



HAL
open science

Soins palliatifs et fin de vie aux urgences : évaluation du ressenti des soignants des connaissances et des pratiques professionnelles avant et après formation

Annabelle Escavy

► To cite this version:

Annabelle Escavy. Soins palliatifs et fin de vie aux urgences : évaluation du ressenti des soignants des connaissances et des pratiques professionnelles avant et après formation. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01633924

HAL Id: dumas-01633924

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01633924>

Submitted on 13 Nov 2017

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

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

THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 24 avril 2017 par

Annabelle ESCAVY

Née le 29 mars 1989

**Soins palliatifs et fin de vie aux urgences:
évaluation du ressenti des soignants, des
connaissances et des pratiques
professionnelles avant et après formation.**

Membres du jury:

Président:

Monsieur le Professeur J. LEVRAUT

Assesseurs:

Monsieur le Professeur G. BERNARDIN

Monsieur le Professeur Y-E. CLAESSENS

Madame le Docteur A-M. VALET- EKER

Directeur de thèse:

Monsieur le Docteur A. BASAR

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVÉ Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. OLLIER Amédée
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M. GRELLIER Patrick	
M. GRIMAUD Dominique	

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDEBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

Table des matières

Remerciements	12
Glossaire	16
I)- Introduction	17
II)- Généralités	19
1)- Les soins palliatifs et la fin de vie: principes généraux et législation	19
2)- Les urgences face aux patients en soins palliatifs et en fin de vie	22
a)- Le transfert des patients aux urgences	22
b)- Le cadre, l'ambiance d'un service d'urgence	23
c)- La pratique de l'urgence, et les pratiques professionnelles face à ces patients	24
d)- Les moyens pour contrer ces difficultés	26
3)- Le ressenti des soignants des urgences	27
4)- Le manque de formation	30
II)- Matériel et Méthode	32
1)- Design de l'étude	32
2)- Population	32
3)- Recueils des données et supports	33
4)- Analyse et saisie des données	35
5)- Analyse statistique	35
IV)- Résultats	36
1)- Données démographiques	36
2)- Ressenti et stress des soignants	37
3)- Connaissances et formation	41
4)- Pratiques professionnelles	42

V)- Discussion	48
1)- La formation effectuée et la population étudiée	48
2)- Les données	49
3)- L'amélioration du ressenti et la réduction du stress	50
4)- L'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles	51
VI)- Conclusion	54
Résumé	55
Bibliographie	57
Annexe 1: Diapositives de la SFAP sur la loi Claeys-Léonetti: hiérarchie dans la prise de décision et sédation profonde	62
Annexe 2: Modèles des formulaires des directives anticipées	63
Annexe 3: Modèle du formulaire de la personne de confiance	66
Annexe 4: Questionnaire I	67
Annexe 5: Protocole LAT(A)	70
Annexe 6: Questionnaire II	72
Serment d'Hippocrate	75

« L'achèvement de la vie donne un sens à la vie. »

Dr. J. Léonetti.

« Les urgentistes sont ceux à qui l'on confie la mort. »

*(Débat avec les urgentistes au Mans, pour le rapport
Sicard).*

Remerciements

Membres du jury

A Monsieur le Professeur Jacques Levraut,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger mon travail. C'est dans votre service des urgences que j'ai découvert cette pratique médicale qui me passionne, et je vous remercie de m'avoir permis d'en faire mon futur métier. Vous trouverez dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Gilles Bernardin,

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant d'appartenir à ce jury, de prendre le temps, et d'apporter à mon travail votre regard critique et expérimenté sur le sujet. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Yann-Erick Claessens,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'intégrer mon jury et d'avoir accepté de juger et d'apprécier mon travail de votre oeil émérite. Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Anne-Marie Valet-Eker,

Je suis ravie d'avoir pu faire votre connaissance. Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail en appartenant à ce jury, et d'y apporter votre attention éclairée. Veuillez trouver en ce travail le témoignage de toute ma considération.

Directeur de thèse.

A Monsieur le Docteur Arek Basar,

Je ne te remercierai jamais assez pour ton intérêt et ton investissement dans ce travail. Tu as immédiatement accepté de me prendre sous ton aile. Sans toi, absolument rien de tout cela n'aurait été possible. Merci pour la confiance que tu m'as accordée pour accomplir ce travail. Merci pour ton soutien inconditionnel, ta présence à chaque instant, ta réassurance, tes encouragements réguliers et ta bonne humeur. Merci, merci et encore merci.

Soutiens, soignants

A Mr Franck Le Duff,

Merci de m'avoir permis de débiter mon travail, pour votre aide avec les chiffres qui sont un monde mystérieux pour moi mais que j'ai appris à appréhender.

A tous les soignants ayant participé à cette étude,

Un grand merci à vous tous, médecins, internes, cadres, infirmiers, aide-soignants, et agent des services hospitaliers, sans vous ce travail n'aurait pas été possible. Merci pour votre participation, votre investissement, votre enthousiasme. Merci également pour vos commentaires et vos réflexions profitables, qui permettront peut être des avancées dans le domaine des soins palliatifs et de la fin de vie aux urgences, au sein de vos centres hospitaliers.

A tous les médecins et les équipes paramédicales côtoyés durant mes études,

Merci à tous les soignants rencontrés au fil de ces années au CHU de Nice, dans les hôpitaux d'Antibes, de Grasse, aux Sources et en ville, ce fut un réel plaisir de travailler (et pas que..) avec vous, merci pour ces moments partagés, et pour le savoir que vous m'avez transmis. Certains d'entre vous m'ont énormément marqué, chacun a laissé son empreinte et c'est en partie à vous que je dois le médecin que je serai demain.

Aux patients,

A eux, qui nous permettent d'apprendre, pour qui j'exerce un métier que j'aime, qui m'ont parfois éprouvé, souvent remercié, voir même encouragé.

Famille

A ma mamounette Caroline,

Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis, merci d'être toujours là pour moi, autant pour les petites choses que pour celles qui ont une importance capitale. Merci pour l'amour si grand que tu me portes. Merci pour toutes les choses que tu m'as données. Merci de me soutenir, de me conseiller, de m'épauler, et pour tout ce que tu fais pour moi. Merci pour tous les moments de bonheur partagés. Je t'aime. Et merci pour la relecture!

A mon papounet Michel,

Merci d'avoir également fait de moi la personne que je suis. Merci pour ton amour. Merci pour ta présence, et ton soutien dont je mesure plus que jamais l'importance et la grandeur après les épreuves surmontées et les combats remportés. Merci pour tous les beaux moments partagés. Merci pour tous tes précieux conseils, et ta sagesse. Je t'aime.

A mon frère Cedric,

Merci mon grand frère, merci d'avoir toujours été là même quand tu étais loin, merci de l'être en toutes circonstances, merci pour ton soutien. Je t'aime. Merci pour ces purs moments de bonheur partagés avec toute ta petite famille, merci à Sophie, merci à Margot qui me donne une excuse pour jouer de nouveau aux légos et merci au futur petit bout de chou qui va bientôt agrandir la famille et nous apporter encore plus de bonheur.

A mon frère Alexis,

Merci frérot, même si tu vis à l'autre bout de la planète, tu es en permanence dans mon coeur avec moi, je suis fière de la personne que tu es devenue, en espérant que cela soit réciproque. Merci pour tes conseils. Tu me manques. Je t'aime.

A Mick,

Merci pour ta présence, ton soutien, ta compassion, merci pour toutes les expériences, les choses que j'ai pu découvrir grâce à toi, et l'ouverture d'esprit que cela m'a apporté.

A ceux qui ne sont plus là,

A mamy et papy Foufie, à mamie et papi Ur, je pense souvent à vous, en espérant que de là où vous vous trouvez, vous êtes fiers de moi. Merci pour tous ces moments où vous vous êtes si bien occupé de moi. Merci pour tout l'amour que vous m'avez donné.

A Jean-lucounet,

Merci pour ta présence, tes conseils toujours bienveillants, ton écoute attentive même si parfois sélective et ton immense soutien.

A Alessia,

Merci pour ton soutien, et ta compréhension, merci également à tes parents.

Aux proches et aux amis de la famille,

Merci à tous pour votre soutien.

A gatounette,

Merci pour ces petits moments d'amour.... légèrement intéressés.

Amis

A Daisy,

Ma choupinette, je ne vais pas compter depuis combien d'années tu es à mes côtés, merci pour tout ce qu'on a partagé (je n'ose imaginer la liste...), pour tous ces moments de rires, de confiance et pour tous ceux que l'on partagera encore! Il est loin le temps du fluo et des brassards en collants....merci d'avoir grandi et mûri avec moi, merci pour ta présence, merci pour ton soutien en toutes circonstances; et tu le sais, moi aussi je serais toujours là pour toi. Ce que je suis aujourd'hui je te le dois aussi en partie. Merci d'être celle que tu es. Je t'aime.

A ceux qui sont là depuis des années,

Romain, chouchou, on a bien grandi depuis St Etienne-de-Tinée, tu me manques, malgré le temps et la distance et bien tu es toujours là, nous sommes là, et je trouve ça tellement beau, merci! Billy, malgré le temps, la non-distance..., toi aussi tu es toujours là, merci! A tous ces moments partagés avec vous! Victor, de même malgré le temps et la distance, on sait que l'on peut compter l'un sur l'autre, merci!

A ceux dont j'ai croisé la route plus tard,

A mon Poupou, Ben et Adri, vous êtes de belles personnes, je suis tellement contente d'avoir fait votre connaissance, d'avoir partagé tous ces moments avec vous et même s'ils sont devenus plus rares d'en partager des futurs! Merci!

A Michael,

Merci pour ton soutien (quand tu y penses...!), ta compréhension, et tous ces bons moments partagés. Merci pour ton amour. A l'avenir. Je t'aime 🐻.

A ceux avec qui j'ai partagé mon externat,

Sophie, Fabien, Mélissa, même si les liens se sont peu à peu dissous avec le temps, merci pour ce soutien durant toutes ces années et pour ces moments de purs délires! A tous les autres rencontrés au cours de ces années merci pour ces bons moments!

A mes co-internes,

Merci à tous ceux qui ont eu le courage de me supporter en stage, ceux avec qui j'ai partagé ces trois ans! A tous ces petits moments de craquage, de rires, ces soirées. A tous les doux surnoms auxquels j'ai pu répondre (Matthieu tu gagnes la palme). A toutes ces rencontres, aux complicités qui en sont nées .

A mes copains du DESC,

Les enfants! Pour certains on se connaissait déjà, pour d'autres ce fut de belles rencontres j'aime la cohésion qui existe entre nous, le soutien, la camaraderie, l'amitié....

Vic' on y arrive poulette, c'est notre tour! Merci à tous, pour les co-voitages, les co-dodos, merci pour tous ces moments partagés, ces petits séjours, et ces petites soirées (Delphine on va un peu les continuer ici, j'en connais certains qui seront enclins à nous suivre....). Claudia, j'aime bien notre soutien mutuel! Hâte de vous retrouver bientôt!

A la vie!

Ses peines, ses joies, ses épreuves qui nous rendent plus forts, ses rencontres, tous ses moments de bonheur, tous ses petits trésors, merci à tout ce qui fait ce que je suis devenue.

Glossaire

CCNE: Comité consultatif national d'éthique

CHU: Centre hospitalier universitaire

DIU: Diplôme inter-universitaire

DU: Diplôme universitaire

EMSP: Equipe mobile de soins palliatifs

HAD: Hospitalisation à domicile

IGAS: Inspection générale des affaires sociales

INSEE: Institut national de la statistique et des études économiques

LAT(A): Limitation et arrêt des thérapeutiques (actives)

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONFV: Observatoire national de la fin de vie

SAMU: Service d'aide médicale urgente

SAU: Service d'accueil des urgences

SFAP: Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SFMU: Société française de médecine d'urgence

SMUR: Service mobile d'urgence et de réanimation

SRLF: Société de réanimation de langue française

TU: Terminal urgence

UCSU: Unité de court séjour d'urgence

UHCD: Unité d'hospitalisation de courte durée

I)- Introduction

On peut considérer la mort comme un reflet des valeurs portées par notre société. Elle a fait l'objet d'une médicalisation croissante durant la seconde moitié du XXème siècle, ainsi la mort hospitalière, médicalisée, secondaire aux progrès médicaux s'oppose à la mort familiale qui s'inscrit de moins en moins dans nos mœurs. Le progrès médical, peut la faire considérer comme une ennemie et un échec pouvant être cause de souffrance pour les patients, et de frustration, de surmenage pour les soignants. Il ne faut pas négliger le danger de traiter la mort d'une manière purement médicale. Les soignants ont, de nos jours, cette responsabilité pesante. Toutefois, depuis peu, on redécouvre la mort naturelle et l'accompagnement.

Le débat éthique entourant la mort pose des interrogations : il n'existe pas de solution prédéfinie pour gérer ces situations, de schéma imposé; c'est au cas par cas. Chaque situation face à la mort entraîne un débat éthique différent.

De nos jours, les études montrent que 50 à 80% des français souhaitent mourir à la maison mais c'est le cas pour seulement 30% : plus d'un français sur deux meurt à l'hôpital (1). Selon l'étude de l'ONFV menée en 2008 (2) et le rapport de l'IGAS de 2009 (3), environ 58% des français meurent dans un établissement de santé : 49,5% dans un hôpital public ou privé et 8,4% en clinique privée; 27% décèdent à domicile et 11% en maison de retraite, ces chiffres sont stables au cours des années (4).

Nous devons ainsi nous interroger sur l'organisation de notre système de santé: car en effet celui-ci présente peu d'alternative à l'hospitalisation. L'ONFV rapporte en 2014-2015 que les soins palliatifs à domicile ne sont pas assez développés et restent insuffisants.

Par ailleurs, 16% des patients morts à l'hôpital décèdent à l'issue d'un séjour d'une durée inférieure ou égale à 24 heures, notamment aux urgences ou dans une unité hospitalière de courte durée (UHCD) attenante. Le pourcentage de morts aux urgences ou dans les « lits-portes » se situe entre 7 et 17% des décès hospitaliers. Seulement 20% des malades qui meurent à l'hôpital bénéficient de soins palliatifs financés en tant que tels. (3)

Les urgences sont par principe un service technique ou « on préserve et sauve des vies », or, comme de nombreux patients en fin de vie arrivent aux urgences, se pose alors la question de leur prise en charge dans ce contexte, et de la qualité de la fin de la vie dans cet environnement. Il incombe aux urgentistes de savoir prendre en charge ces patients d'une manière adéquate; des compétences insuffisantes peuvent aboutir à des décisions médicales inadaptées. La décision de réanimation ou non, de limitation et d'arrêt des traitements, en médecine d'urgence peut paraître complexe même pour les patients âgés en soins palliatifs ou en fin de vie. Ainsi, comment décider au plus juste sans risque

d'obstination déraisonnable, sans risquer une perte de chance, dans ce contexte qui ne peut suffire à s'exonérer des règles éthiques?

Prendre en charge des patients en soins palliatifs et en fin de vie ainsi que leur famille représente de nombreuses épreuves aux urgences. Et ce, en raison d'un environnement peu adapté, d'un manque de connaissances, de formation, de l'établissement insuffisant de relations entre les familles et les professionnels de la santé, et des préoccupations éthiques et sociales liées à la fin de vie (5), et cela peut affecter négativement les soignants.

Une bonne mort peut être définie comme étant «celle qui est exempte de détresse et de souffrances pour les patients, les familles et les soignants, en accord avec les souhaits des patients et des familles, et raisonnablement conformes aux normes cliniques, culturelles et éthiques » (6). Dans un service d'urgence une bonne mort peut être difficile à atteindre.

Cela nous force à changer notre regard sur la vocation des services d'urgences et sur la nécessité d'aider les professionnels qui y travaillent.

II)- Généralités

1)- Les soins palliatifs et la fin de vie: principes généraux et législation

Cette discipline médicale est contemporaine, on en doit les précurseurs à Cicely Saunders infirmière, médecin et écrivain anglo-saxonne dans les années soixante, le terme exact a été utilisé pour la première fois une quinzaine d'années plus tard par le médecin canadien Balfour Mount. (7)

La dernière définition précise des soins palliatifs a été donnée par l'OMS en 2002 (8). Les concepts essentiels sont: l'amélioration de la qualité de vie des patients et des familles; la prévention et le soulagement de la souffrance, de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels; le soutien du patient et de la famille; et la prise en charge en équipe. Ces soins soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendant ni à l'accélérer, ni à la repousser et peuvent être associés à d'autres traitements pouvant prolonger la vie.

