



**HAL**  
open science

# Prise en charge pré hospitalière des patients en situation d'urgence palliative en phase agonique : conduite d'un protocole de service

Leylana Coralie Courrent

## ► To cite this version:

Leylana Coralie Courrent. Prise en charge pré hospitalière des patients en situation d'urgence palliative en phase agonique : conduite d'un protocole de service. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04090783

**HAL Id: dumas-04090783**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04090783>**

Submitted on 6 May 2023

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

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



UNIVERSITÉ  
CÔTE D'AZUR

ANNÉE 2023

## THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

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

### **PRISE EN CHARGE PRÉ HOSPITALIÈRE DES PATIENTS EN SITUATION D'URGENCE PALLIATIVE EN PHASE AGONIQUE : CONDUITE D'UN PROTOCOLE DE SERVICE**

Présentée et soutenue le 21 Avril 2023

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Madame Leylana CORALIE COURRENT**

Née le 09/02/1992, à Paris (75012)

#### **MEMBRES DU JURY**

Président : Monsieur Le Professeur Jacques LEVRAUT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Arek BASAR

#### Assesseurs :

Monsieur le Docteur Axel MIGNOT

Madame le Docteur Elisabeth DELLEMARE

Madame le Docteur Elise GILBERT

Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie  
Recherche

Pr. ALUNNI Véronique  
Pr. DELLAMONICA Jean

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick  
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	GILSON Eric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles	Pneumologie (51,01)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
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.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	GUERIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CARLES Michel	Maladies infectieuses - maladies tropicales (45.03)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUEVARA Nicolas	Oto-Rhino-laryngologie ( 55.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ILIÉ Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
Mme	LEROY Sylvie	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIÉ Henri	Dermatologie (50.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
Mme	RAMPAL Virginie	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	ROHRUCH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BERNARDI Caroline	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	COURJON Johan	Maladie infectieuses - maladies tropicales (45.03)
Mme	DADONE-MONTAUDIÉ Bérangère	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	JOZWIAK Mathieu	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MARTEL Arnaud	Ophthalmologie (55.02)
M.	MARTIS Nihal	Méd interne-gériatrie et biolog du vieillissement (53.01)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme BOUCHEZ Tiphanie Médecine Générale (53.03)  
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. LOSCHI Michael Hématologie; transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)  
Mme TREMELLAT-FALIERE Flora Médecine palliative (46.05)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)  
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)  
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)  
Mme RAQUIN-POUILLON Maud Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GILLET Jean-Yves
M. ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HOFLIGER Philippe
M. BÉRARD Etienne	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LACOUR Jean-Philippe
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 FICHOUX Yves
Mme BUSSIERE Françoise	M. MARIANI Roger
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARTY Pierre
M. CANIVET Bertrand	M. MASSEYEFF René
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MATTEI Mathieu
M. CHATEL Marcel	M. MOUIEL Jean
M. COUSSEMENT Alain	M. MOUROUX Jérôme
Mme CRENESSE Dominique	Mme MYQUEL Martine
M. DARCOURT Guy	M. PRINGUEY Dominique
M. DE PERETTI Fernand	M. QUATREHOMME Gérald
M. DELLAMONICA Pierre	M. RAUCOULES-AIMÉ Marc
M. DELMONT Jean	Mme RAYNAUD Dominique
M. DEMARD François	M. ROBERT Philippe
M. DESNUELLE Claude	M. SANTINI Joseph
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FENICHEL Patrick	M. SCHNEIDER Maurice
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. THYSS Antoine
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GASTAUD Pierre	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GÉRARD Jean-Pierre	
M. GIBELIN Pierre	

Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GASTAUD Marcel
M. BASTERIS Bernard	M. GIUDICELLI Jean
M. BENOLIEL José	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FOSSE Thierry	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GARRAFFO Rodolphe	M. TESTA Jean

Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

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.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## REMERCIEMENTS

### ❖ MEMBRES DU JURY

#### **Monsieur le Président du jury Professeur Jacques LEVRAUT**

Merci Monsieur de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci d'avoir validé ma demande de droit au remords il y a 3 ans déjà et de m'avoir accueillie dans cette si belle spécialité qu'est la médecine d'urgence.

#### **Monsieur le Docteur Axel MIGNOT**

Axel, merci d'avoir accepté d'être dans mon jury de thèse, merci pour ta bonne humeur et ta bienveillance envers les internes, car même quand c'est le chaos en MCT tu restes zen. Je sais que ce sujet te tient à cœur, un jury de thèse sans toi n'aurait pas eu de sens.

#### **Madame le Docteur Elisabeth DELEMARRE**

Elisabeth, Merci. Merci d'être là aujourd'hui, merci d'avoir accepté de travailler avec nous sur ce si beau projet, merci de ton investissement à chaque étape.

