Vander Stichele R, et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1 déc 2013;31(4):215-26. doi:10.3109/02813432.2013.854590
50. Gilissen J, Pivodic L, Wendrich-van Dael A, Cools W, Vander Stichele R, Van Den Block L, et al. Nurses' self-efficacy, rather than their knowledge, is associated with their engagement in advance care planning in nursing homes: A survey study. *Palliat Med*. juill 2020;34(7):917-24. doi:10.1177/0269216320916158
51. International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2021 [cité 24 mai 2026]. Disponible sur: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf
52. Gilissen J, Dael A, Gastmans C, Deliens L, Stichele R, Pivodic L, et al. Mixed methods process evaluation of an advance care planning intervention among nursing home staff. *Palliative Medicine*. 15 oct 2024;39:113-25. doi:10.1177/02692163241286652
53. World Health Organization. State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110236>
54. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 24 mars 2010;340:c1345. doi:10.1136/bmj.c1345
55. De Vleminck A. Supporting the initiation of advance care planning in general practice: the development of a complex intervention [Doctoral dissertation]. [Ghent; Brussels]: Ghent University; Vrije Universiteit Brussel; 2015.
56. Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD. A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. *J Am Geriatr Soc*. juill 2010;58(7):1249-55. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02956.x

57. Dupont C, Smets T, Monnet F, Pivodic L, De Vleminck A, Van Audenhove C, et al. A website to support people with dementia and their family caregivers in advance care planning: Results of a mixed-method evaluation study. *Patient Educ Couns*. oct 2024;127:108357. doi:10.1016/j.pec.2024.108357
58. Fédération Wallonne des Soins Palliatifs. Planification anticipée des soins ou Advance Care Planning (ACP) [Internet]. [cité 24 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.soinspalliatifs.be/acp.html>

Annexes

1. Le guide d'entretien

Je suis Shannon Chiwy, infirmière et étudiante en Master en sciences de la santé publique à l'Université de Liège. Pour mon mémoire, je m'intéresse à la planification anticipée des soins et à la manière dont vous la vivez et la pratiquez au quotidien.

Cette étude est menée au sein des maisons de repos et maisons de repos et de soins du groupe Intersénior et s'adresse exclusivement aux infirmiers et infirmiers en chef qui y travaillent.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer et d'avoir donné votre accord pour l'enregistrement de cet échange. Cet entretien durera environ 30 à 45 minutes. Il se déroulera dans un climat de confiance : il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, et vous êtes libre de ne pas répondre à une question ou d'interrompre l'entretien si vous le souhaitez. Toutes vos réponses resteront anonymes et confidentielles, et vous pouvez vous exprimer librement.

Pour protéger la confidentialité, merci de ne pas citer de noms de collègues, résidents ou de la direction. Nous parlerons plutôt des fonctions ou rôles.

Avec votre accord, je propose d'enregistrer cet entretien. Cela me permettra de retranscrire vos propos de manière anonymisée, et il sera supprimé dès la fin de l'analyse des données.

Si tout est clair pour vous, nous pouvons commencer l'entretien.

Introduction

- Depuis combien de temps travaillez-vous chez Intersénior ?
- Où travailliez-vous avant ?
- Avez-vous déjà entendu parler de planification anticipée ? (Qu'est-ce que ça évoque pour vous ?)

(Selon la réponse :

- Dialogue
- Personnes atteintes d'une maladie grave, incurable ou évolutive
- Anticipation des soins palliatifs (24).
- Notion parfois plus globale => But : respecter ses souhaits et priorités de soins, même en cas de perte de capacité décisionnelle (58)

Comportement

- Comment anticipez-vous (ou non) l'accompagnement de la fin de vie des résidents lorsqu'une dégradation de l'état de santé est envisagée ? (À quel moment cela se passe-t-il le plus souvent ? Avec quels résidents principalement ?)

Capacités

- Au cours de votre parcours professionnel, avez-vous été formé(e) aux soins palliatifs, notamment à l'accompagnement de la fin de vie et aux décisions de soins associées ? (formation initiale, continue, sur le terrain)
- Selon vous, en quoi une formation en soins palliatifs pourrait-elle (ou non) être utile dans votre pratique quotidienne en maison de repos ?