La fin de vie peut être définie comme la période pendant laquelle un patient vit et souffre d'une maladie mortelle, elle peut être plus ou moins longue dans le cas de patients souffrant de maladies chroniques ou malignes avec une atteinte avancée, et incurable, ou brève dans le cas de patients souffrant d'atteintes aiguës menaçant la vie (9). Les caractéristiques des soins palliatifs sont applicables aux soins de fin de vie.

En France, les soins palliatifs et la fin de vie sont une préoccupation récente.

La première loi datant de 1999 a énoncé le fait que toute personne a le droit de recevoir des soins palliatifs (10).

En 2002, la première loi relative aux droits des malades (11) a instauré la nécessité de recueillir le consentement éclairé du patient avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, et a fait naître la notion de personne de confiance.

En 2005, la dite « Loi Leonetti » (12) a interdit l'obstination déraisonnable et a formulé la nécessité de respecter la volonté des patients. Sont alors considérés comme déraisonnables les actes « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Les notions de procédure collégiale et de directives anticipées ont été introduites pour la limitation et l'arrêt des traitements. Le rôle de la personne de confiance a été précisé. Cette loi oblige le médecin lors de l'arrêt ou de la limitation de traitements qui « maintiennent en vie » à mettre en place des soins palliatifs, à soulager la douleur, respecter la dignité et

accompagner les proches. Elle l'autorise également en cas de douleur réfractaire en fin de vie à introduire des traitements analgésiques ou sédatifs même s'ils peuvent abrégé la vie.

La nouvelle loi 2016-87 du 2 février 2016 dite « loi Claeys Leonetti » (13,14) relative aux droits des malades et à la fin de vie précise et complète la loi de 2005.

Elle fait suite à un état des lieux, fruit de différents travaux de réflexions (14), dont le rapport Sicard (15), et d'une demande de la société, où il a été mis en évidence que les patients ne se sentaient pas écoutés, peu pris en considération, non soulagés et étaient en demande d'une plus grande autonomie. De plus différents cas très médiatisés, avec des démêlés judiciaires, ont eu un impact sur la vision de la société des prises en charge dans ce domaine, et ont renforcé sa demande.

Ainsi, cette loi constitue une réponse législative. En parallèle un plan national a été instauré et fait écho à la loi au niveau de la santé publique (16). Ce nouveau plan triennal 2015- 2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, est financé à hauteur de 190 millions d'euros. Il comprend quatre grands axes de développement qui sont:

- Informer le patient, lui permettre d'être au cœur des décisions qui le concernent.
- Former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs.
- Développer les prises en charge de proximité : favoriser les soins palliatifs à domicile y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux.
- Garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous : réduction des inégalités d'accès aux soins palliatifs.

La loi du 2 février 2016 modifie le code de déontologie médicale, et crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Elle tend au développement des soins palliatifs et garantie leur accès sur l'ensemble du territoire. Elle prévoit une obligation de suivre une formation spécifique aux soins palliatifs pour les professionnels de santé.

Elle pose le principe selon lequel "toute personne a droit à une fin de vie digne et apaisée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ».

Dans le cadre de l'obstination déraisonnable, il est précisé que l'hydratation et la nutrition sont des traitements qui peuvent être arrêtés.

Selon le principe du refus de l'acharnement thérapeutique, le patient s'il est en capacité de s'exprimer, a le droit de refuser un traitement et le médecin a obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences. Le malade doit réitérer sa demande dans un délai raisonnable. Si le malade n'est pas en capacité de s'exprimer la loi précise la hiérarchie des avis à suivre. En conséquent, le médecin devra s'enquérir des

directives anticipées du malade qui s'imposent à lui, à défaut consulter la personne de confiance et en dernier recours la famille ou les proches (Annexe 1).

S'il n'existe pas de directives anticipées, si elles apparaissent inappropriées ou en cas d'urgence vitale le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation, la décision médicale doit être le résultat d'une décision collégiale qui doit être motivée, inscrite dans le dossier et transmise à la personne de confiance et à la famille ou aux proches.

Concernant les directives anticipées: elles sont non obligatoires, révisables ou révocables à tout moment, et de durée illimitée. Toute personne majeure et capable (y compris sous tutelle) peut les rédiger. Elle y exprimera ses volontés relatives à sa fin de vie et notamment sa volonté de refuser, limiter ou arrêter, (mais aussi de poursuivre) des thérapeutiques ou des actes médicaux. Deux modèles selon l'état de santé de la personne, sont proposés dans un arrêté du ministère des affaires sociales et de la santé (17) (Annexe 2).

Une personne de confiance pourra être désignée par toute personne majeure, son témoignage restitue la volonté du patient et prévaut sur tout autre. Révisable et révocable à tout moment, sa désignation doit être faite par écrit et co-signée (Annexe 3).

Cette loi intègre également le principe du potentiel « double effet » des thérapeutiques utilisées.

De surcroît elle crée un droit à la sédation profonde et continue pour le patient. Elle est limitée à certains cas : si le patient est atteint d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme et présente une souffrance réfractaire aux traitements, ou si l'arrêt d'un traitement engage le pronostic vital du patient à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable. Elle doit être systématiquement associée à une analgésie. Elle peut être mise en place à la demande du patient ou par le médecin, à la suite d'une décision collégiale afin de vérifier la rectitude des conditions d'application, cela doit être inscrit au dossier et transmis à l'entourage (Annexe 1).

A propos des thérapeutiques à utiliser pour la sédation, nous sommes en attente de nouvelles recommandations d'experts, cependant, les recommandations de bonne pratique de la SFAP sur la Sédation pour détresse en phase terminale de 2009, nous donnent certains éléments. En effet, le midazolam y est cité comme traitement de choix. S'il est inefficace, il faut le remplacer par un médicament sédatif d'une autre classe pharmacologique. Des études niçoises menées par le Dr. Ciais se sont intéressées dans certains contextes à l'utilisation d'autres molécules comme le propofol (18), et le gamma-OH (19). Une analgésie doit être obligatoirement associée à la sédation, tous les paliers peuvent être utilisés, même si l'on a pour habitude de recourir à un morphinique.

2)- Les urgences face aux patients en soins palliatifs et en fin de vie

La surmédicalisation de la mort et les tentatives d'échappement à celle-ci, sont des épreuves auxquelles doivent faire face les urgentistes. Ils peuvent ainsi se retrouver face à un dilemme, partagés entre la nécessité d'intervenir, quel que soit le sens de ces interventions, et la limitation et l'accompagnement. La primauté du savoir-faire technique pouvant masquer le sens du soin apporté. Le rapport Sicard (15) dépeint un tableau assez négatif de la prise en charge souvent trop invasive de ces patients aux urgences.

Chaque année plus de 13 000 personnes âgées décèdent dans les services d'urgences, plus de 60% de ces patients relèvent de soins palliatifs, et près de la moitié de ces personnes décèdent au cours de la nuit qui suit leur entrée aux urgences. Les décès aux urgences sont devenus un phénomène fréquent et représentent selon les études françaises entre 0,2 et 0,3 % des passages. Dans la moitié des cas environ, le décès semble survenir au cours des trois à quatre premières heures après l'admission et est principalement observé dans l'unité d'accueil des urgences, les autres surviennent au cours des 24–48 heures après l'admission et se produisent principalement en UHCD. (20)

Ainsi ce service devient paradoxalement en opposition à tout ce qu'il représente un lieu de fin de la vie, un lieu de fin de vie « dans l'urgence ».

a)- Le transfert des patients aux urgences

Différents motifs inhérents au patient, à sa famille ou à l'entourage motivent le transfert vers les urgences.

Ces patients présentent souvent une pathologie chronique évolutive au pronostic à court terme défavorable. Ils sont adressés dans la majorité des cas soit pour une aggravation aiguë témoignant de l'évolution terminale de leur maladie soit pour une affection aiguë intercurrente (20).

Cornillon, Loiseau et al. dans une étude rétrospective multicentrique, publiée en 2016 (21) ont cherché à déterminer les raisons d'admission aux urgences de ces patients et savoir si elles étaient évitables. Ils ont montré que 15,7% des patients présentaient une altération de l'état général et un isolement social, 13,7% étaient en fin de vie avec nécessité de soins de supports, 9,8% consultaient pour un autre motif type syndrome infectieux, douleurs; la dyspnée, et les interventions impossibles à réaliser à domicile (type ponction) ont motivé 3,9% des consultations. Dans 86% des cas les présentations aux urgences se sont produites lorsqu'une prise en charge en soins primaires n'était pas disponible.

Les transferts vers les services d'urgences se font généralement dans des contextes « d'urgences ressenties ». La souffrance physique et psychologique du patient et des aidants sont un motif de transfert important, cela leur apparaît parfois comme étant la meilleure solution (5).

Concernant la provenance de ces patients, il est difficile de donner des chiffres exacts, mais, il semble que, dans près de la moitié des cas ils viendraient de leur domicile, les maisons de retraite représenteraient environ un quart, et un quart des patients seraient adressés par des services hospitaliers appartenant ou non au même centre hospitalier que les urgences.

Ils seraient pour la plupart adressés aux urgences par leur propre médecin traitant, les autres, à parts égales par le SAMU ou des médecins libéraux non habituellement en charge du patient (20).

Rothman et Evrard, dans une étude épidémiologique rétrospective (22) de 2005 ont estimé que les patients décédés aux urgences représentent 0,20% de l'activité du service. 73% étaient adressés par le SAMU - Centre 15, 18% par un médecin libéral, 47% étaient arrivés en transport médicalisé. 49% sont mort au SAU, 41% en UHCD, 67% des décédés en UHCD étaient admis pour soins palliatifs.

La prise en charge de ces patients à domicile ou en établissement de santé peut s'avérer être difficile à gérer. Or, il est important de signaler que, encore trop peu de personnes qui le nécessiteraient bénéficieraient d'une HAD ou d'une prise en charge à domicile par un réseau de soins. Ces prises en charge sont à développer, cela constitue un des axes du plan national actuel.

Afin de diminuer le nombre de transferts vers les urgences, dans le cadre d'un protocole de recherche mené à Nice sous la direction du Dr Ciaï, une équipe d'urgence en soins palliatifs à domicile, composée d'un infirmier et d'un bénévole, disponible en permanence a été mise en place courant 2002 afin de prodiguer les soins nécessaires aux patients en fin de vie, les assister ainsi que leur famille. Après six mois de fonctionnement, fort d'une satisfaction évidente des familles, ce système avait permis une réduction de 48 à 12 % d'hospitalisation aux urgences (23).

b)- Le cadre, l'ambiance d'un service d'urgence

Soigner un patient en soins palliatif ou en fin de vie aux urgences expose à certaines problématiques, ce service peut être considéré comme inapproprié (5, 24).

Dans divers articles dont une étude australienne publiée en 2014 (6) et une espagnole de 2016 (25), les soignants interrogés ont donné leur point de vue sur l'inadéquation entre ce type de prise en charge et le service des urgences.

Les urgences sont un environnement inapproprié: de part leur structure, leur organisation, et l'architecture (26). C'est un endroit bruyant du fait des va-et-vient, des alarmes, d'une prise en charge des patients dans des boxes, avec un manque d'intimité et de confort. On note également souvent un manque d'espace pour la famille. Tout cela en parfaite opposition de ce que l'on attendrait : un environnement calme, confortable et reposant. Ces prises en charge pâtissent également du manque de temps et de disponibilité du personnel pour s'occuper et donner des soins adaptés au patient et pour l'entourage, et ce, du fait d'une charge de travail souvent lourde. Par ailleurs, pour les services d'urgence, le plus souvent, ces patients ne semblent pas toujours constituer une priorité médicale car d'autres aux espérances de vie semblant plus longues mais avec un risque vital immédiat requièrent une attention urgente. Il y a peu de temps pour le chagrin, ou traiter les questions émotionnelles entourant la mort dans cet environnement. Les attitudes des professionnels peuvent aussi nuire: ne pas avoir d'action curative peut être perçu comme frustrant par les professionnels (27), qui parfois cherchent à se protéger de situations émotionnellement difficiles. L'obstination de la famille et le contexte socio-familial peuvent parfois être très pesants pour les soignants et peuvent aussi représenter des obstacles.

On peut soulever une autre problématique aux urgences relative à la communication. Ainsi dans une étude américaine de 2012 (28) les patients et les familles déclaraient ne pas comprendre le diagnostic, le pronostic, ou le traitement dans 54% des cas. En outre, un défaut de communication entre le personnel, peut engendrer une sensation d'isolement, et des conflits qui peuvent être source de désagrément.

En France, le constat est le même, ces difficultés sont citées aussi bien par les infirmières que par les médecins (20). Elles sont en partie secondaires au manque d'expérience et de formation en matière de prise en charge médicale et de communication dans le domaine des soins palliatifs et de la fin de vie.

c)- La pratique de l'urgence, et les pratiques professionnelles face à ces patients

Par ailleurs les médecins sont confrontés à des difficultés inhérentes à la pratique de l'urgence comme l'absence de relation au long cours avec le patient, le manque d'informations fiables le concernant, le manque de données relatives à son état (27), le manque d'accès au dossier médical complet (29). Ce défaut d'informations peut être néfaste, et être à l'origine de l'initiation de thérapeutiques inadéquates. En effet, le fait de connaître

ou non les désirs du patient concernant sa fin de vie influence fortement la situation (6, 20). Cependant, l'ensemble de ces contraintes ne peut empêcher une réflexion éthique adaptée à chaque patient (30).

On comprend ainsi aisément qu'il soit difficile de prendre, dans ce contexte, une décision de limitation thérapeutique. Ces situations sont souvent éthiquement compliquées pour les médecins urgentistes en préhospitalier et dans les SAU. Sur leurs épaules repose une responsabilité à l'égard du mourant, de son entourage et de la société. Il convient cependant de limiter les cas d'obstination déraisonnable.

Les recommandations françaises insistent sur l'impérieuse nécessité de disposer de l'ensemble de données cliniques et paracliniques du patient avant de décider d'une éventuelle LAT et de réaliser des soins de suppléance des fonctions vitales dans l'attente de l'obtention de ces données (30).

Les sociétés savantes ont établi des recommandations (la SRLF (31) en 2002 actualisées en 2008 et la SFMU en 2003 (32)) pour la prise de décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques. Ces recommandations sont parfaitement cohérentes entre elles et reposent sur les principes éthiques d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance, de proportionnalité et de justice distributive.

Concernant les pratiques professionnelles dans ce domaine, une étude prospective réalisée par Le Conte, Riochet et al en 2004 menée dans 174 services d'urgences en France et en Belgique (SU- DALISA), et les différents articles publiés suite à cette étude (30, 33-35) ont permis d'explorer les caractéristiques des patients décédés aux urgences, et les décisions de LAT. Dans cette étude 2 420 patients avaient été inclus. Parmi les patients, 81,4% avaient des maladies chroniques sous-jacentes et 46% avaient une limitation fonctionnelle antérieure. Les principaux motifs d'admissions aigus étaient cardiovasculaires, neurologiques et respiratoires. Une prise en charge invasive (intubation, ventilation mécanique, remplissage massif, administration de catécholamines, réanimation cardio-pulmonaire, transfusion massive) a été initiée dans 73,6%. Des soins palliatifs ont été entrepris pour seulement 56,7%. Une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique a été prise pour 78,8% (limitation pour 41,5%, limitation puis arrêt: 20,2%, arrêt: 38,3%) et surtout pour des patients âgés de plus de 80 ans, atteints d'un cancer métastatique sous-jacent ou d'une limitation fonctionnelle antérieure. La famille a été impliquée dans la prise de décision dans 58,4% des cas et uniquement informée dans 26,8%. La décision de LAT a été prise par un médecin unique dans 19,9% et par au moins deux médecins dans 80,1%, les infirmiers ont été consultés dans 27,4%. Concernant les soins effectués, il a été décrit une prise en charge antalgique pour 55,3%, une sédation pour 33,4%, des soins de bouche pour 35,5%, un repositionnement pour le confort du patient dans 33,5%. Au niveau du soutien psychologique, un support émotionnel du patient a été entrepris pour 24,3% et pour la famille

et les proches dans 51,1% des cas. Une proposition d'appeler un chef religieux a été faite pour uniquement 7% des patients. La décision de limitation des soins a été consignée dans le dossier médical pour 17,3% seulement, il est à noter que seulement 31,8% des patients jugés en capacité de s'exprimer ont participé à la prise de décision. Du point de vue éthique, les arguments les plus fréquents pour limiter les soins étaient l'inutilité des soins pour 57,6%, l'âge pour 35,6%, la douleur physique pour 18,9%, la douleur psychologique pour 11,1% et la présence de directives anticipées délivrées par le patient (1,9%) ou transmises par un parent (4,4%).