#### **Madame le Docteur Elise GILBERT**

Qui mieux qu'une urgentiste devenue palliatologue pour juger mon travail ? Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

#### **Monsieur le Docteur Arek BASAR**

Arek ... il y a tant et si peu à dire. Lors de notre première rencontre j'ai hérité du surnom de "Miss sourire" (je ne comprends toujours pas pourquoi d'ailleurs 😊) et tu m'as tout de suite prise sous ton aile, alors pour ça merci. Travailler avec toi sur ce sujet était une **ÉVIDENCE**. Merci, merci pour tous ces kinder bueno, merci de m'avoir laissé faire des siestes dans ton bureau au début de ma grossesse, merci pour ces mails envoyés à toute la planète pour faire avancer ce travail de thèse. Merci de ton implication constante, merci de ta réactivité sans faille, merci de ta bienveillance en tout temps et surtout merci pour ce si beau travail réalisé ensemble ❤️.

### ❖ FAMILLE

**Régis** : plus qu'un époux formidable tu es un meilleur ami exceptionnel alors pour ça merci. Merci de me supporter chaque jour, merci d'avoir réalisé les statistiques de ma thèse (un sauveur un vrai), merci pour ces fous rires inappropriés mais tellement bons, merci pour chaque jour. Je te marierai 100 fois, 1000 fois si cela m'était possible. Merci pour notre fils à venir, et surtout merci de m'aimer inconditionnellement même quand j'estime ne pas le mériter.

**Maman** : merci de m'avoir donné la vie et de m'avoir poussé à toujours aller plus loin dans tout ce que j'entreprenais (On est bien loin de l'époque où je voulais faire un CAP pâtisserie). Merci de répéter à Vieux - Bourg que je suis docteur 😊, je crois que maintenant ils le savent tous.

**Mamie** : mon trésor, mon amour. Tu avais prédit que je deviendrais présidente de la république ... Docteur c'est pas si mal non ? Je t'aime.

**Papa** : de tout là haut j'espère te rendre fière. La maladie t'a emporté bien trop tôt mais tu es et resteras toujours tout près de mon cœur.

**Karim et Florence** : Le frère que j'ai tant attendu et la belle sœur de mes rêves, merci à tous les deux d'être là. Merci pour cette complicité grandissante, pour cet amour au-delà des océans, merci de votre soutien inconditionnel.

**Tatie Nadine** : Merci de m'avoir accompagné et poussé, merci pour les déménagements à Bures - Sur - Yvette, merci pour les courses quand je n'avais pas de voiture. Merci. Je sais que ce soir je me retrouvais sur des groupes whatsapp avec l'intitulé " *Ma nièce est Docteur*", alors merci d'être si fière de moi, en tout temps.

**Laure-Adeline** : the best cousine ever !!! Merci pour ta bonne humeur constante la moche, merci d'être la meilleure cousine dont je pouvais rêver. Et non je ne referai pas tes seins :p

**Marraine** : merci pour les petits déjeuners pizzas de mon enfance. Merci pour ces doudounes achetées lors de mon arrivée en France, merci d'être la personne si associable que j'aime tant. Merci d'être à Nice aujourd'hui, pour moi, alors que je sais que tu n'aimes pas les gens.

Merci à tous ces membres de ma famille qui m'ont toujours soutenu et ont cru en moi alors que je n'étais qu'une petite morveuse : **Alice, Tatie Elénique, Tonton Sainte Croix, Parrain**, merci **Tatie Nadine et Tonton Patrick**, merci **Tatie Linda et Tonton Henri**, merci **Tonton Michel, Tatie Jo, Tatie Reino**.

#### ❖ AMIS devenus la famille ♥

**Bibouille** ou ma go sûre depuis des années. Merci, il y a plus de 10 ans de m'avoir dit qu'on ne mettait pas ses rêves à la poubelle. J'ai bien fait de t'écouter car aujourd'hui je réalise mon rêve :). Merci d'être cette amie fidèle et toujours présente, merci de toujours croire en moi. Merci d'être déjà une tata merveilleuse pour Gigi.

**Amour**, ma sœur en Christ d'une autre mère. Depuis nos repas improvisés dans ta chambre étudiante, à nos escapades à Cocci Market, ou encore nos séances du My fiit dans la salle commune, tout a changé et en même temps rien n'a changé. Merci d'être une sœur, une amie, une confidente qui me regarde toujours avec amour et ne me juge jamais. Ce jour n'aurait pas eu la même saveur sans ta présence. **Francesco**, merci de l'aimer et de la chérir chaque jour, j'espère que tu mesures la chance que tu as 😊. **Stella Marie**, ma petite princesse, merci d'illuminer nos vies par tes sourires malicieux et ta bouille d'amour.