- Selon vous, quelles connaissances ou compétences sont nécessaires pour anticiper et planifier l'accompagnement de la fin de vie des résidents et de leurs proches ?
- Pouvez-vous me raconter une situation concrète dans laquelle vous vous êtes senti(e) compétent(e), ou au contraire en difficulté, lorsqu'il a fallu anticiper ou accompagner une dégradation de l'état de santé d'un résident et réfléchir aux soins à mettre en place ?
- Avec le temps, est-ce que votre manière d'aborder l'accompagnement de la fin de vie ou les décisions de soins auprès des résidents a évolué ? Si oui, de quelle manière ?

Opportunité

- Êtes-vous au courant de l'existence de consultations médicales spécifiques prévues pour anticiper l'accompagnement de la fin de vie des patients identifiés comme palliatifs ? (Si oui, cela a-t-il entraîné des changements dans votre pratique ou dans celle de l'équipe ? Selon vous, est-ce que ce type de consultation pourrait avoir un impact sur la pratique en maison de repos ?)
- Dans votre structure, est-ce qu'il vous semble facile ou difficile d'anticiper et d'organiser l'accompagnement de la fin de vie des résidents ? Quelles sont les conditions qui facilitent ou, au contraire, qui compliquent cette démarche ? (temps, ressources humaines, conditions matérielles, organisation, coordination de l'équipe)
- Comment les informations concernant l'accompagnement de la fin de vie ou les décisions de soins des résidents sont-elles partagées et conservées au sein de votre maison de repos ?
- Pouvez-vous me donner un exemple concret où l'environnement de travail (organisation, ressources, fonctionnement de l'équipe) a facilité ou, au contraire, limité l'anticipation et l'accompagnement de la fin de vie d'un résident ?
- Selon vous, comment l'équipe soignante, la direction et les médecins abordent-ils l'anticipation et l'accompagnement de la fin de vie dans la structure ? Existe-t-il une culture ou des habitudes institutionnelles à ce sujet ?

Motivation

- Selon vous, quelle importance l'anticipation et l'accompagnement de la fin de vie ont-ils dans votre pratique infirmière ? Les considérez-vous essentiels ou plutôt secondaires ?
- Qu'est-ce qui, dans votre quotidien d'infirmier, vous incite à anticiper et organiser l'accompagnement de la fin de vie des résidents, et qu'est-ce qui rend cette démarche difficile ou compliquée ?
- Quel est votre ressenti lorsque vous abordez avec un résident ou sa famille des questions liées à la fin de vie ou aux décisions de soins ?
- Pour terminer, pouvez-vous me raconter une expérience marquante, positive ou difficile, liée à l'anticipation et à l'accompagnement de la fin de vie d'un résident, et m'expliquer en quoi elle influence aujourd'hui votre manière de les aborder dans votre pratique ?

Conclusion

Nous arrivons à la fin de cet entretien.

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ou revenir sur un point qui vous semblerait important et que nous n'aurions pas abordé ?
- Selon vous, est-ce important d'encourager l'anticipation et l'accompagnement de la fin de vie des résidents en maison de repos ? Si oui, comment et avec quels moyens (ressources, organisation, soutien) ?

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez accordé, pour votre confiance et pour la richesse de vos partages.

Si vous le souhaitez, je pourrai vous faire parvenir un retour sur les résultats de l'étude une fois celle-ci finalisée.

2. L'accord du Comité Éthique Hospitalo-Facultaire de l'Université de Liège

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 02/12/2025

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **Shannon CHIWY**
Service des **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: **2025/640**

"L'expérience des infirmiers face à la planification anticipée des soins dans les maisons de repos du groupe Intersénior : une analyse basée sur le modèle COM-B. "

Protocole :

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude et sa publication. Il vous recommande toutefois de prendre contact avec le Délégué à la protection des données de l'ULiège, Monsieur P-F. PIRLET (dpo@uliege.be), afin de vous assurer du respect de la réglementation en matière de protection des données.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Céline KEMPENEERS Pédiatre, CHU	
Madame Sophie KESSELER Infirmière, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure Marie-Paule LECART Rhumato-gériatre, membre extérieure au CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Monsieur Jacques LOMBET Pédiatre, Citadelle	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacienne, CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieure au CHU	

3. Le document institutionnel « déclarations de volonté »



Bienvenue *Chez vous*

Intercommunale des Seniors des communes

de la Haute Meuse Liégeoise et de la Hesbaye sc

Déclarations de volonté

Nom et prénom du résident :

.....

Numéro du registre national :

.....

Date de naissance :

.....

Adresse du lieu de résidence :

.....

Médecin traitant :

.....