En conclusion, une prise en charge invasive est souvent initiée chez ces patients probablement du fait des difficultés inhérentes à la pratique de l'urgence citées ci-dessus. Néanmoins, une décision de LAT est souvent entreprise mais la collégialité s'avère faire défaut à cette prise de décision et la famille n'est que peu impliquée et informée. Par ailleurs, la traçabilité de cette décision semble être médiocre. Les soins effectués paraissent insuffisants, tout comme le soutien psychologique proposé et la prise en charge spirituelle qui se révèle être complètement délaissée. Cependant les patients peuvent ressentir une certaine vulnérabilité lorsque leurs soignants ne comprennent pas leur unicité culturelle et spirituelle, en effet les barrières linguistiques et les différences culturelles, spirituelles et religieuses doivent être surmontées dans ce service creuset (36).

d)- Les moyens pour contrer ces difficultés

Face à ces différentes problématiques, diverses stratégies d'adaptation sont employées par les soignants et plusieurs solutions peuvent être envisagées.

Une des solutions évidente est de transférer rapidement le patient vers un autre service (6).

Un article américain publié en 2012 (37) sur les suggestions des infirmières a mis en lumière différentes stratégies potentielles: augmenter le temps passé à soigner ces patients, permettre la présence de la famille pendant les soins, fournir des chambres plus confortables, respecter l'intimité, disposer de salles de recueillement pour la famille, accroître le soutien et la participation du personnel paramédical, minimiser la souffrance du patient, améliorer la communication avec la famille afin d'améliorer leur compréhension et de faciliter leur engagement, respecter les directives et suivre les souhaits du patient. Enfin, dans une étude hongkongaise publiée en 2016 les d'infirmières interrogées (5), ont pointé du doigt l'importance des soins spirituels apportés.

Toutes ces notions paraissent en effet indispensables à une prise en charge optimale d'un patient en soins palliatifs ou en fin de vie aux urgences.

Par ailleurs, dans différents articles français et internationaux, les soignants des urgences estiment très importante la possibilité d'avoir accès à une équipe spécialisée en soins palliatifs pour aider à la prise en charge de ces patients, ce qui permettrait d'enrichir et d'améliorer les soins prodigués (5, 20, 29, 38). Le Conte, Batard et al. concluaient en 2008, que les services d'urgence doivent acquérir une culture palliative avec l'aide de ces équipes (30).

Les américains sont quelque peu en avance sur nous dans ce domaine, ainsi dans un article publié en 2016 (39), ils décrivent un programme en cours de développement (LSMA) afin d'intégrer un « service » de soins palliatifs dans les urgences, prévoyant la prise en charge par une équipe spécialisée (urgentistes et soins palliatifs), une adaptation du matériel, et de l'environnement. Cela serait peut être un exemple à suivre pour nos services d'urgences.

3)- Le ressenti des soignants des urgences

Le stress au travail et ses effets négatifs sur les professionnels de la santé sont d'importants problèmes contemporains. Aux urgences, les conditions professionnelles et le fait d'être confronté à des patients en fin de vie, à la mort et à la souffrance peuvent être pénibles psychologiquement, être source d'angoisse et de stress physique et psychologique (40). De plus, la répétition fréquente de ce type d'événement aux urgences constitue un facteur stressant supplémentaire.

Face à des situations de soins palliatifs et de fin de vie, dans un environnement où l'on a pour « principe » de sauver des vies, différents facteurs propres aux soignants et aux urgences peuvent affecter le personnel, comme l'angoisse de la perte du patient, la peur de ne rien faire, l'âge du patient, le manque d'expérience face à ces situations, l'isolement et la pression des familles. Toutefois, ces facteurs n'ont jamais été évalués ni leur impact quantifié dans ce contexte.

Beaucoup de personnes confrontées à la mort peuvent se comporter de manière irrationnelle. Les médecins n'échappent pas à ce constat. Cette réaction est probablement secondaire à la peur. Les croyances personnelles, culturelles, religieuses, sociales, philosophiques et les attitudes des individus influencent leur comportement face à la mort (35). En effet, l'exposition à ces situations peut nous faire prendre conscience de notre propre mortalité, ce qui donne lieu à de l'anxiété et à une sensation de malaise.

Tout comme la famille et l'entourage d'un patient, les médecins, les infirmiers, les aides-soignants doivent continuer à vivre, à travailler après avoir vécu une telle situation.

Parmi les angoisses les plus répandues, on trouve la peur de mourir de soif, de faim et la peur de mourir par étouffement. Les médecins et les soignants y sont eux-mêmes sensibles et cherchent à les anticiper ; presque automatiquement, ils prescrivent une hydratation par voie intra-veineuse et de l'oxygène. Or ces thérapies peuvent avoir un effet néfaste sur les personnes en fin de vie. En phase d'agonie, l'alimentation et l'hydratation IV favorisent les œdèmes pouvant être responsables de douleurs, et d'encombrement bronchique pouvant majorer des difficultés respiratoires. La sensation de soif est due à une bouche sèche, les soins locaux sont donc de rigueur. Par ailleurs, une légère déshydratation est à l'origine d'une sécrétion d'endorphines favorable au bien être du patient. L'oxygène assèche les muqueuses, et majore la sensation de soif, et le contact avec les dispositifs dispensant l'oxygène peut s'avérer être désagréable sur le visage du patient (7).

Il est à noter qu'au cours des limitations thérapeutiques, l'impact psychologique pour les soignants est différent entre renoncer d'emblée à un traitement et arrêter en cours des mesures de maintien de la vie. En effet, arrêter des mesures thérapeutiques curatives peut s'avérer beaucoup plus lourd à gérer pour les équipes soignantes que de ne pas les entreprendre (7).

Il n'y a pas d'études françaises effectuées sur le ressenti et le stress des soignants des urgences face à des patients en soins palliatifs, et en fin de vie.

Une étude australienne publiée en 2016 (41) a montré que le retard, ou le non-recours aux soins palliatifs, pouvait créer un stress considérable chez les soignants et un sentiment d'insuffisance. Une autre étude australienne (42) a montré que les infirmier(e)s des urgences présentaient une anxiété modérée face à ce type de situation et adoptaient un comportement d'échappement. Il a été dégagé que les soignants étaient nettement moins à l'aise face aux membres de la famille qu'avec le patient lui-même. Une meilleure adaptation à ces situations était liée à l'âge et à l'expérience.

En France, les preuves suggèrent que le personnel des urgences peut connaître des taux plus élevés d'anxiété, de dépression et d'épuisement professionnel que les autres professionnels de l'hôpital et par rapport à la population générale (43).

Dans une optique plus générale d'appréciation du stress, Lala, Sturzu et al. ont, au travers d'une étude multicentrique publiée en 2016 (43), examiné le stress du personnel des urgences en utilisant l'échelle de stress perçu PSS-10 et le questionnaire bref COPE, en fonction des heures de travail. Les résultats du sondage PSS-10 variaient selon les catégories professionnelles. Les médecins et les internes avaient un risque élevé de stress et les scores PSS les plus élevés (celui des internes était supérieur à celui des médecins). Les aides-soignants avaient les scores les plus faibles, alors que les infirmières avaient un

score moyen. Les auteurs concluaient que « l'évaluation régulière de la perception par le personnel des urgences du stress et des facteurs liés au stress est essentielle pour appuyer les décisions organisationnelles afin de promouvoir un meilleur environnement de travail et de meilleurs soins aux patients ».

Il n'a pas été démontré d'association significative entre les expériences de stress des professionnels et la satisfaction à l'égard des soins reçus par les patients (40).

Le stress des soignants des urgences les expose à divers problèmes de santé, mis en exergue dans une revue de la littérature anglaise, publiée en 2016 (44). L'exposition aiguë peut entraîner des troubles du sommeil, des troubles gastro-intestinaux. Les expositions chroniques au stress ont été liées à la survenue de maladies cardiovasculaires précoces, d'insulino-résistances, de maladies musculo-squelettiques, d'anxiété et de dépression. On notait également un taux plus élevé de tabagisme et d'abus de substances, et une implication plus importante dans des accidents divers.

Mais comment les soignants font-ils face à cette source de stress?

Il ressort dans plusieurs études qu'il est important pour les soignants de savoir qu'ils font de leur mieux. (5, 24)

Les urgentistes américains en 2004 (45) ont décrits, face aux traumatismes dus à certaines situations et à la mort, divers mécanismes positifs d'adaptation. Ils font appel à l'humour, à des techniques d'auto-entretien de l'auto-réflexion (tenir un journal), ont recours à un meilleur équilibre alimentaire, à la pratique d'une activité physique, et entretiennent des centres d'intérêt et des relations amicales en dehors du travail.

A contrario, face au stress et à l'épuisement aux urgences des stratégies négatives d'adaptation peuvent parfois aussi être adoptées comme la dissociation, l'évitement affectif et cognitif pour ne pas être submergé par trop de sentiments. En effet, il a été souligné que les médecins urgentistes faisaient face à la mort en s'éloignant émotionnellement du patient mourant.

La gestion et le développement de l'intelligence émotionnelle sont des stratégies importantes décrites par les infirmières pour faire face au stress de ces situations (46).

Par ailleurs dans un article canadien publié en 2013 (24), les infirmières ont indiqué que pour affronter des événements difficiles, la réalisation d'un débriefing est importante. Cette réunion est l'occasion de communiquer avec l'équipe, de faire reconnaître l'importance du travail de chacun et de favoriser l'auto-réflexion afin que cela n'influe pas sur leur vie personnelle. Le débriefing permet de mettre la situation en perspective et d'aller de l'avant.

L'expérience montre qu'il peut être utile d'offrir à l'équipe le soutien de psychologues ou d'aumôniers afin que les soignants puissent s'ouvrir, évoquer leurs émotions ou leurs soucis après le décès d'un patient. Une telle aide faciliterait la poursuite de leur travail. (7)

4)- Le manque de formation

Le rapport Sicard a pointé du doigt le manque de formation des personnels de santé dans le domaine des soins palliatifs et de la fin de vie notamment pour la profession médicale. En effet, il a été estimé que 80% des médecins n'ont reçu aucune formation à la prise en charge de la douleur et 63% des médecins déclarent n'avoir jamais reçu de formation sur les limitations de traitement (15).

Différentes études étrangères et françaises (20, 30) ont mis en évidence un manque de formation du personnel des urgences tant médical que paramédical, et la volonté des soignants de se former aux soins palliatifs mais aussi sur la législation en cours qui les entoure.

En France, Le Conte, Batard et al. concluaient en 2008 qu'une formation aux principes éthiques semblait nécessaire pour une majorité des services d'urgence. Les équipes soignantes d'ailleurs, qui sont souvent mal à l'aise dans ces situations, seraient en demande de formation (30).

Dans une étude américaine de 2012 (47), 88% des médecins interrogés considéraient que la prise en charge palliative est une compétence importante pour un urgentiste, 79% déclaraient désirer une formation complémentaire dans ce domaine, notamment, sur la gestion générale de ces patients, la prise en charge thérapeutique, de la douleur, la limitation et l'arrêt des thérapeutiques. Un article portoricain (48) de 2015 confirme cela : ainsi, 35% des médecins interrogés ont déclaré ressentir un certain malaise à prodiguer des soins palliatifs aux urgences et 39,6% étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que leur manque de formation affecte leur capacité à effectuer ces prises en charge. En 2016, une autre étude américaine (49) concernant les résidents en médecine d'urgence a pointé du doigt un manque général de formation aux soins palliatifs alors que cette compétence leur est cruciale.

Ce constat et cette demande n'intéresse pas uniquement les professionnels médicaux: une étude suisse (38) de 2015 a mis en évidence que l'ensemble du personnel des urgences était en de demande du développement de recommandations et d'une formation accrue dans ce domaine.

Le manque de formation concerne également les questions éthiques (41) et la communication, notamment ce qui se rapporte à l'annonce de mauvaises nouvelles et le soutien aux familles durant cette période (5, 41).

L'expérience paraît être fortement profitable dans ce domaine, en effet, dans un article australien de 2016 (50), il a été mis en évidence que les prises en charge des médecins expérimentés concernant l'instauration de soins palliatifs, l'utilisation de thérapeutiques adaptées, la limitation, l'arrêt des traitements et la prise en charge de la famille étaient plus adéquates que celles des jeunes urgentistes.

A l'heure actuelle en France, la formation des futurs soignants est sans doute un atout important pour améliorer durablement l'accompagnement et la prise en charge médicale des personnes en fin de vie. Les soins palliatifs ne font partie que depuis peu de la formation des soignants car les choses sont en train de changer. En effet, les infirmiers ont depuis quelques années dans leur formation un enseignement spécifique pour les soins palliatifs et une unité d'enseignement pour aborder la réflexion éthique. Concernant les médecins suite à la dernière réforme des études médicales, on a vu l'introduction au niveau de la licence et du master d'une formation aux soins palliatifs et à l'accompagnement. Certaines facultés disposent aussi d'enseignements optionnels relatifs aux soins palliatifs, et de DU ou DIU accessibles à tous les professionnels de santé, aux bénévoles, aux travailleurs sociaux et aux personnels religieux. Leur contenu s'appuie sur les travaux du collège d'enseignants universitaires en soins palliatifs. Cette réforme se poursuit par la formation des spécialistes: une négociation est en cours pour que les diplômes des principales spécialités médicales intègrent des séminaires de formation aux soins palliatifs ; l'enjeu étant que tout médecin concerné par la fin de vie ait bénéficié d'une formation de base. Ces mesures se retrouvent dans le plan national triennal (16).

II)- Matériel et Méthode

1)- Design de l'étude

Face à ces données nous avons souhaité effectuer un travail sur le ressenti des soignants des urgences toutes professions confondues et notamment sur leur stress évalué grâce à une échelle de perception du stress validée: la PSS-10 ainsi que sur l'évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles dans des situations de soins palliatifs et de fin de vie avant et après avoir bénéficié d'une formation dans ce domaine.

Le critère de jugement principal était: l'amélioration de leur ressenti après avoir bénéficié d'une formation incluant une diminution du stress. Les critères de jugements secondaires étaient l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles.

2)- Population

Nous avons réalisé ce travail avec le personnel des urgences de trois hôpitaux des Alpes Maritimes: le Centre Hospitalier « Clavary » de Grasse, le Centre hospitalier « la Palmosa » de Menton, et le Centre Hospitalier Universitaire « Pasteur 2 » de Nice.

Les urgences de Menton comportent un service d'accueil, et un SMUR ; le nombre de passages annuels pour 2016 y était de 19 239 patients.

Les urgences du Centre hospitalier de Grasse comptent un service d'accueil des urgences, un UHCD de 12 lits et un SMUR. Le nombre de passages annuels aux urgences de Grasse était pour 2016 de 47 095 patients.

Concernant le CHU de Nice, il existe, entre autres, au Département Hospitalo-Universitaire d'Urgence, un service d'accueil, une UCSU (Unité de Court Séjour d'Urgence) composée de 19 lits, et un SMUR et le nombre de passages annuels au SAU pour 2016 était de 90 809.

Les personnes interrogées étaient de toutes professions confondues: médecins séniors, internes, infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, cadres de santé, et agents des services hospitaliers. Le premier critère d'inclusion était de travailler dans le pôle des urgences quelque soit l'unité, le second était de participer à la formation que nous proposons dans leur service. Toutefois, la participation reposait sur la base du volontariat. Le seul critère d'exclusion était de ne pas participer à la formation dispensée.

Au niveau éthique notre étude ne nécessitait pas de recevoir l'accord du comité de protection des personnes.

3)- Recueils des données et supports

Les différentes séances de formations sur les trois hôpitaux ont été réalisées au mois de décembre 2016. Une séance sur l' hôpital de Menton a été effectuée le 6 décembre 2016, celle sur le CH de Grasse s'est déroulée le 16 décembre 2016, et deux séances de formations ont été dispensées à Nice les 16 et 22 décembre 2016.

Ces séances se sont déroulées sur environ deux heures, et avaient le même programme. Elles étaient réalisées par un médecin urgentiste formé aux soins palliatifs avec un diaporama ayant reçu l'aval du Dr. J.F. Ciais (chef de service en poste des soins palliatifs au CHU).

Le premier questionnaire (Annexe 4) était remis au début de chaque formation aux différents participants. Il fallait compter une dizaine de minutes pour le remplir. Nous étions présents pour informer les participants, s'ils avaient besoin de précisions afin d'y répondre.

La formation était basée sur une présentation power point faite par la SFAP sur la loi Claeys-Leonetti (14), plusieurs sujets étaient ainsi abordés: les faits ayant conduit à l'élaboration de cette loi, l'évolution entre la loi de 2005 et la nouvelle loi de 2016 en précisant les acteurs dans la prise de décision et leur hiérarchie, les directives anticipées, la personne de confiance, et la sédation. Enfin un point sur la situation des urgences était fait et un protocole de LAT(A) (Annexe 4) était présenté.