**Jim** : mon jumeau sinon qui ? Depuis les bancs de la classe de seconde jusqu'à cette dernière année de médecine, on est là !!! Merci d'être **TOUJOURS** là quand j'en ai besoin, merci d'être la seule personne à me faire des surprises d'anniversaire. Merci d'être toi et d'être qui tu es pour moi.

**Emmanuel** : Merci d'être un témoin et un ami si merveilleux.

**Mélinda** : Baaaabyyyyyyy ! Merci pour ces séances de radio tam tam inégalables, merci pour ces resto toujours plus ouf les uns que les autres, merci de toujours me faire rire même quand c'est clairement inadapté.

**Cassou, mon amie arabe !** Merci pour les soirées glace + nutella dans ma chambre étudiante chauffée à 40°C, merci pour les soirées “révisions” dans la salle commune, merci pour tous ces fous rires. Merci d’être une amie, une vraie même si tu n’écoutes qu’un mot sur trois quand je parle, merci car depuis toutes ces années rien n’a changé. **Elie**, merci de l’avoir épousé car sinon je ne sais pas qui l’aurait fait. **Kathleen**, petite bouille d’amour, ta tata noire sera toujours là pour toi.

**Mariam, Viviane et Camil, Vanessa, Catherine, Marie Aline ...** : Merci d’être des amis en or, loin des yeux mais près du cœur.

#### ❖ **Co internes de l’amour ... ou pas**

**Julien, Alexia, Quentin** : Premier semestre COVID ensemble, merci pour ces gardes partagées, pour ces repas du Martinez, merci pour la bonne humeur et l’entente qu’il y a eu entre nous du début à la fin. **Julien** : les lapines me manquent et toi aussi pardi !

**Anne Laure, Princesse, Professeur Cachin** : merci pour ce semestre de malade en MGU merci pour les “Apéros gardes”, merci d’avoir rendu ce semestre si intense et si beau.

**Anne Laure**, merci pour les statistiques, merci de toujours poser des diagnostics de ouf, merci d’être devenue ce médecin sénior si proche de ses internes et si impliqué.

**Vladou** merci pour ces pauses clopes dans l’escalier vétuste de l’Archet I, pour ce fauchage de bouteille d’eau dans le frigo de l’office, pour ces pauses cafés juste au-dessus des SP ( Aurait on passé ce semestre en pause 😊 ). Tu es un médecin exceptionnel, crois en toi.

**Axel** merci pour ces discussions interminables et merci de me demander des conseils pour choisir les cadeaux de ta copine.

**Marine, Alan, Maxime, Abdullah** : Merci pour ce semestre au SAMU, merci pour ces départs au self à 11h45, merci pour ces journées de régul manquées. Courage pour vos thèses, vous verrez, c’est moins dur qu’il n’y paraît.

**Elisa et Camille** : mes meilleures rencontres des urgences, vous me manquez les filles :).

**Shelsea** : je crois que oui ... je t’aime bien. En vrai meuf tu déchires, ne change rien. #CCA

**Noémie** : merci pour ce semestre à LENVAL, #Teamcircuitcourt. Et surtout merci d’avoir ouvert la voie avec ton super travail de thèse, je suis tellement fière de prendre la suite d’une guadeloupéenne comme moi :).

#### ❖ **Service d’Accueil des Urgences du CH Cannes**

Merci pour ce premier semestre d’internat riche en émotions, merci pour votre bienveillance, merci pour votre patience avec cette interne qui disait “ On fait comme d’habitude” en faisant mine de savoir exactement ce qu’elle faisait alors qu’elle ne savait pas toujours.

#### **Madame le Dr Inès BERKAOUI**

**Inès**, merci pour ton franc parlé et ton honnêteté en tout temps, merci pour ces cafés au lait en post garde tellement réconfortants. J’ai hâte de retravailler avec toi.

**Monsieur le Docteur Khalid BOUAGROUM**

**Khalidou**, merci pour ta bonne humeur constante, merci pour la découverte du Waggyu, merci d'être toi.

**Madame le Docteur Delphine GRANDJACQUOT**

**Delphine**, merci de m'avoir dit au bout d'un mois de stage que j'étais faite pour la médecine d'urgence, tu n'imagines pas à quel point ces mots ont résonné en moi. Merci 😊.

**Aux autres séniors des urgences : Axelle, Christophe, Fred, Kheira ...** Merci de m'avoir toujours fait me sentir comme un membre à part entière de l'équipe, merci pour vos conseils et votre soutien.

❖ **Service d'Accueil des Urgences Pasteur II**

**Morgane** : l'assistance sociale de l'amour ❤️. La seule personne au monde capable d'identifier un "UPA 12456" en 3 minutes et surtout de lui trouver un lit !!!

Merci pour ta douceur ma morganette, merci pour mon badge préféré, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec toi.