Adresse du médecin traitant et numéro de téléphone :

.....

DECLARATION ANTICIPEE DE VOLONTE RELATIVE AU TRAITEMENT

La déclaration anticipée de volonté relative au traitement sera respectée dans le cas où vous seriez dans l'incapacité d'exprimer votre volonté. Cette déclaration n'est pas limitée dans le temps, à moins d'une révocation ou de modifications de votre part. Pour s'assurer que vos souhaits seront respectés, il est préférable de les communiquer à vos proches et aux soignants qui vous accompagnent. Dans le cas où un mandataire a été désigné, celui-ci peut faire respecter vos choix et le médecin est tenu légalement de respecter cette volonté.

Si je suis dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, quels sont les soins de santé dont je ne souhaite pas bénéficier ?

Si je réponds « oui » à l'une des propositions suivantes, je spécifie les conditions dans lesquelles ce choix est applicable (ex : si je me trouve dans un état de dégradation physique et/ou intellectuelle profonde ; s'il n'y a plus d'espoir d'amélioration de mon état de santé ; si j'ai déjà subi x traitements par antibiotiques ; etc...). Il peut être opportun de demander au médecin de préciser ce qu'impliquent ces thérapies spécifiques.

Pallium asbl Octobre 2020

INTERSENIORS sc – Siège Social : Avenue du Centenaire, 400, 4102 Seraing
N° compte bancaire : 091-0178517-66 – Iban BE07091017851766 – Bic GKCCBEBB
N° d'entreprise : 0808316737
Tél : 04/385.92.00 – info@interseniors.be – www.interseniors.be



Bienvenue **Chez vous**

Intercommunale des Seniors des communes

de la Haute Meuse Liégeoise et de la Hesbaye sc

I. TRANSFERT ENTRE LE MILIEU DE VIE ET LE MILIEU HOSPITALIER

Je souhaite être emmené(e), si nécessaire et dans la mesure du possible, à l'hôpital en cas de problème de santé jugé critique par les soignants m'accompagnant

O OUI O NON O ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si oui, si possible :

O avec l'accord de mes proches

O avec l'accord de mon médecin traitant

Je souhaite être transféré(e) dans la mesure du possible dans l'hôpital suivant :

Nom :

Adresse :

Je souhaite finir mes jours dans mon lieu de vie.

O OUI O NON O ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si oui, mon lieu de vie se situe à :

II. VOLONTES ANTICIPEES

1. Je refuse qu'on me réanime

O OUI

Conditions :

O NON

O ACTUELLEMENT SANS AVIS

2. Je refuse d'être branché(e) à un appareil respiratoire si je ne peux plus respirer naturellement.

O OUI

Conditions :

O NON

O ACTUELLEMENT SANS AVIS

Pallium asbl Octobre 2020

INTERSENIORS sc – Siège Social : Avenue du Centenaire, 400, 4102 Seraing
N° compte bancaire : 091-0178517-66 – Iban BE07091017851766 – Bic GKCCBEBB
N° d'entreprise : 0808316737

Tél : 04/385.92.00 – info@interseniors.be – www.interseniors.be



Bienvenue **Chez vous**

Intercommunale des Seniors des communes

de la Haute Meuse Liégeoise et de la Hesbaye sc

3. Je refuse d'être nourri(e) de manière artificielle si je ne peux plus m'alimenter par mes propres moyens.
O OUI
Conditions :
O NON
O ACTUELLEMENT SANS AVIS
4. Je refuse d'être hydraté(e) de manière artificielle si je ne peux plus m'alimenter par mes propres moyens.
O OUI
Conditions :
O NON
O ACTUELLEMENT SANS AVIS
5. Je ne souhaite pas que ma vie soit prolongée artificiellement si aucune amélioration de santé n'est médicalement envisageable.
O OUI
Conditions :
O NON
O ACTUELLEMENT SANS AVIS
6. Je refuse de bénéficier de soins palliatifs.
O OUI
Conditions :
O NON
O ACTUELLEMENT SANS AVIS
7. Je refuse les traitements contre la douleur.
O OUI
Conditions :
O NON
O ACTUELLEMENT SANS AVIS

Pallium asbl Octobre 2020

INTERSENIORS sc – Siège Social : Avenue du Centenaire, 400, 4102 Seraing
N° compte bancaire : 091-0178517-66 – Iban BE07091017851766 – Bic GKCCBEBB
N° d'entreprise : 0808316737
Tél : 04/385.92.00 – info@interseniors.be – www.interseniors.be



Bienvenue *Chez vous*

Intercommunale des Seniors des communes

de la Haute Meuse Liégeoise et de la Hesbaye sc

8. Je désire que mes proches soient associés à la prise de décision me concernant.

O OUI

Conditions :

O NON

O ACTUELLEMENT SANS AVIS

9. Autres traitements dont je ne souhaite pas bénéficier

.....
.....
.....