Ce dernier avait été développé dans le cadre d'un projet d'amélioration des pratiques dans le Pôle Urgences, issu du travail de quatre groupes de réflexions composés par le personnel soignant des urgences et de membres de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CHU. Ce protocole a été mis en place sur les urgences de Nice à partir de décembre 2014 et avait bien été reçu par les équipes soignantes.

En fin de séance, un moment d'échange avait lieu, la parole était donnée aux participants pour qu'ils puissent s'exprimer.

Le premier questionnaire a permis de recueillir les données démographiques sur les soignants interrogés et différentes informations concernant trois domaines: l'état des connaissances, leur ressenti face à ce genre de situation avec une évaluation de la perception du stress via l'échelle PSS-10 insérée au questionnaire, et les pratiques professionnelles. Le questionnaire était majoritairement composé de questions fermées à choix binaire OUI/ NON.

La PSS-10 (51-53) est une échelle de stress perçu. Publiée pour la première fois en 1983 par Cohen S, Kamarck T, et Mermelstein R, en anglais, la première traduction française a été publiée en 1994 par Quintard B (54).

La PSS, est un outil de mesure du stress perçu, largement répandu dans la communauté scientifique, elle se base sur l'approche transactionnelle du stress et vise à en appréhender les mécanismes psychocognitifs. Elle évalue la fréquence avec laquelle les situations de la vie (ou du travail) sont généralement perçues comme « menaçantes, c'est-à-dire non prévisibles, incontrôlables et pénibles ».

La formulation des items est simple, ils ne sont pas trop marqués culturellement et sont donc facilement compréhensibles. Cette échelle possède une bonne sensibilité discriminative, une bonne validité théorique, sa validité interne est satisfaisante, ainsi que sa validité externe. Trois versions existent: la PSS-14, la PSS-10, et la PSS-4. La PSS-10 est la version la plus recommandée car elle présente les qualités psychométriques les plus satisfaisantes (55). Le temps de réponse est rapide entre 5 et 10 minutes. Pour chaque item, le sujet estime sa fréquence d'apparition sur une période récente (le mois écoulé), la cotation est basée sur une échelle de fréquence qui est en 5 points de Jamais = 1 point à Très Souvent = 5 points pour les questions 1, 2, 3, 6, 9 et 10 et inversement pour les questions 4, 5, 7 et 8 de Très Souvent = 1 point à Jamais = 5 points. Ainsi, le score maximal est de 50 (stress majeur) et le score minimal de 10 (absence de stress). A noter, il existe également une cotation différente. L'interprétation dépend du score obtenu. Pour celle que nous avons choisi, on distingue trois niveaux de stress:

- Pour un score inférieur à 21: on considère que la personne sait gérer son stress (I: stress faible);
- Pour un score compris entre 21 et 26: la personne sait en général faire face au stress, mais il existe un certain nombre de situations qu'elle ne sait pas gérer (II: stress moyen);
- Pour un score supérieur à 26: la vie est perçue comme une menace perpétuelle pour cette personne (III: stress fort).

Le deuxième questionnaire (Annexe 6) pour la réévaluation a été remis aux personnes ayant effectué la formation initiale un peu plus de deux mois après celle-ci. Les réponses ont été collectées entre le 22 février et le 07 mars 2017. Environ un tiers des soignants ont répondu par mail, une infirmière a répondu par téléphone, les autres ont été revus en personne ce qui a permis de recueillir directement leurs réponses, leur laissant l'occasion d'exprimer leurs observations et leurs attentes .

Dans ce deuxième questionnaire, nous avons évalué la satisfaction des soignants suite à cette séance de formation, et cherché à savoir si elle avait permis d'améliorer leurs connaissances, leur ressenti, de diminuer leur stress, et de modifier leurs pratiques professionnelles.

4)- Analyse et saisie des données

Les données obtenues via les deux questionnaires ont été saisies et intégrées au logiciel Excel, l'analyse statistique a été effectuée via le logiciel de statistiques R.

5)- Analyse statistique

Le critère de jugement principal était l'amélioration du ressenti des soignants comprenant une réduction du stress, évalué via l'échelle PSS-10 après réalisation d'une formation.

Afin de déterminer le nombre de sujets nécessaires à inclure dans notre étude nous avons réalisé une analyse croisée qualitative par le test du Chi-deux. N'ayant pas à disposition d'études préalables, nous sommes partis d'une hypothèse : nous espérions qu'une intervention de formation pourrait permettre d'observer une réduction du score de stress du personnel soignant dans la prise en charge d'un patient en soins palliatifs de 40 %. Pour avoir un objectif de puissance de 90 % et un risque alpha de 5%, le nombre de sujets nécessaires calculé était de 30 personnes avant et de 30 personnes après intervention.

Des moyennes et leur écart-type (σ) ont été calculés, permettant de comparer les résultats obtenus entre les différents centres.

Le seuil de significativité pour le « p » a été fixé à 0,05.

IV)- Résultats

1)- Données démographiques

Le nombre de sujets inclus était de trente-sept participants au total. Lors de la formation sur Menton douze personnes ont participé. Sur Grasse, nous avons eu six soignants. Sur Nice, les deux séances ont permis d'inclure dix neuf personnes. On comptait au total vingt sept femmes (73%) contre dix hommes (27%). La population était ainsi composée: quatre médecins séniors, sept internes, treize infirmier(e)s, dix aide-soignant(e)s, deux cadres de santé et une agent des services hospitaliers. Les trois groupes étaient significativement différents de part le sexe et la profession des participants. La moyenne d'âge totale était de 35,2 ans, et là, il n'existait pas de différence significative entre les trois groupes, tout comme pour le nombre moyen d'années d'exercice qui était de 11, 3 ans. (Tableau 1)

	Menton		Grasse		Nice		Chi-deux	p
Sexe:								
Homme (10)*	(4)	33,3%	(1)	16,7%	(5)	26,3%	7,324	0,026
Femme (27)*	(8)	66,7%	(5)	83,3%	(14)	73,7%		
Profession:								
Médecin sénior (3)*	(1)	8,3%	(1)	16,7%	(2)	10,5%	62,673	<0,001
Interne (4)*	(3)	25%	(1)	16,7%	(3)	15,8%		
Cadre de santé (2)*	(0)	0%	(1)	16,7%	(1)	5,3%		
Infirmier(e) (13)*	(5)	41,6%	(1)	16,7%	(7)	36,8%		
Aide-soignant(e) (10)*	(3)	25%	(2)	33,3%	(5)	26,3%		
ASH (1)*	(0)	0%	(0)	0%	(1)	5,3%		
Age moyen	32,8		34,9		36,7			0,997
Nombre moyen d'années d'exercice	10		12		12,1			0,997

(Nombre de personnes); (Totaux)*

Tableau 1: Caractéristiques de la population

Tous les soignants interrogés sur les trois centres hospitaliers ont dit être confrontés à des patients en soins palliatifs et en fin de vie. La fréquence à laquelle les soignants y font face varie selon l'hôpital et reste en lien avec le nombre de passages au SAU. Ainsi, on compte, selon les soignants :

- environ un cas de soins palliatifs par mois sur Menton,
- un cas toutes les deux semaines sur Grasse,
- et un cas tous les jours à tous les deux jours sur Nice.

Lors de la réévaluation, en moyenne, 63,73% ($\sigma= 14,21$) des soignants ont de nouveau été confrontés à une situation de ce type (50% pour Menton, 83,3% sur Grasse et 57,9% pour Nice).

2)- Ressenti et stress des soignants

Dans le premier questionnaire nous avons demandé aux participants dans quelle unité se retrouver face à ce type de situation avait été le plus stressant.

Au total, on retient en premier lieu le SAU à 63,03% ($\sigma= 1,56$), en second l'UHCD/ UCSU: 24,43% ($\sigma= 6,09$), et en dernier le SMUR: avec un total de 10,83% ($\sigma= 7,67$). Il faut pondérer ces résultats en intégrant le fait que toutes les personnes interrogées ne font pas forcément de SMUR. (Figure1)

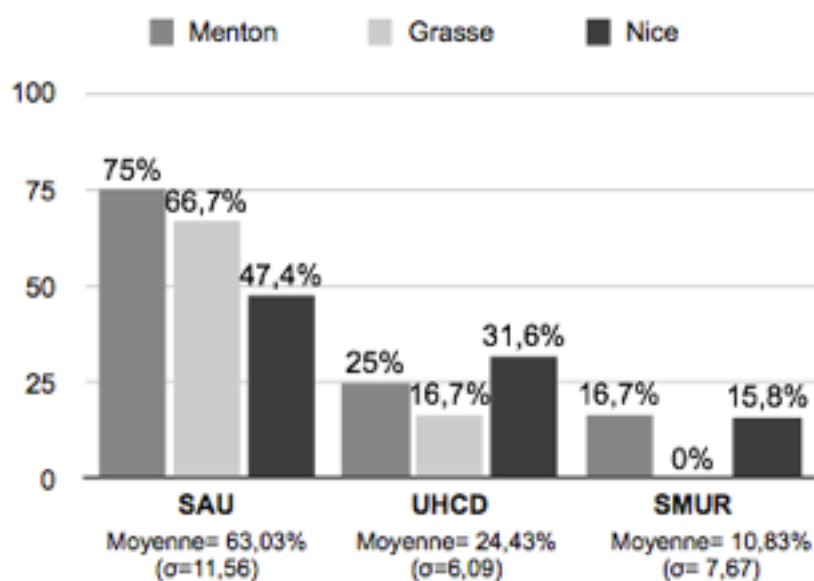


Figure 1: Unité où ce type de situation est la plus stressante

Lors de la première évaluation les soignants ont été questionnés sur leur ressenti face à ce type de situations afin de connaître leurs difficultés. Ainsi, on se rend compte que cela n'est pas évident : moins de la moitié des soignants affirment se sentir « à l'aise »: 36,26% ($\sigma= 14,21$: 50% à Menton, 16,7% à Grasse et 42,1% sur Nice). Ces résultats traduisent un certain inconfort du personnel des urgences lorsqu'il prennent en charge des patients en soins palliatifs et en fin de vie. De plus, plus de la moitié expriment avoir déjà « mal vécu » une telle situation: 50,60% ($\sigma= 23,98$, 66,7% à Menton, 68,4% sur Nice et en discordance avec les résultats précédents sur Grasse uniquement 16,7% mais trois personnes sur six n'ont pas répondu à cette question).

Nous avons demandé aux soignants s'ils avaient déjà ressenti le besoin d'avoir un soutien psychologique après avoir vécu une situation émotionnellement difficile dans ce contexte, sur l'ensemble de la population interrogée 23,70% ($\sigma= 7,02$) ont répondu oui (33,3% sur Menton, 16,7% sur Grasse et 21,1% à Nice). Les services de Nice et Grasse proposent à priori ce type de soutien, en effet, 63,2% du personnel de Nice alléguaient avoir la possibilité de bénéficier de cette aide, 83,3% pour Grasse, en revanche sur Menton 91,7% affirmaient ne pas y avoir accès. (Figure 2)

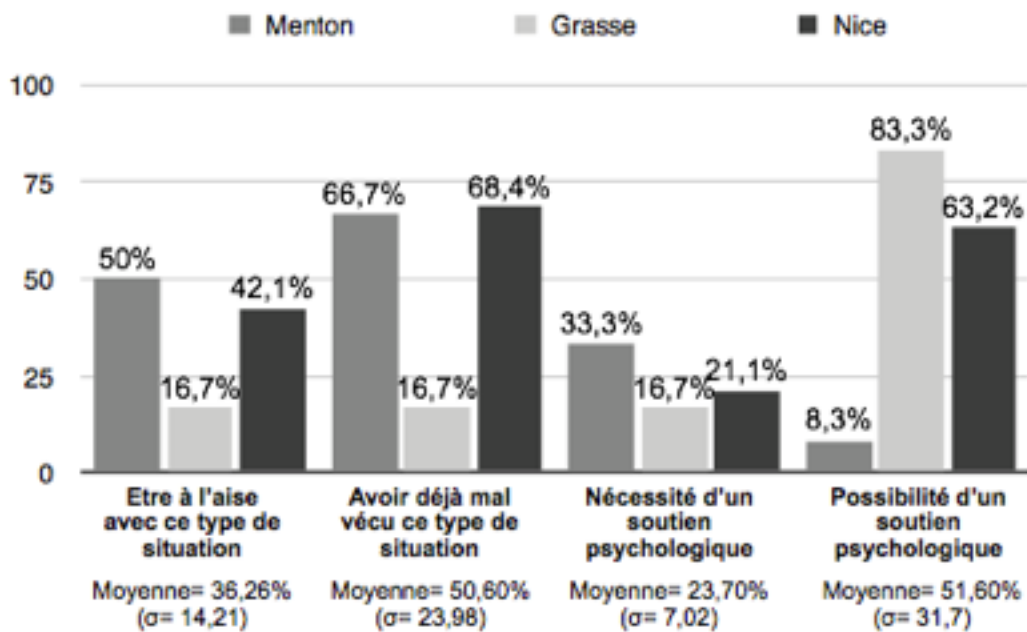


Figure 2: Evaluation du ressenti avant formation

Après avoir questionné les participants sur le fait d'avoir « mal vécu une telle situation », une question ouverte leur demandant « pourquoi? » a permis de mettre en évidence les différentes difficultés auxquelles ils se retrouvent confrontés. Vingt personnes ont répondu à cette question (huit sur Menton et douze sur Nice) soit 54,1% dont deux médecins séniors, deux internes, dix infirmiers, cinq aides-soignants et une cadre de santé. Parmi les réponses, les difficultés mises en lumière correspondent à celles évoquées dans les diverses études citées dans les généralités:

- Le manque de temps pour pouvoir prendre en charge au mieux ces patients, en lien avec une charge de travail souvent importante dans ce service.
- Le manque de moyens de part l'environnement et les locaux insuffisamment appropriés, engendrant un manque d'intimité.
- Le manque de formation dans ce domaine et en matière de communication : souvent ressenti comme un frein .
- Le manque de communication dans l'équipe et le manque de collégialité dans la prise de décisions dans ces situations et pour la limitation des soins : les différences de points de vue sur la gestion de ces situations peuvent générer des conflits au sein de l'équipe soignante.
- Les difficultés psychologiques personnelles rencontrées face à une situation difficile à gérer émotionnellement : elles peuvent avoir un impact sur la suite de la carrière du soignant.
- Les difficultés que l'on peut rencontrer avec la famille notamment en termes de communication, et les conflits pouvant être issus de désaccords sur la prise en charge du patient.

Lors de la réévaluation nous avons cherché à de nouveau apprécier le ressenti des soignants. Ainsi, après la formation 82,87% ($\sigma= 7,4$) d'entre eux déclarent se sentir plus à l'aise (91,7% sur Menton, 83,3% à Grasse et 73,6% à Nice) face à ces situations. De plus, 67,87% ($\sigma= 12,8$) affirment se sentir moins stressés (75% à Menton, 50% à Grasse, et 78,9% sur Nice).

En outre, tous les participants pensent que « se former » permet de mieux gérer ces situations (Figure 3).

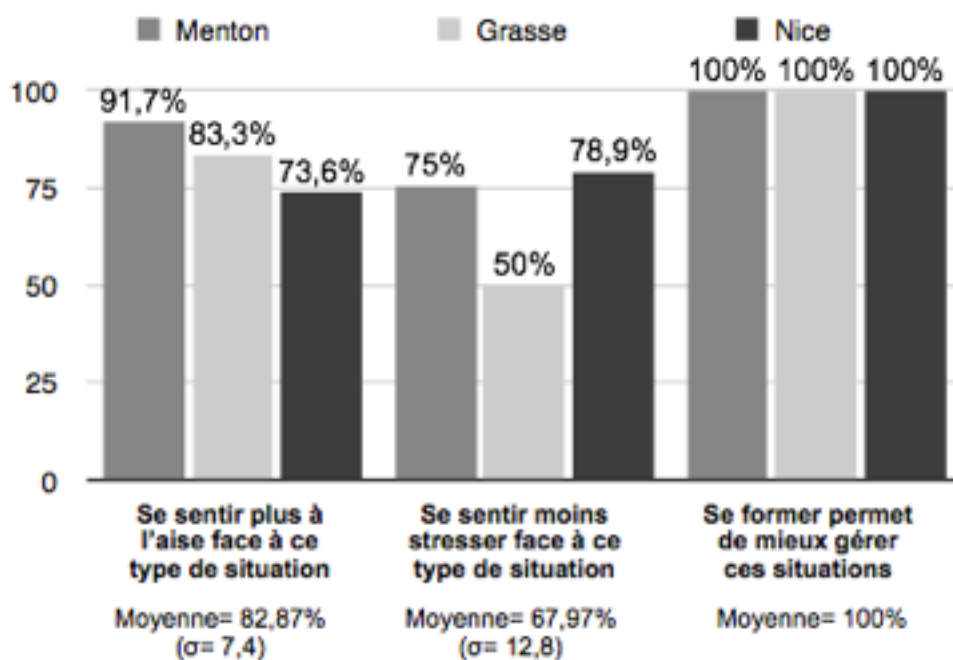


Figure 3: Evaluation du ressenti après formation

La première évaluation de la perception du stress chez les soignants à l'aide de l'échelle PSS-10 a permis de mettre en évidence que les soignants sont globalement modérément stressés. Le score moyen était plus élevé sur Grasse: 26,33 ($\sigma= 4,53$) soit un stress fort, sur Menton et Nice le stress était moyen avec un score respectif de 24,08 ($\sigma=4,44$) et 24,52 ($\sigma= 5,72$). Lors de la réévaluation suite à la formation, on constate une diminution du stress dans chacun des centres pour les personnes interrogées, sur Menton la baisse est de 3,7% avec un score moyen après formation à 22,25 ($\sigma=3,61$), sur Grasse la diminution s'élève à 3% avec un score moyen à postériori à 24,83 ($\sigma=3,98$), et pour Nice la baisse est moindre, évaluée à 0,8% pour un score moyen après formation à 24,12 ($\sigma= 5,43$). La diminution du stress des soignants avant et après formation n'est cependant pas significative. (Tableau 2)

Centre Hospitalier	Moyenne Avant Formation	Moyenne Après Formation	Chi-deux	p	Variation (%)
Menton	24,08 ($\sigma= 4,44$)	22,25 ($\sigma= 3,61$)	0,024	0,988	- 3,7%
Grasse	26,33 ($\sigma= 4,53$)	24,83 ($\sigma= 3,98$)			- 3%
Nice	24,52 ($\sigma= 5,72$)	24,12 ($\sigma= 5,43$)			- 0,8%

Tableau 2: Moyennes (et écart-types) du PSS-10 de chaque CH avant et après formation, et variation

Si on analyse les résultats de la PSS-10 par professions avant la formation: les internes sont les moins stressés avec un score moyen de 22,71, viennent ensuite les médecins séniors: 23,25, puis les aides-soignants: 23,70, les infirmiers sont plus stressés avec un score de 25,38, les cadres de santé ont un score élevé à 27,5, la seule ASH interrogée avait un score PSS très élevé à 39. Après formation, on observe une diminution plus ou moins importante du stress chez tous les soignants sauf chez l'ASH interrogée pour qui on observe une hausse du stress quantifiée à 2%. Pour les médecins séniors, cette diminution s'élève à 5%, pour les internes à 1,1%, pour les cadres à 9%, pour les infirmier(e)s à 1,6%, et 1,4% pour les aides-soignant(e)s. Les différences observées ne sont pas significatives.(Tableau 3)

Profession	Moyenne Avant Formation	Moyenne Après Formation	Chi-deux	p	Variation (%)
Médecins séniors	23,25 ($\sigma= 3,56$)	20,75 ($\sigma= 2,49$)	0,381	0,996	- 5%
Internes	22,71 ($\sigma= 5,32$)	22,14 ($\sigma= 3,91$)			- 1,1%
Cadres	27,50 ($\sigma= 1,50$)	23,00 ($\sigma= 3$)			- 9%
Infirmier(e)s	25,38 ($\sigma= 4,76$)	24,62 ($\sigma= 3,54$)			- 1,6%
Aides-soignant(e)s	23,70 ($\sigma= 4,27$)	23,00 ($\sigma= 4,47$)			- 1,4%
ASH	39	40			+ 2%

Tableau 3: Moyennes (et écart-types) du PSS-10 par profession avant et après formation, et variation

A l'occasion de la réévaluation, nous avons questionné les participants sur cette séance, à l'unanimité (100%), ils déclarent que celle-ci leur a été bénéfique, et en moyenne pour 90,93% ($\sigma=6,89$) elle a répondu à leurs attentes (100% à Menton, 83,3% à Grasse et 89,5% sur Nice).

3)- Connaissances et formation

On constate qu'environ un quart (26,47%) des soignants en moyenne ont bénéficié d'une formation antérieure sur les soins palliatifs et la fin de vie: ($\sigma= 5,09$, 25% à Menton, 33,3% à Grasse et 21,1% à Nice). Les personnes ayant exprimé avoir déjà eu une formation étaient soit de jeunes infirmiers qui ont eu lors de leurs études des modules dédiés à ce sujet, soit des personnes avec bien plus d'ancienneté.

Lors du questionnaire de contrôle, nous avons demandé aux participants s'ils étaient désireux d'avoir d'autres formations dans ce domaine et s'ils en ressentaient le besoin: 84,63% ($\sigma= 5,31$; 91,7% sur menton, 83,3% sur Grasse et 78,9% pour Nice) ont répondu « oui ». Cinq personnes n'en ressentent pas le besoin (trois médecins dont un interne et deux cadres) : ils avaient déjà tous bénéficié d'une formation préalable.

Concernant les connaissances des soignants dans ce domaine, presque tous (96,50% ($\sigma= 4,95$)), avant notre formation, déclaraient connaître la définition des soins palliatifs, et après la formation, c'est encore mieux à 97,23% ($\sigma= 3,91$). Néanmoins, cette différence n'est pas significative. En revanche, assister à cette séance a permis d'améliorer de manière significative ($p<0,001$) les connaissances en matière de législation et les recommandations en vigueur à l'heure actuelle. Ainsi seulement 33,77% ($\sigma= 17,79$) des soignants stipulaient en être au fait avant la formation contre 97,23% ($\sigma= 3,91$) après la formation. Avant la formation, un peu moins de la moitié des médecins et des infirmiers affirmaient les connaître, en revanche, la presque totalité des aides-soignants semblaient ne pas en être informé. (Tableau 4)

Connaissances	Centre Hospitalier	Avant Formation		Après Formation		Chi-deux	p
Définition des soins palliatifs	Menton	(12)	100%	(11)	91,7%	0,933	0,627
	Grasse	(6)	100%	(6)	100%		
	Nice	(17)	89,5%	(19)	100%		
Législation et recommandations en vigueur	Menton	(7)	58,3%	(11)	91,7%	23,074	<0,001
	Grasse	(1)	16,7%	(6)	100%		
	Nice	(5)	26,3%	(19)	100%		

(Nombre de OUI)

Tableau 4: Etat des connaissances avant et après formation.

4)- Pratiques professionnelles

Le fait de prendre en charge des patients en soins palliatifs et en fin de vie est considéré comme faisant partie de leur mission par 96,5% du personnel des urgences ($\sigma=4,95$; 100% sur Menton et Grasse, et 89,5% sur Nice). Les deux personnes considérant que cela ne relève pas de leur mission était une aide-soignante et l'ASH.

Avant notre séance seul le service des urgences de Nice possédait un protocole de LAT(A), la totalité des soignants de Menton et Grasse ont allégué ne pas en disposer. Cependant, il est important de signaler qu'après notre intervention les urgences du CH de Menton ont mis en place un protocole de LAT, basé sur celui qui avait été proposé lors de la séance de formation. Il a été légèrement modifié et adapté par les soignants et il devrait être étendu à l'ensemble des services de cet hôpital.

Sur Nice, avant la formation, le pourcentage du personnel interrogé connaissant l'existence de ce protocole était de 63,2%, mais son utilisation n'a été rapporté que par 31,6% des interrogés, ce pourcentage était inchangé lors de la réévaluation.

Nous avons interrogés les participants sur les acteurs dans la prise de décision et dans la prise en charge des patients en fin de vie et en soins palliatifs aux urgences.

Le recueil de la volonté du patient pour la prise de décision s'il peut s'exprimer, ou de ses directives anticipées s'il n'est pas en capacité de le faire, était considéré comme étant un impératif avant formation par 72,50% des soignants en moyenne ($\sigma=15,90$, 50% à Menton, 83,3% à Grasse et 84,2% à Nice), mais après la formation, on ne note une amélioration franche de ce pourcentage uniquement sur Menton qui passe à 91,7%. La moyenne est ainsi à 86,4% ($\sigma=3,77$), mais la différence est significative ($p=0,013$).

L'un des maîtres mots en matière de prise de décision concernant ces situations est la collégialité, celle-ci semble être globalement respectée dans les trois centres : la moyenne avant formation était de 85,37% ($\sigma=2,92$), en revanche, après la formation, la moyenne est abaissée: 81,57% ($\sigma=11,5\%$). Cette baisse est probablement secondaire au fait d'avoir précisé la définition de la collégialité lors de la séance de formation. Sur Menton, le pourcentage est stable, il a en revanche diminué sur Grasse, et augmenté sur Nice, toutefois, cette différence n'est pas significative.

Par ailleurs, les trois hôpitaux peuvent faire appel à une équipe mobile de soins palliatifs, afin d'obtenir une aide dans la prise en charge des patients, Nice et Menton dépendent de l'EMSP de Nice et Grasse de celle d'Antibes. Cependant, l'accès et le recours à ce service paraît inégal :

- Concernant L'EMSP de Nice: 36,8% des personnes interrogées sur Nice y ont déjà fait appel, contre 25% sur Menton.
- Sur Grasse 65% du personnel a déjà travaillé en collaboration avec l'EMSP d'Antibes, (moyenne: 42,83%, $\sigma=17,55$).

Après la formation, on note une majoration de ces recours à l'EMSP de référence sur Grasse et Nice (moyenne: 49,83%, $\sigma = 24,47$) mais cette différence n'est pas significative. (Tableau 5)

	Centre Hospitalier	Avant Formation		Après Formation		Chi-deux	p
Décision LATA Collégiale	Menton	(10)	83,3%	(10)	83,3%	1,725	0,442
	Grasse	(5)	83,3%	(4)	66,7%		
	Nice	(17)	89,5%	(18)	94,7%		
Recueil volontés patient	Menton	(7)	50%	(11)	91,7%	8,690	0,013
	Grasse	(6)	83,3%	(5)	83,3%		
	Nice	(16)	84,2%	(16)	84,2%		
Collaboration / Appel EMPS	Menton	(3)	25%	(3)	25%	0,502	0,778
	Grasse	(4)	66,7%	(5)	83,3%		
	Nice	(7)	36,8%	(8)	41,2%		

(Nombre de OUI)

Tableau 5: Acteurs dans la prise de décisions et la prise en charge du patient, avant et après formation.

A propos des soins effectués dans ces situations, nous avons interrogé les soignants sur différentes pratiques afin de savoir si ils avaient déjà été amenés à les réaliser.

Une grande majorité des soignants avait déjà eu à accomplir des soins de confort. En effet, on notait avant la formation qu'en moyenne 83,60% ($\sigma = 0,42$) des soignants ont déjà effectué ce type de soins, et ce, d'une occurrence assez équivalente dans les trois centres. Après notre séance, un nombre encore plus important de personnel déclare avoir accompli ce type de soins (moyenne: 95,47%, $\sigma = 3,43$) mais la différence n'est pas significative.

L'analgésie simple avant formation avait déjà été pratiqué par 59,97% ($\sigma = 7,19$) des soignants, après la formation, cette pratique s'est étendue à plus de personnel sur Menton et Nice (moyenne: 66,23%, $\sigma = 11,49$) mais cette différence n'apparaît pas significative. La plupart des soignants ayant répondu de manière négative, ou n'ayant pas répondu sont des aides soignants (9), les cadres de santé (2), et l'ASH, probablement car ils ne réalisent pas eux même ce type de soins.

La sédation profonde est une pratique apparemment modérément exécutée, en effet, sur la globalité, la moitié des soignants (49,57% ($\sigma = 24,08$)) affirmaient y avoir déjà eu recours. Toutefois, cette pratique est disparate entre les différents centres hospitaliers. Ainsi, sur Grasse, 16,7% seulement des soignants ont déclaré l'avoir déjà réalisée, mais sur Menton,

cette fréquence monte à 58,7%. En revanche, sur Nice cette prise en charge paraît plus courante : en effet, près des trois quarts (73,3%) des participants alléguent avoir déjà procédé à une sédation. Après la formation, ces chiffres sont strictement inchangés. Comme pour l'analgésie, les personnes ayant répondu « non » sont des aides-soignants, les cadres, l'ASH, mais aussi deux infirmiers, et deux internes. (Tableau 6)

La prise en charge des patients en soins palliatifs et en fin de vie doit être globale, les soignants ont été interrogés sur diverses modalités de cette prise en charge. Ainsi, prendre en charge le patient au niveau psychologique a déjà été réalisé par une grande partie du personnel: 70,73% ($\sigma= 14,77$) mais sur Grasse ce pourcentage est moins important que dans les autres centres. On remarque après la séance de formation une augmentation dans la réalisation de cet acte (moyenne: 88,17%, $\sigma= 3,56$) mais cette différence n'est pas significative statistiquement.

De même, la prise en charge de la famille apparaît être une priorité. En effet, avant la formation, la presque totalité du personnel 97,23% ($\sigma=3,91$) déclarait s'être déjà occupée de la famille d'un patient en soins palliatif ou en fin de vie. La seule exception était un(e) infirmier(e) mais après la formation, la totalité des interrogés affirme avoir effectué cette prise en charge. La différence n'est pas significative avant et après formation.

Bien que la prise en charge spirituelle et/ ou religieuse fasse partie intégrante de la définition des soins palliatifs, elle est très peu réalisée. En moyenne, seulement 22,44% ($\sigma= 14,33$) des soignants reconnaissent y avoir eu recours dans le premier questionnaire et cela variaient entre les centres. Cette préoccupation semblait plus importante sur Nice et, d'ailleurs, lors de la réévaluation, c'est seulement à Nice que cette pratique a augmenté. La différence n'est pas significative. (Tableau 6)

Soins/ PEC effectués	Centre Hospitalier	Avant Formation		Après Formation		Chi-deux	p
Analgésie simple	Menton	(8)	66,7%	(9)	75%	0,359	0,836
	Grasse	(3)	50%	(3)	50%		
	Nice	(12)	63,2%	(14)	73,7%		
Sédation profonde	Menton	(7)	58,3%	(7)	58,3%		1
	Grasse	(1)	16,7%	(1)	16,7%		
	Nice	(14)	73,7%	(14)	73,7%		
Soins de confort	Menton	(10)	83,3%	(11)	91,7%	0,182	0,912
	Grasse	(5)	83,3%	(6)	100%		
	Nice	(16)	84,2%	(18)	94,7%		
PEC psychologique du patient	Menton	(10)	83,3%	(11)	91,7%	3,696	0,158
	Grasse	(3)	50%	(5)	83,3%		
	Nice	(15)	78,9%	(17)	89,5%		
PEC de la famille	Menton	(11)	91,7%	(12)	100%	0,243	0,886
	Grasse	(6)	100%	(6)	100%		
	Nice	(19)	100%	(19)	100%		
PEC religieuse, spirituelle	Menton	(1)	8,3%	(1)	8,3%	0,113	0,945
	Grasse	(1)	16,7%	(1)	16,7%		
	Nice	(8)	42,1%	(9)	47,4%		

(Nombre de OUI)

Tableau 6: Soins et prises en charge effectués par les soignants avant et après formation.

Nous avons également interrogé les participants sur certaines thérapeutiques et nous avons cherché à savoir si pour les soignants elles leur paraissaient justifiées en fin de vie. Avant la formation, deux thérapeutiques paraissaient essentielles aux soignants chez les patients en fin de vie: l'hydratation intra-veineuse pour 76,03% ($\sigma= 13,12$) d'entre eux, et l'oxygénothérapie pour 91,97% ($\sigma= 6,45$). Toutefois, pour les médecins et les infirmiers, la légitimité de ces soins était plus souvent remise en question. Cela confirme la peur ancrée dans les esprits de « mourir de soif, et d'étouffement ». Lors de la réévaluation, on met en évidence une différence significative concernant ces deux thérapeutiques et leur légitimité dans ce contexte. Concernant l'hydratation, la moyenne diminue significativement à 31,43% ($\sigma= 15,35$) ($p=0,037$) et pour l'oxygénothérapie, elle baisse, également significativement à 51,60% ($\sigma= 13,09$) ($p= 0,005$).