10. Je ne souhaite plus effectuer d'examens médicaux sauf s'ils sont destinés à améliorer mon confort.

O OUI

Conditions :

O NON

O ACTUELLEMENT SANS AVIS

Date :

Signature du résident ou de son représentant légal

Signature du médecin traitant

Pallium asbl Octobre 2020

INTERSENIORS sc – Siège Social : Avenue du Centenaire, 400, 4102 Seraing
N° compte bancaire : 091-0178517-66 – Iban BE07091017851766 – Bic GKCCBEBB

N° d'entreprise : 0808316737

Tél : 04/385.92.00 – info@interseniors.be – www.interseniors.be



Bienvenue **Chez vous**

Intercommunale des Seniors des communes

de la Haute Meuse Liégeoise et de la Hesbaye sc

IV. V. DON D'ORGANES – DON DU CORPS

1. DON D'ORGANES

J'accepte qu'après mon décès, mes organes soient utilisés à des fins de transplantation.

O OUI* O NON** O ACTUELLEMENT SANS AVIS

* Si oui, je suis légalement libre d'indiquer le ou les éventuel(s) organe(s) dont je ne souhaite pas faire don à des fins de transplantation

.....
.....
.....
.....
.....

** Si non, faire enregistrer l'opposition au don d'organes au registre de la population de la commune dans laquelle je suis domicilié(e) ou mentionner le nom de la commune dans laquelle le refus de don d'organes a été enregistré.

.....

2. DON DU CORPS

J'accepte que mon corps soit utilisé à des fins de recherche médicale.

O OUI* O NON** O ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si j'ai déjà rempli un document concernant le don du corps à la science :

- le document concernant le 'don du corps à la science' a été remis auprès de telle personne et/ou institution (université, médecin, notaire ou autre contact, à préciser) :

.....
.....
.....

Pallium asbl Octobre 2020

INTERSENIORS sc – Siège Social : Avenue du Centenaire, 400, 4102 Seraing
N° compte bancaire : 091-0178517-66 – Iban BE07091017851766 – Bic GKCCBEBB

N° d'entreprise : 0808316737

Tél : 04/385.92.00 – info@interseniors.be – www.interseniors.be



Bienvenue **Chez vous**

Intercommunale des Seniors des communes

de la Haute Meuse Liégeoise et de la Hesbaye sc

III. DECLARATION ANTICIPEE D'EUTHANASIE

La déclaration anticipée d'euthanasie permet à un patient conscient et lucide de demander par écrit qu'il soit mis fin à sa vie au cas où il se trouverait dans une situation médicale sans issue et dans un état d'inconscience irréversible. Cette déclaration doit être signée en présence de deux témoins majeurs et a une durée de validité indéterminée.

Attention cette déclaration n'est valable **que** dans une situation de **coma irréversible**. En situation de maladie grave, si une personne désire bénéficier d'une euthanasie, elle devra suivre la procédure prévue par la législation (Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie).

L'euthanasie est un acte posé par un médecin, à la demande explicite d'un patient, dont le but est d'entraîner le décès de ce dernier, dans le respect des prescriptions décrites par la loi de 2002.

J'ai rempli par écrit une déclaration anticipée d'euthanasie

O OUI

O NON

Si oui, celle-ci a été enregistrée à la commune de :

Date de l'enregistrement de la déclaration :

Je désire recevoir des informations sur le cadre légal et les démarches nécessaires à entreprendre concernant la déclaration anticipée d'euthanasie.

O OUI

O NON

Si oui, je peux me référer au document légal s'y rapportant.

Autre(s) élément(s) que je désire mentionner dans le volet « soins de santé »

.....
.....
.....
.....

Pallium asbl Octobre 2020

INTERSENIORS sc – Siège Social : Avenue du Centenaire, 400, 4102 Seraing
N° compte bancaire : 091-0178517-66 – Iban BE07091017851766 – Bic GKCCBEBB

N° d'entreprise : 0808316737

Tél : 04/385.92.00 – info@interseniors.be – www.interseniors.be