Trois des thérapeutiques citées paraissaient moins indiquées pour les soignants dans un contexte de fin de vie: l'alimentation artificielle, la transfusion et l'antibiothérapie. Avant et après formation on note une différence significative pour les soignants sur le bien-fondé d'une alimentation artificielle (avant: moyenne: 20,90%, $\sigma= 20,21$; après: moyenne: 5,27, $\sigma= 7,45$) ($p<0,001$) et d'un geste de transfusion (avant: moyenne: 16,40%, $\sigma= 0,42$, après: moyenne: 9,07%, $\sigma= 6,89$) ($p=0,002$). L'antibiothérapie, avant la formation, paraissait justifiée pour 24,43 % du personnel ($\sigma=6,1$). A posteriori, elle l'est pour 10,93% d'entre eux ($\sigma= 3,39$) ; cette différence n'est, en revanche, pas assez significative. (Tableau 7)

Thérapeutiques justifiées	Centre Hospitalier	Avant Formation		Après Formation		Chi-deux	p
Hydratation	Menton	(8)	66,7%	(3)	25%	6,575	0,037
	Grasse	(4)	66,7%	(1)	16,7%		
	Nice	(18)	94,7%	(10)	52,6%		
Alimentation artificielle	Menton	(1)	8,3%	(0)	0%	22,301	<0,001
	Grasse	(2)	33,3%	(0)	0%		
	Nice	(4)	21,1%	(3)	15,8%		
Antibiothérapie	Menton	(3)	25%	(3)	25%	1,289	0,525
	Grasse	(1)	16,7%	(1)	16,7%		
	Nice	(6)	31,6%	(4)	21,1%		
Transfusion	Menton	(2)	16,7%	(2)	16,7%	12,467	0,002
	Grasse	(1)	16,7%	(0)	0%		
	Nice	(3)	15,8%	(2)	10,5%		
Oxygénothérapie	Menton	(11)	91,7%	(7)	58,3%	10,592	0,005
	Grasse	(6)	100%	(2)	33,3%		
	Nice	(16)	84,2%	(12)	63,2%		

(Nombre de OUI)

Tableau 7: Thérapeutiques justifiées en fin de vie, selon les soignants, comparaison avant et après formation.

De plus, nous avons cherché à évaluer le retour subjectif des familles sur les prises en charge effectuées, et apprécier leur degré de satisfaction. L'absence de retour à été quantifié à 36,53% ($\sigma=9,94$) avant la formation et 30,97% ($\sigma= 3,30$) après, la différence n'était pas significative. Sur Menton et Grasse les soignants déclaraient que les familles n'ont jamais été insatisfaites par les prises en charges effectuées, sur Nice on observe une réduction significative du mécontentement des familles de 15,7% avant formation à 5,3%. La

satisfaction des familles a été évaluée en moyenne à 57,20% ($\sigma=11,05$) avant notre séance et 67,27% ($\sigma= 0,80$) après, même si cette différence n'apparaît pas significative. (Tableau 8)

	Centre Hospitalier	Avant formation		Après formation		Chi-deux	p
Pas de retour	Menton	(6)	50%	(4)	33,3%	1,984	0,371
	Grasse	(2)	33,3%	(2)	33,3%		
	Nice	(5)	26,7%	(5)	26,7%		
Non Satisfait	Menton	(0)	0%	(0)	0%	5,750	0,016
	Grasse	(0)	0%	(0)	0%		
	Nice	(3)	15,7%	(1)	5,3%		
Satisfait	Menton	(5)	41,7%	(8)	66,7%	3,552	0,169
	Grasse	(4)	66,7%	(4)	66,7%		
	Nice	(12)	63,2%	(13)	68,4%		

(Nombre de OUI)

Tableau 8: Retour des familles, avant et après formation.

Lors du temps de parole en fin de formation, les participants se sont largement exprimés. Ils ont posés des questions concernant la collégialité dans la prise de décision, les directives anticipées, la personne de confiance, la sédation et les soins à réaliser.

Par ailleurs, plusieurs d'entre eux ont demandé des conseils par rapport à certaines situations en donnant des exemples précis, montrant la nécessité d'instaurer une réflexion éthique pluridisciplinaire lors des prises en charge.

A Menton, le pas a été franchi : des staffs éthiques et de RMM ont été instaurés sur un rythme bimestriel.

A l'occasion de la réévaluation, les participants ont également eu l'opportunité de s'exprimer :

- Sur Menton les soignants étaient ravis de la réflexion qu'avait suscité notre intervention et de la mise en place d'un protocole LAT.
- Sur Grasse, plusieurs soignants ont exprimé leur déception quant au fait que le sujet n'ait pas intéressé plus de personnel et que cela n'ait eu aucun impact.
- En ce qui concerne Nice, les soignants ont signalé qu'ils auraient souhaité que plus de médecins s'impliquent. Ils souhaiteraient instaurer des séances de débriefing, de groupe de parole, et sont en attente de changement.

V)- Discussion

Le but de notre étude était d'évaluer dans des situations de patients en soins palliatifs et en fin de vie, le ressenti des soignants des urgences, toutes professions confondues et notamment leur stress via l'échelle PSS-10 ainsi que leurs connaissances et les pratiques professionnelles avant et après avoir bénéficié d'une formation et ainsi apprécier si celle-ci influait sur les critères sus-cités.

Notre étude présente différents biais, plusieurs résultats obtenus ne sont pas significatifs, elle peut donc être largement critiquée, mais elle aura permis de mettre en évidence l'importance de former le personnel des urgences dans ce domaine à la fois pour eux et pour les patients.

1)- La formation effectuée et la population étudiée

Comme il a été souligné dans les généralités, bon nombre du personnel des services d'urgences est en demande de formation dans ce domaine (14, 10, 22, 40, 43, 51-53). En effet qu'un faible effectif des personnes incluses avait déjà bénéficié d'une formation préalable dans ce domaine, or cela s'inscrit à l'heure actuelle dans la loi et est un des axes du plan national en cours, il serait nécessaire de promouvoir et multiplier les formations dans ce domaine, par ailleurs nous avons pu nous apercevoir lors de la réévaluation que parmi nos participants, nombreux étaient désireux de bénéficier d'autres formations et voudraient qu'elles aient un rayonnement plus important.

La formation que nous avons proposé, reposait sur la base du volontariat, ainsi les personnes qui en ont bénéficié et que l'on a donc inclus dans notre étude étaient par déduction intéressées par le sujet abordé, cela a probablement créé de ce fait un biais de sélection.

Le nombre de sujets nécessaires à inclure était peu important (trente), notre étude comptait trente sept participants. Ce faible échantillonnage a probablement également participé au biais de sélection. En effet, malgré la demande apparente de se former ressortant des diverses études, nous avons rencontré certaines difficultés à réunir du personnel soignant pour participer à notre formation. Les soignants se sont abstenus de venir assister à la formation soit par manque de temps (difficultés à se libérer de l'opérationnel et personnellement), ou bien par manque d'intérêt réel porté au sujet exposé. Le centre hospitalier où nous avons rencontré le plus de difficultés était celui de Grasse, où nous n'avons eu que six participants contre douze sur Menton qui est pourtant un plus petit centre et dix-neuf à Nice.

Nos trois groupes ne sont pas comparables en terme de nombre de personnes, de professions et de sexe. Il est à noter que nous n'avons eu que peu de médecins séniors,

alors que ce sont eux qui sont censés être au centre de ces prises en charge. Cela a également été souligné par certains soignants lors de la réévaluation. La différence entre ces trois groupes a pu entraîner un biais dans l'analyse des résultats et dans la comparaison entre les trois hôpitaux via les réponses de leur personnel et la comparaison effectuée en est certainement faussée.

Par ailleurs il faut souligner que le nombre de séances de formation était différent selon les centres, une seule formation a été réalisée sur Menton et Grasse et deux sur Nice cela ayant probablement joué sur le nombre de participants.

De part ces biais, les participants ne constituent pas un groupe parfaitement représentatif de la population censée être étudiée, cela est également en relation avec nos critères d'inclusion dans l'étude.

Pour pallier à ces biais, il aurait fallu inclure d'avantage de soignants en proportion équivalente dans les trois groupes, avec d'avantage d'équité en matière de sexe et de profession, et réaliser plus de formation mais cela n'était pas faisable.

Il est important de souligner qu'une grande partie des soignants a trouvé cette formation bénéfique et qu'elle a répondu à leurs attentes.

2)- Les données

Concernant la saisie des données et les résultats qui en découlent il convient de préciser que les participants n'ont pas toujours répondu à l'intégralité du questionnaire, certaines personnes ont omis des questions, ou bien, ont peut-être choisi de ne pas y répondre, du fait de la non compréhension ou par peur du jugement « de ne pas savoir », cela engendre donc un biais dans l'interprétation des résultats. En outre, le fait d'avoir effectué une réévaluation avec des questions similaires dans le deuxième questionnaire a du engendrer un biais de mémorisation.

A propos des réponses données à certaines questions, il paraît évident que certaines ont très probablement été influencées par la profession et donc les compétences de la personne interrogée, notamment concernant la réalisation de certains soins car cela ne relevait pas de leur fonction par exemple: « la réalisation d'une analgésie simple ou d'une sédation profonde » pour un(e) aide-soignant(e). Un biais de confusion a donc pu ainsi être créé.

La réévaluation suite à la formation dispensée a eu lieu environ deux mois après, or les résultats nous montrent qu'une partie des soignants n'a pas été de nouveau confronté à ce type de situation, source d'un biais notable. Il faut donc pondérer les résultats obtenus lors de la seconde évaluation dans ce sens. Pour éviter cela, il aurait probablement fallu différer

d'avantage la réévaluation : cela aurait peut-être permis d'obtenir d'avantage de résultats significatifs.

3)- L'amélioration du ressenti et la réduction du stress

Notre critère de jugement principal était l'amélioration du ressenti des soignants comprenant une diminution de leur stress (à hauteur de 40%).

La première évaluation a mis en évidence un certain malaise des soignants des urgences face à des patients en soins palliatifs et en fin de vie et le fait qu'ils rencontrent des difficultés dans la gestion de ces prises en charge. Nous avons pu mettre en lumière dans ce travail les diverses raisons de ce malaise et les multiples difficultés, conformes aux données de la littérature, auxquels sont confrontés les soignants des urgences dans ces situations. Ainsi, il conviendrait de réfléchir et de travailler sur les solutions pour contrer ces difficultés. Nous avons travaillé sur la formation et le personnel a mis en avant que celle-ci leur était bénéfique tant au niveau du ressenti que des prises en charge. En parallèle, il faudrait améliorer la collégialité et l'utilisation des protocoles de LAT. Sur Nice, suite à la demande des soignants, l'instauration de séances de débriefing pourrait être un projet sur lequel il faudrait travailler, puisque les bienfaits ont déjà été démontrés dans l'étude canadienne de Hogan K-A et al en 2016 (24).

Lors de la réévaluation nous avons pu mettre en évidence que le personnel se sentait plus à l'aise et moins stressé suite à la formation dans ces situations.

Concernant l'évaluation du stress, l'échelle PSS-10 peut présenter certaines limites, malgré ses qualités psychométriques ; certains auteurs avancent qu'il est difficile de distinguer le stress perçu de la détresse psychologique, qui peuvent empiriquement être liés. En fait, il y a bien une distinction entre stress perçu et détresse psychologique : la PSS ne décrit pas la détresse psychologique mais plutôt le contrôle perçu sur les événements extérieurs (52).

La première évaluation a mis en évidence un stress existant au sein du personnel, celui-ci était moyen sur Menton et Nice et fort sur Grasse. Dans notre étude, l'objectif de réduction du stress était très élevé: 40% et donc difficile à atteindre. Il n'existait pas dans la littérature, que ce soit française ou étrangère, d'études préalables similaires permettant de déterminer des objectifs précis, en effet la plupart des études effectuées sont des études observationnelles effectuées à un instant T, faisant « un état des lieux », sans intervention, ne cherchant pas à évaluer l'impact d'une action sur le ressenti et le stress des soignants. Se fixer un objectif de réduction du stress moins ambitieux aurait nécessité l'inclusion d'un nombre de participants beaucoup plus important (x 100) ce qui aurait très difficilement pu être réalisable sur notre seul département. Ainsi nos résultats ont certes montré une diminution du stress mais non significative car bien moindre que celle calculée. En effet, la baisse s'élevait à 3,7% sur Menton, 3% sur Grasse et seulement 0,8% sur Nice (cette

baisse, moindre que dans les autres centres peut être expliquée par le fait que le score de l'ASH interrogée, anxieuse de participer à notre étude, se soit majoré après la formation).

Malgré la non significativité de ces résultats, nous pouvons souligner tout de même une amélioration du ressenti et une réduction du stress. Ces résultats sont donc plutôt encourageants.

Par ailleurs lorsque l'on a analysé les résultats du stress perçu par les soignants grâce à la PSS-10, en fonction de la profession, nous avons montré dans notre étude que les professions médicales présentaient un stress moins important que les paramédicales. Ces résultats sont en opposition avec ceux de l'étude de Lala, Sturzu et al (43) qui avait analysé la corrélation entre le stress et le temps de travail, cependant il ne faut pas oublier leur conclusion où ils invitaient à évaluer régulièrement le stress du personnel des urgences et les facteurs liés afin d'améliorer leur qualité de vie au travail.

Nous avons tenté de travailler dans ce sens dans notre étude pour ce qui est du stress des soignants face aux patients en soins palliatifs, en fin de vie et à la mort. Il serait fortement bénéfique de travailler sur d'autres facteurs influants sur le stress du personnel des urgences.

En ce qui concerne notre étude il faudrait envisager de la réaliser avec un effectif plus important afin de pouvoir valider de manière significative nos résultats.

4)- L'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles

Les critères de jugements secondaires étaient l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles.

Concernant les connaissances nous avons mis en évidence que notre formation a permis d'améliorer significativement celles-ci au niveau de la législation et des recommandations en vigueur, en effet cela était un des thèmes de notre présentation.

Pour ce qui est des pratiques professionnelles, il est appréciable de souligner que suite à notre intervention sur Menton, un protocole de LAT a été adopté et retravaillé, ce qui n'a malheureusement pas été le cas sur Grasse.

De plus, par rapports aux acteurs intervenants dans la prise de décisions, nous avons mis en évidence une différence significative dans le recueil des volontés du patient, en revanche, la collégialité après les précisions apportées lors de notre formation, semblait avoir diminué, et ce, plus précisément sur le centre de Grasse. Il serait judicieux de pouvoir travailler sur la collégialité : le manque de collégialité dans ce domaine avait été pointé du doigt par Le Conte, Riochet et al (33-35) déjà en 2010, et il semble que des progrès restent encore à être

réalisés. L'adoption d'un protocole de LAT, et son utilisation courante permettrait aussi probablement d'améliorer ce point.

Il est important de souligner que sous la gouverne de l'ORU PACA, un groupe de travail régional, s'est penché sur cette problématique. Son objectif était d'améliorer les conditions de décisions d'admission en LAT aux urgences ainsi que les conditions d'application et de coordination intra et extra hospitalière de ces décisions. Pour ce faire le groupe a travaillé sur un projet de fiche thérapeutique commune (fiche LAT), qui serait intégrée au TU, et donc serait à la disposition et accessible des différentes structures d'urgence de la région doté de ce logiciel de gestion des patients des Services d'accueil. Cette mise en application, par une diffusion facilitée, favoriserait l'adhésion des soignants et notamment des médecins à l'utilisation de ce type de document. Cela permettrait une meilleure collégialité et traçabilité de la prise de décision. En parallèle une échelle de soins selon le niveaux et l'intensité est proposée. La continuité des soins et leur cohérence seraient facilitées en intra et extra hospitalier via un support informatique de coordination (terminal LAT).

L'inégalité dans le recours à une EMSP est marquée entre les différents centres, il faudrait promouvoir cette collaboration, ce qui permettrait probablement d'améliorer ces prises en charge tant pour le personnel soignant que pour les patients.

Nous n'avons pas interrogé les soignants sur la transmission des informations aux patients ou aux familles ni sur la traçabilité des prises de décisions.

Concernant les différents soins déjà effectués par les soignants aucune différence significative avant et après formation n'a été observée. Le recours aux différents soins paraît être inégal entre les centres. Tout comme dans l'étude SU-DALISA (33-35) réalisée en 2004, la réalisation d'une antalgie simple semble prédominer sur la sédation profonde qui paraît être encore peu pratiquée aux urgences, et ce, notamment dans les deux centres périphériques où nous avons réalisé notre étude. Les soins de confort d'après leur incidence semblent être une priorité ce qui est très important.

Pour les prises en charge non médicales, psychologique, spirituelle/ religieuse du malade, de la famille, on note une amélioration après la formation mais celle ci n'est pas significative. Il faut mettre en exergue que si la prise en charge psychologique du malade et celle de la famille paraissent être essentielles et très souvent effectuées, en revanche, apporter un soutien spirituel et/ou religieux ne semble pas souvent être réalisé. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude SU-DALISA mais il faut pondérer nos propos : sur Nice, cette prise en charge est nettement plus répandue que sur Grasse et Menton, mais elle y reste tout de même insuffisante.

Nous avons vu que la fin de vie et la mort nous renvoie à notre propre finalité, et dans ce contexte certaines peurs ancrées dans les esprits motivent nos comportements et nos prises en charge. Ainsi lorsque nous avons interrogé les soignants sur le fondement de certaines thérapeutiques en situation de fin de vie: l'hydratation intra-veineuse et l'oxygénothérapie semblaient primordiales pour les soignants et ce d'avantage que l'antibiothérapie, l'alimentation artificielle et le fait d'effectuer un geste transfusionel, après la formation effectuée, l'impérieuse nécessité de mettre en place ces thérapeutiques leur paraît moins légitime dans ce contexte, notre formation a donc probablement eu un impact positif sur les pratiques professionnelles.

Ainsi même si les résultats ne sont pas tous significatifs ils vont dans le sens d'une amélioration des connaissances et d'une optimisation des pratiques professionnelles.

VI)- Conclusion

Les services d'urgence sont la porte d'entrée de l'hôpital, or, à l'heure actuelle près d'un français sur deux décède à l'hôpital. Ainsi, malgré leur vocation, et le manque de formation dans ce domaine, le personnel des urgences doit faire face à des patients en situations de soins palliatifs, de fin de vie et à la mort. Il doit donc savoir les prendre en charge d'une manière adaptée. L'impact de ces prises en charge sur les soignants est non négligeable, source d'anxiété et de stress alors que dans un contexte d'urgence, ils sont déjà soumis à un stress multifactoriel. De plus, ces prises en charge particulières sont inhabituelles pour le personnel et doivent être globales.

Ainsi nous avons cherché à évaluer l'influence d'une formation sur les soignants de trois centres hospitaliers des Alpes-Maritimes face à ces patients. Celle-ci a permis une amélioration du ressenti et une réduction du stress non significative ainsi qu'une amélioration des connaissances et de certaines pratiques professionnelles, en particulier l'instauration d'un protocole de LAT aux urgences de Menton.

Malgré l'absence de significativité de certains résultats, ce travail permet d'initier une réflexion sur ces prises en charge aux urgences, sur l'influence qu'elles ont sur les soignants, sur leur ressenti et leur pratiques. Il a permis de mettre en avant certaines problématiques. Il faudrait réaliser cette étude à plus grande échelle pour valider la tendance de nos résultats.

Il faut donc réfléchir et mettre en place des actions, travailler sur des solutions pour que le personnel des urgences puisse mieux vivre la prise en charge de ces patients et mieux les réaliser car le mouvement de la mort hospitalière et à fortiori aux urgences ne tend pas à s'inverser. La formation des soignants dans ce domaine est l'une d'entre elles. Elle est par ailleurs d'actualité en santé publique, il conviendrait de la diffuser. En parallèle d'autres axes de travail sont à développer.

Résumé

Introduction:

Secondairement au progrès médical, la mort est devenue hospitalière, entre 7 et 17% des décès hospitaliers se produisent aux urgences. Les soins palliatifs et la fin de vie sont une préoccupation contemporaine. La loi Claeys-Léonétti de 2016 crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Les soignants ont de nos jours la responsabilité de la mort et cela peut être pesant et les affecter psychologiquement. Le contexte des urgences ne peut suffire à s'exonérer des règles éthiques. Ainsi, le personnel des urgences, en opposition à leur vocation, se doit de savoir prendre en charge des patients en soins palliatifs et en fin de vie. Or, il se heurte à de nombreuses difficultés. Par ailleurs la formation de ces soignants dans ce domaine semble être insuffisante, or, elle leur paraît être d'une grande importance.

Matériel et méthode:

Nous avons effectué une étude sur le ressenti des soignants des urgences toutes professions confondues et notamment sur leur stress évalué grâce à une échelle de perception du stress validée: la PSS-10 (objectif principal) ainsi que sur l'évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles (objectifs secondaires) dans des situations de soins palliatifs ou fin de vie avant et après avoir bénéficié d'une formation dans ce domaine. Ce travail a été effectué au sein de trois hôpitaux des Alpes maritimes Menton, Grasse et Nice. Nous avons inclus 37 participants. Les données ont été recueillies via deux questionnaires à 2 mois d'intervalle.

Résultats:

Notre étude a mis en évidence une amélioration du ressenti des soignants, et une diminution du stress après formation dans les trois centres, mais qui n'était cependant pas significative ($p=0,988$).

La formation effectuée a permis une amélioration significative des connaissances en ce qui concerne la législation ($p<0,001$) et une optimisation des pratiques professionnelles avec l'instauration d'un protocole LAT aux urgences de Menton, une augmentation du recueil de la volonté des patients ($p=0,013$), et une rationalisation concernant la légitimité de certains soins en fin de vie (hydratation: $p=0,037$, oxygénothérapie $p=0,005$, alimentation artificielle: $p<0,001$, transfusion: $p=0,002$).

Discussion:

Dans cette étude nous avons pu évoquer les multiples difficultés auxquels sont confrontés les soignants des urgences face à ces situations et ce qui fait défaut dans ces prises en charge. Malgré la non significativité de certains résultats, elle a mis en lumière l'importance de former les soignants des urgences dans ce domaine et l'impact positif que cela peut avoir sur leur ressenti, leur stress, leurs connaissances et sur les pratiques professionnelles. Par ailleurs, les soignants sont en demande de formation et de conseils éthiques. De plus, d'autres axes sont à améliorer (la collégialité, l'utilisation de protocoles LAT, les thérapeutiques utilisées). Il serait nécessaire de réaliser cette étude à une plus grande échelle afin de valider la tendance de nos résultats.

Conclusion:

Ce travail a permis d'initier une réflexion sur les prises en charge des patients en soins palliatifs et en fin de vie aux urgences, ainsi que sur l'impact qu'ils ont sur les soignants et les difficultés auxquelles cela les confronte. Il conviendrait de diffuser ce type de formation, et de réfléchir aux actions qui permettraient d'améliorer le ressenti des soignants et leurs pratiques.

Mots-clés: Soins palliatifs, fin de vie, urgences, ressenti, PSS-10, connaissances, pratiques professionnelles, formation.

Bibliographie

1. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, Ricauda NA, Wilson AD. « Hospital at home admission avoidance, review » the Cochrane Library. 2008.
2. « Fin(s) de vie et système de santé , lieux de décès en France » ONFV 2008
3. Lalande F, Veber O, « La mort à l'hôpital » RAPPORT TOME I Inspection générale des affaires sociales 2009 -124P
4. Insee - Population - Statistiques d'état civil sur les décès en 2011
5. Tse JW, Hung MS, Pang SM. « Emergency nurses' perceptions of providing end-of-life care in Hong-Kong emergency department: a qualitative study » Hong Kong, J Emerg Nurs., 2016 May; 42(3):224-32
6. Decker K, Lee S, Morphet J, « The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department » Australia, Australas Emerg Nurs J., 2015 May; 18(2):68-74
7. Livre « La fin de vie » , « Ce que l'on sait , ce que l'on peut taire, comment s'y préparer » Pr. Gian Domenico Borasio, Pr. Régis Aubry, édition Eyrolles
8. www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf
9. ACEM Policy « Policy on end of life and palliative care in the emergency department » Australia, Emergency Medicine Australasia, 2016 Oct; 28(5):617-21
10. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Legifrance
11. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé . Legifrance
12. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Legifrance
13. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Legifrance

14. <http://www.sfap.org/system/files/loi-de-2005-a-la-ppl-de-2015.pdf>

15. Sicard D, « *Penser solidairement la fin de vie* », *Commission de réflexion sur la fin de vie en France Rapport à François Hollande*, 2012, 282p

16. *PDF plan national 2015 - 2018 - Ministère des Affaires sociales et de la Santé*

17. *Journal Officiel de la république française, Texte 49 sur 167, Décrets, arrêtés, circulaires, textes généraux ministère des affaires sociales et de la santé, Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique*

18. Ciais JF, Tremellat F, Castelli-Prieto M, Jestin C. « *Sedation by Propofol for Painful Care Procedures at the End of Life: A Pilot Study. PROPOPAL 1.* » France, *J Palliat Med*, 2016 Sep; 20(3):282-284

19. Ciais JF, Jacquin PH, Pradier C, Castelli-Prieto M, Baudin S, Tremellat F « *Using Sodium Oxybate (Gamma Hydroxybutyric Acid) for Deep Sedation at the End of Life.* » France, *J Palliat Med.*, 2015 Oct; 18(10):822.

20. Tardy B, Viallon A, « *Fin de vie aux urgences* », *Réanimation* 14, 2005, 680–685

21. Cornillon P, Loiseau S, Aublet-Cuvelier B, Guastella V « *Reasons for transferral to emergency departments of terminally ill patients - a French descriptive and retrospective study* » France, *BMC Palliative Care*, 2016 Oct 21; 15(1):87.

22. Rothmann C, Evrard D, « *La mort aux urgences* » *JEUR*, 2005 Mar, (18) 3-9

23. Ciais JF, Pradier C, Ciais C, Berthier F, Vallageas M, Raucoules-Aime M « *Impact of a hospice home visit team on unwanted hospitalization of terminally-ill patients at home in acute medical emergencies* ». France, *Presse Med*, 2007 Mar; 36:404-9

24. Hogan KA, Fothergill-Bourbonnais F, Brajtman S, Phillips S, Wilson KG, « *When someone dies in the emergency department: perspective of emergency nurses* », Canada, *J Emerg Nurs.*, 2016 May; 42(3):207-12

25. Granero-Molina J, Díaz-Cortés M, Hernández-Padilla J-M, García-Caro M, Fernández-Sola C, « *Loss of dignity in end-of-life care in the emergency department: a phenomenological study with health professionals* » Spain, *J Emerg Nurs.*, 2016 May; 42(3): 233-9

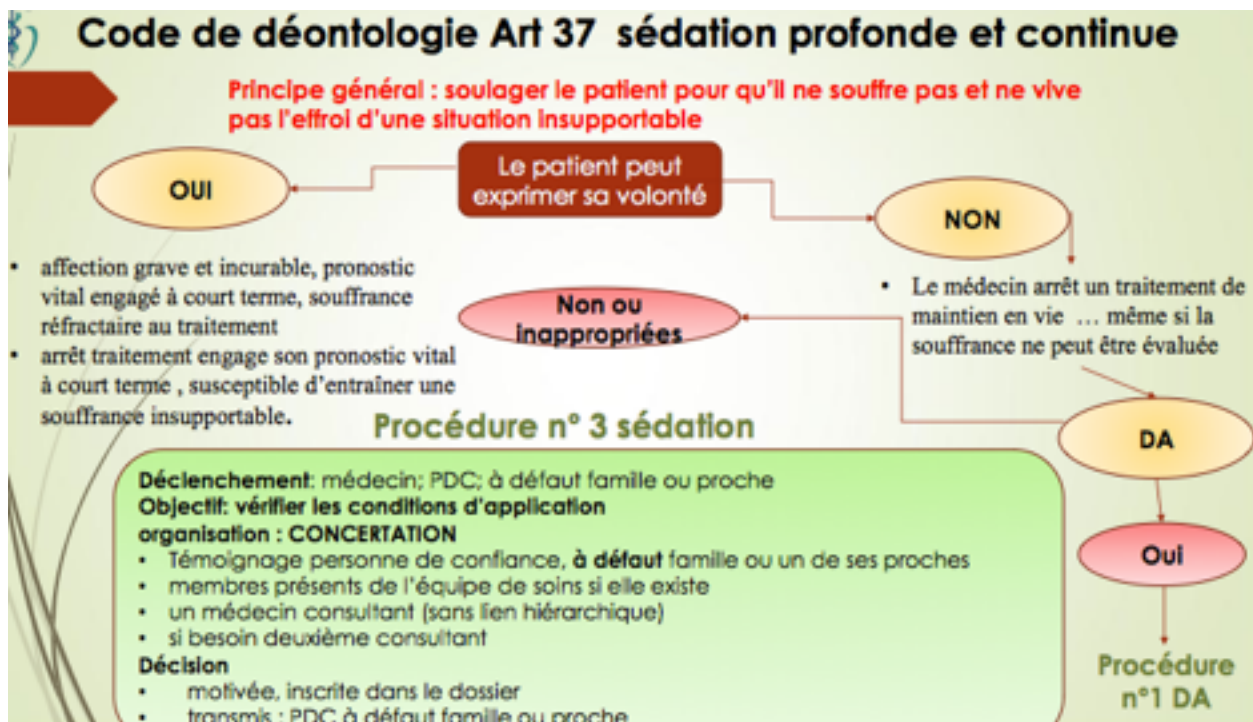
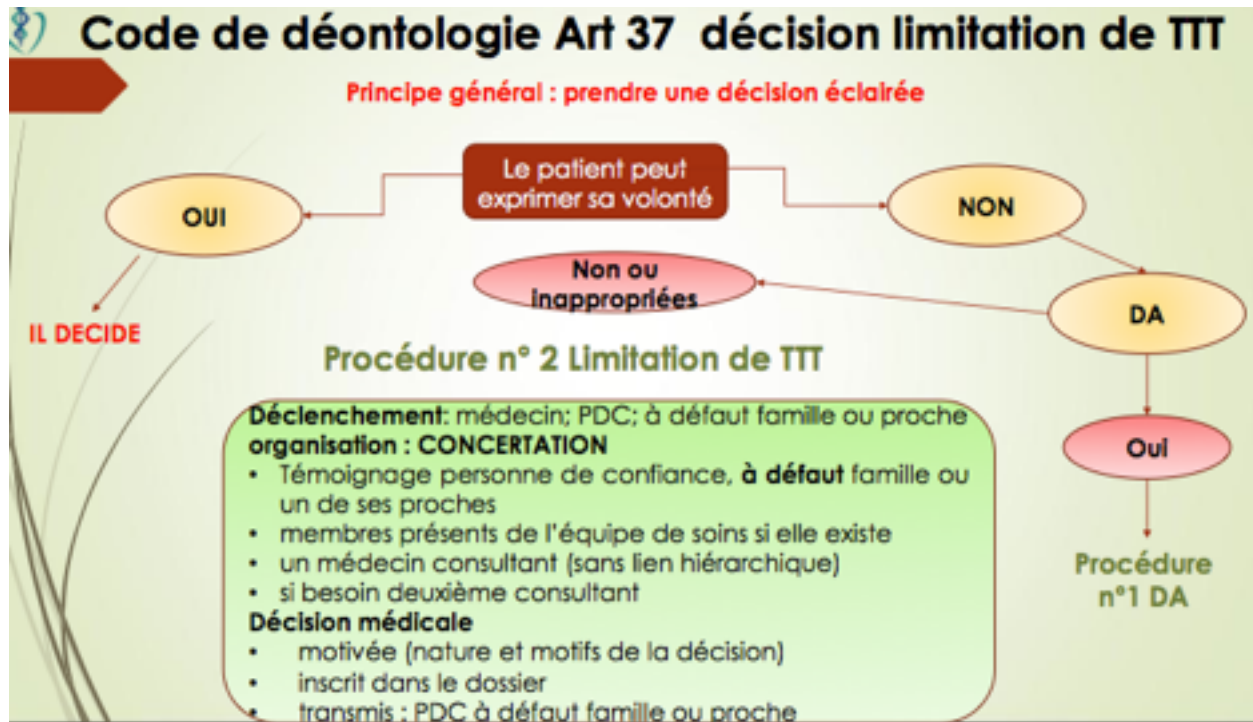
26. Beckstrand R, Rasmussen R, Luthy K, Heaston S, « Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care », USA, *J Emerg Nurs.*, 2012 Sep; 38(5):e27-32
27. Smith A, Fisher J, Schonberg M, Pallin D, Block S, Forrow L, Phillips R, McCarthy E, « Am I Doing the Right Thing? Provider Perspectives on Improving Palliative Care in the Emergency Department », USA, *Ann Emerg Med.*, 2009 Jul; 54(1):86-93
28. Walter E, Ramana Feeser V, Bookman K, Derse A, « A Model for Emergency Department End-of- life Communications After Acute Devastating Events—Part II: Moving From Resuscitative to End-of-life or Palliative Treatment », USA, *Acad Emerg Med.*, 2012 Nov; 19(11):1300-8
29. Lamba S, Nagurka R, Zielinski A, Scott SR, « Palliative care provision in the emergency department: barriers reported by emergency physicians. » USA, *J Palliat Med.*, 2013 Feb; 16(2):143-7.
30. Le Conte P, Batard E, Pinaud V, Evain Y, Potel G « Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence/ Withholding and withdrawing decisions in the emergency department » , France, *Réanimation*, 2008 Sept, 17:802-806
31. *Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française (2008)*
32. Haegy JM, Andronikof M, Thiel M-J, Simon J, Bichet-Beunaiche M, Bouvier A-M, Leclercq G. *Recommandations de la SFMU, Ethique et urgences Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. (2003)*
33. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, Labastire L, Levrault J, et al. « Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support », France, *Intensive Care Med.*, 2010 May; 36(5):765-72
34. Van Tricht M, Riochet D, Batard E, Martinage A, Montassier E, Potel G, Le Conte P. « Palliative care for patients who died in emergency departments: analysis of a multicenter cross-sectional survey ». France, *Emerg Med J.*, 2012 Oct; 29(10):795-7

35. De Decker L, Beauchet O, Gouraud-Tanguy A, Berruti G, Annweiler C, Le Conte P, « Treatment-Limiting décisions, comorbidities, and mortality in the emergency départements: a cross-sectional elderly population-based study », France, *J Nutr Health Aging.*, 2012 Oct; 16(10):914-8
36. Quest TE, Franks NM ,« Vulnerable populations: cultural and spiritual direction ». USA, *Emerg Med Clin North Am.*, 2006 Aug; 24(3):687-702
37. Beckstrand R, Wood D, Callister L, Karlen E, Luthy, K, Heaston S, « Emergency nurses'suggestions for improving end-of-life care obstacles », USA, *J Emerg Nurs*, 2012 Sep; 38:e7-e14.
38. Klenk L, Iucolano N, Braun C, Exadaktylos A, Eychmüller S, « Emergency department as final destination: perception and reception of the palliative patient" concept as well as approach toward improving interdisciplinary collaboration - a survey of emergency personnel of a Swiss emergency department ». Germany, *Praxis.*, 2015 Jan ; 104(1):19-25.
39. Rojas E, Schultz R, Heil Linsalata H, Sumberg D, Christensen M, Robinson C, Mark Rosenberg M,« Implementation of life-sustaining management and alternative protocol for actively dying patients in the emergency department » USA, *J Emerg Nurs*, 2016 May; 42(3):201-6.
40. Rios-Risquez I, Garcia-Izquierdo M, « Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study » Spain, *Int J Nurs Stud.*, 2016 Jul; 59:60-7
41. Monterosso L, Ross-Adjie G, Rogers I, Shearer F, Rogers J.« How Well Do We Understand Health Care Professionals' Perceptions and Needs in the Provision of Palliative Care? A Mixed Methods Study. » Australia, *J Palliat Med.* 2016 Jul; 19(7):720-7.
42. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Kerry Hood K, Morphet J, et al., « Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey » Australia, *Australas Emerg Nurs J.*, 2013 Nov; 16(4):152-9
43. Lala A, Sturzu LM, Picard JP, Druot F, Grama F, Bobirnac G, « Coping behavior and risk and resilience stress factors in French regional emergency medicine unit workers: a cross-sectional survey » France, *J Med Life.*, 2016 Oct-Dec; 9(4):363-368

44. Subhashis B, Hasan Q, Suzanne M « Occupational stress in the ED: a systematic literature review », UK, *Emerg Med J.*, 2016 Oct.
45. Chan GK, « End-of-life Models and Emergency Department Care » USA , *Acad Emerg Med.*, 2004 Jan; 11(1):79-86
46. Bailey C, Murphy R, Porock D, « Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. »,UK, *J Clin Nurs.*, 2011 Dec; 20(23-24): 3364-72
47. Lamba S, Pound A, Rella JG, Compton S, « Emergency medicine resident education in palliative care: a needs assessment ».USA, *J Palliat Med.*, 2012 May; 15(5):516-20
48. Rivera MR, Torres FS,« Lack of training and Comfort level with Provision of Palliative Care in Puerto Rican Emergency Departments. » Puerto Rico, *Bol Asoc Med P R.*, 2015 Apr-Jun; 107(2):92-6
49. Kraus CK, Greenberg MR, Ray DE, Dy SM,« Original Article Palliative Care Education in Emergency Medicine Residency Training: A Survey of Program Directors, Associate Program Directors, and Assistant Program Directors » USA, *J Pain Symptom Manage.*, 2016 May; 51(5):898-906
50. Richardson P, Greenslade J, Isoardi J, Davey M, Gillett M, Tucker A, Klim S, at al. « End-of-life issues: Withdrawal and withholding of life-sustaining healthcare in the emergency department: A comparison between emergency physicians and emergency registrars: A sub-study. » Australia, *Emerg Med Australas.*, 2016 Dec; 28(6):684-690
51. www.rst-sante-travail.fr/rst/dms/dmt/ArticleDMT/RisquesPsychosociaux/.../frps4.pdf
52. Quintard B, « Concepts, stress, coping » France, *Recherche en soins infirmiers*, 2001, (67)
53. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R« A global measure of perceived stress ». UK, *J Health Soc Behav*, 1983 ; 24 (4) : 385-96.
54. Quintard B, - « Du stress objectif au stress perçu ». France, *Introduction à la psychologie de la santé*,1994, 43-66, 220 p.
55. Cohen S, Williamson GM « Perceived stress in a probability sample of the United States ». UK, *The Social Psychology of Health* ; 1988, : 31-67, 256 p.

Annexes

Annexe 1: Diapositives de la SFAP sur la loi Claeys-Léonetti: hiérarchie dans la prise de décision et sédation profonde



Annexe 2: Modèles des formulaires des directives anticipées

Mes directives anticipées

Modèle A

- *Je suis atteint d'une maladie grave*
- *Je pense être proche de la fin de ma vie*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

○ J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
.....
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- Une intervention chirurgicale :
- Autre :

○ Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre :

○ Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait le..... à

Signature

Mes directives anticipées

Modèle B

- *Je pense être en bonne santé*
- *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc...) :

.....
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait le..... à

Signature

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms

.....

Qualité :

.....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme

.....

Fait à :

Le :

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms

.....

Qualité :

.....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme

.....

Fait à :

Le :

Signature

Annexe 3: Modèle du formulaire de la personne de confiance



NOM ET COORDONNEES DE MA PERSONNE DE CONFIANCE⁴

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....
.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms : -----

Adresse : -----

Téléphone privé : ----- professionnel :----- portable :-----

E-mail :-----

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

Oui Non

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui Non

Fait à : -----

Le :-----

Votre signature :

Signature de la personne de confiance :

⁴ au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique

Annexe 4: Questionnaire I

Questionnaire sur les soins palliatifs et la fin de vie aux urgences. (1)

CHU Nice CH Menton CH Grasse

1) Situation:

Sexe: Masculin Féminin

Age: 20-30 ans 30-35 ans 35-40 ans 40- 50ans >50 ans

Profession: Médecin Infirmier(e) Aide soignant(e) Autre (cadre, ASH...)

Années d'exercice: <5 ans 5-10ans 10-20 ans 20-30 ans >30 ans

2) Connaissez vous la définition des soins palliatifs?

Oui Non

3) Connaissez vous la législation et les recommandations en vigueur dans ce domaine à l'heure actuelle?

Oui Non

4) Avez vous déjà bénéficié d'une formation dans ce domaine?

Oui Non

5) Selon vous ce type de prise en charge relève t'il de votre mission?

Oui Non

6) Avez vous déjà été confronté à une situation de ce type?

Oui Non

D'après vous, selon quelle fréquence avez vous a gérer ce type de situation?

plusieurs fois par jour une fois par jour une fois par semaine une fois par mois

7) Dans votre service existe il un protocole pré établi de limitation des soins?

Oui Non

Si oui L'avez vous déjà utilisé? Oui Non

8) La décision de limitation de soins est elle prise de manière pluridisciplinaire/collégiale?

Oui Non

9) Le recueil de la volonté du patient ou s'il est dans l'incapacité de s'exprimer, de ses directives anticipées est il un impératif?

Oui Non

10) Vous est il déjà arrivé de faire appel à une équipe spécialisée (EMSP) pour effectuer ce type de pris en charge?

Oui Non

11) Dans quel cas ce type de situation a t'il été le plus stressant pour vous?

Intra-hospitalier: SAU , UHCD Extra-hospitalier (SMUR)

12) Etes vous à l'aise avec le fait de gérer ce type de situation?

Oui Non

13) Avez vous déjà mal vécu ce type de situation?

Oui Non

Si oui pourquoi?

.....

.....

.....

Echelle PSS: (mettre une croix dans la case correspondante)

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé (e) par un évènement inattendu					
Au cours du dernier mois combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?					
Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?					
Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					
Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que évènements échappaient à votre contrôle ?					
Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?					

14) Avez vous déjà ressenti le besoin d'avoir un soutien psychologique après avoir vécu une telle situation?

Oui Non

Pouvez vous bénéficier au sein de votre service d'une telle prise en charge?

Oui Non

15) Quels sont les types de soins que vous avez été amené à réaliser dans ce contexte? (plusieurs réponses possibles)

- **Analgésie simple:** Oui Non
- **Sédation profonde:** Oui Non
- **Soins de confort:** Oui Non
- **Prise en charge psychologique du malade :** Oui Non
- **Prise en charge/ accompagnement de la famille:** Oui Non
- **Accompagnement spirituel/ religieux:** Oui Non

16) Pour vous les soins cités ci dessous sont-ils justifiés dans ce type de situation?

- **Hydratation IV:** Oui Non
- **Alimentation artificielle:** Oui Non
- **Antibiothérapie:** Oui Non
- **Transfusion:** Oui Non
- **Oxygénothérapie:** Oui Non

17) Quel est selon vous le ressenti des familles sur votre prise en charge?

Pas de retour Non satisfait Satisfait

Annexe 5: Protocole LAT(A)

Etiquette Patient

Ce document est valable sur l'ensemble du Pôle Urgences SAMU SMUR

REFLEXION ET DECISION DE PASSAGE EN L.A.T.A

(Limitations et Arrêt des Thérapeutiques Actives)



Professionnels Intervenant			
<input type="checkbox"/> Médecin Sénior du Service :	<input type="checkbox"/> Cadre de Santé:
<input type="checkbox"/> Interne du Service :	<input type="checkbox"/> IDE/IADE en charge du patient
<input type="checkbox"/> Médecin ou Chirurgien extérieurs :	<input type="checkbox"/> AS en charge du patient
<input type="checkbox"/> Médecin Anesthésiste-Réanimateur :	<input type="checkbox"/> Psychologue

CONTEXTE CLINIQUE	Motif d'admission:				
	Pathologie :				
	Co-morbidités sévères et/ou non-controlées :				
	Etat clinique actuelle	<input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AUTRE :	<input type="checkbox"/> CHOC	<input type="checkbox"/> DEFAILLANCE ISOLEE D'UN ORGANE	
ARGUMENTATION POUR LA DISCUSSION (1) Contexte	<input type="checkbox"/> AGE :				
	Autonomie antérieure <small>(Performance Status OMS) (Cf Annexe 1)</small>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Le pronostic de la maladie est réservé à court terme				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Un traitement curatif est en cours				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Directives Anticipées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lesquelles:		
	Recueil de la parole du patient en état d'exprimer sa volonté	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avis:		
	Recueil de la volonté du patient auprès de la personne de confiance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser:		
	Recueil de la volonté du patient auprès des proches	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser:		

Fiche LATa 24/02/14 Rédaction R. MINIER IDE / Dr A. BASAR - Validation : S. HORLAVILLE FF Cadre de Santé / Dr B ADAMI. - PROJET LATa Pôle Urgences/SAMU-SMUR

ARGUMENTATION POUR LA DISCUSSION (2) Prise en charge en cours	Prise en charge en cours	Il existe une stratégie curative possible (après avis spécialisé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Les renseignements ou examens disponibles sont suffisants à la réflexion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	La qualité de vie pour le patient	L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La qualité de vie relationnelle future sera très limitée		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non évaluable
COMMENTAIRES (Témoignages, ressentis des proches...):			
NIVEAU DE CONSENSUS	Consensus au sein de l'équipe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Prévoir une autre réunion dans 24/48h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
DECISION	<input type="checkbox"/> Engagement thérapeutique maximal argumenté par insuffisance de données		
	<input type="checkbox"/> Engagement thérapeutique maximal argumenté		
	<input type="checkbox"/> Limitation des traitements et début d'une démarche palliative (Cf page 3)		
	<input type="checkbox"/> Arrêt des traitements curatifs et poursuite d'une démarche palliative (Cf page 3)		
Information faite à	<input type="checkbox"/> à la personne de confiance		
	<input type="checkbox"/> aux proches		

Fiche LATa 24/02/14 Rédaction R. MINIER IDE / Dr A. BASAR - Validation : S. HORLAVILLE FF Cadre de Santé / Dr B ADAMI. - PROJET LATa Pôle Urgences/SAMU-SMUR

MODALITES DE LIMITATION ET ARRET DES THERAPEUTIQUES ACTIVES				
MESURES THERAPEUTIQUES EN COURS OU ENVISAGEABLES	Ventilation	O2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		V.N.I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Intubation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Remplissage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Cathécholamines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Transfusion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Nutrition artificielle	<input type="checkbox"/> Entérale	<input type="checkbox"/> Parentérale <input type="checkbox"/> Arrêt de l'alimentation
		Hydratation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Chirurgie	<input type="checkbox"/> Oui	Laquelle: <input type="checkbox"/> Non
		Antibiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Mise en place de soins palliatifs de confort	<input type="checkbox"/> Oui	(Cf Annexe) <input type="checkbox"/> Non
		Réanimation en cas d'arrêt cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Examens complémentaires (Bilan sanguin, imagerie...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En fonction de la pertinence	
ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT		Aménagement des horaires des visites	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Non	
		Représentant du Culte souhaité	<input type="checkbox"/> Oui Préciser: <input type="checkbox"/> Non	
		Souhait des proches	<input type="checkbox"/> Souhaite être présente <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Souhaite être prévenue <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit	

Signatures des Professionnels de Santé ayant participé à la Réflexion :
(Préciser Noms et Fonctions)

Annexe 6: Questionnaire II

Questionnaire sur les soins palliatifs et la fin de vie aux urgences. (2)

Questionnaire de réévaluation suite à la séance de formation, réalisée il y a deux mois.

CHU Nice CH Menton CH Grasse

1) Situation:

Sexe: Masculin Féminin

Age: 20-30 ans 30-35 ans 35-40 ans 40- 50ans >50 ans

Profession: Médecin Infirmier(e) Aide soignant(e) Autre (cadre, ASH...)

2) Cette séance, vous a t'elle été bénéfique?

Oui Non

A t'elle répondu à vos attentes?

Oui Non

3) Seriez vous désireux d'avoir d'autres formations dans ce domaine, en ressentiriez-vous le besoin?

Oui Non

4) La définition des soins palliatifs, la législation et les recommandations en vigueur dans ce domaine sont elles plus claires pour vous?

Oui Non

5) Depuis cette séance avez vous de nouveau été confronté à une situation de ce type?

Oui Non

6) NICE: Dans votre service il existe un protocole pré-établi de limitation de soins, avez vous eu l'occasion de l'utiliser depuis la séance?

Oui Non

GRASSE/ MENTON: Dans votre service, il n'existait pas de protocole de limitation des soins, un protocole de ce type a t'il été mis en place, ou bien cela est-il en projet?

Oui Non

7) La décision de limitation de soins est elle prise de manière pluridisciplinaire/collégiale?

Oui Non

8) Le recueil de la volonté du patient ou s'il est dans l'incapacité de s'exprimer, de ses directives anticipées est il un impératif?

Oui Non

9) Vous est il déjà arrivé de faire appel à une équipe spécialisée (EMSP) pour effectuer ce type de pris en charge?

Oui Non

10) Suite à la formation effectuée vous sentez vous plus à l'aise avec le fait de gérer ce type de situation?

Oui Non

Vous sentez vous moins stressé?

Oui Non

11) Pensez vous que se former permet de mieux gérer et vivre ce type de situation?

Oui Non

Echelle PSS: (mettre une croix dans la case correspondante)

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé (e) par un évènement inattendu					
Au cours du dernier mois combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?					
Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?					
Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					
Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que évènements échappaient à votre contrôle ?					
Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?					

**12) Quels sont les types de soins que vous avez été amené à réaliser dans ce contexte?
(plusieurs réponses possibles)**

- **Analgésie simple:** Oui Non
- **Sédation profonde:** Oui Non
- **Soins de confort:** Oui Non
- **Prise en charge psychologique du malade :** Oui Non
- **Prise en charge/ accompagnement de la famille:** Oui Non
- **Accompagnement spirituel/ religieux:** Oui Non

13) Pour vous les soins cités ci dessous sont-ils justifiés en situation de fin de vie?

- **Hydratation IV:** Oui Non
- **Alimentation artificielle:** Oui Non
- **Antibiothérapie:** Oui Non
- **Transfusion:** Oui Non
- **Oxygénothérapie:** Oui Non

14) Quel est selon vous le ressenti des familles sur votre prise en charge?

Pas de retour Non satisfait Satisfait

15) Avez vous des commentaires particuliers?

.....

.....

.....

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