**Merci à tous les infirmiers du SAU** : Teddy, Marie, Nora, Romain, Nawel, Camille, Jennifer, Flore, Coralie, Sandra et tous ceux que je n'ai pas cité. Vous êtes ces "petites mains" invisibles qui tiennent ce service à bout de bras. Merci d'être là et de ne pas abandonner.

**Merci aux ASH** : Marie Jo, Gilbert, Mama, Souléya ... vous êtes ceux qu'on a tendance à oublier mais sans qui rien ne serait possible.

**Merci à tous les médecins séniors** : Céline, Julie, Pascal, Audrey, Nicolas, Benoit, Yassin, Arek, Didier, Simon, Anne, Anne Lise, Fabien, Tiphaine, Didier, Nicolas et tous ceux que je n'ai pas cité.

**Isa** : merci pour cette bonne ambiance en MCT même quand on déborde de patients et merci pour ces chocolats toujours donnés avec le cœur.

**Agathe** : merci pour ta douceur et ta patience.

❖ **Médecine Générale d'Urgence**

**Madame le Docteur Lucile MORGAN**

Luciiiiiiiiille ! Merci d'être ce médecin qui remplit les dossiers de SSR, fait les compte rendus, voit les familles afin de nous laisser, nous les internes, faire de la médecine.

Merci de toujours être disponible en pleine nuit entre une tétée et un vomito. Mais surtout merci d'être devenue une amie, une personne que je respecte et que j'admire énormément et qui répond à toutes mes questions de future maman psychopathe ❤️.

**Monsieur le Docteur Gauthier KEIRLE**

Gauthier, merci d'être un médecin si aboutit médicalement. Merci d'avoir été là quand j'en ai eu besoin pour mon frère, merci pour cette mèche rebelle du lundi matin et surtout merci pour cette phrase qui restera à jamais gravée "vous allez tuer des gens !!!".

### **Monsieur le Professeur Jean Paul FOURNIER**

Monsieur, merci pour votre bienveillance en tout temps, merci d'être un chef de service si accessible et si respectueux de ces internes. Merci de m'avoir dit que la MGU était ma maison et que je pourrais y revenir à n'importe quel moment en cas de besoin, je sais que ces mots étaient sincères.

**Merci aux infirmières : Nounou** (Talkie walkie un deux, un deux je te reçois 😊), **Coumba, Alizée, Léa, Chacha, Elisa** (les apéros avec les internes ne sont-ils pas les meilleurs ?), **Paupau** tu vois que je l'ai finalement écrite cette thèse .  
Merci à **Amandine**, une aide soignante en or.

**Merci aux secrétaires de l'ambiance : Nini** (promets que tu ne suivras plus aucun interne aux toilettes s'il te plait - Oui les ambulances sont là mais je dois quand même faire pipi), **Chantou** (Je souhaite toujours rester Lana dans ton coeur), **Séverine** (Toujours un petit mot gentil quand on ne s'y attends pas et jamais aucune pression) et **Jamimi** (Merci de m'avoir fait peur avec les places en crèche, du coup je garde mon fils à l'intérieur tant que je n'ai pas de place 😊).

#### ❖ **Lenal city**

Merci à toutes les personnes rencontrées durant ce stage, sauf aux enfants qui hurlent en permanence.

**Merci aux médecins séniors** qui m'ont accompagné dans cette découverte de la pédiatrie : **Docteur RANCUREL** (Vous savez tout le bien que je pense de vous, et j'espère que vous avez trouvé un service qui vous mérite, mais qui vous mérite vraiment), **Antoine** merci pour ta bonne humeur constante et ta patience, **Roro** merci de m'avoir dit que la pédiatrie s'assimilait à de la médecine vétérinaire je le garde en mémoire, **Margaux** merci pour ta patience et ton amour de la pédiatrie.

**Silvia, Anna et Marco**, merci d'être ce trio italien si drôle et qui n'a pas peur de dire les choses. **Dr BABE** merci d'apparaître et disparaître aussi vite, **Laure** merci de remettre les parents à leur place quand il le faut.

Merci à cette équipe paramédicale qui donne tout même quand elle n'a rien. **Lolo**, merci de toujours rire de tout et d'être si douce, **Nini** merci de m'avoir dit que j'étais ta préférée :), **Alexia** on en parle de ce dessert surcoté que tu m'as vendu ?, **Madiha** merci de m'avoir conseillé le meilleur salon de manucure de Nice.

Sans oublier **Chacha, Mélanie, Alexis, Déborah, Marion, Amandine, Nadia, Céline, Gérald.**

#### ❖ **Réanimation CH Antibes**

### **Madame le Docteur Cécilia BENARD**

**Cécilia**, merci pour cet accent inimitable. Il m'a fallu un mois pour réussir à te tutoyer, peut être que tu ne t'en es même pas rendu compte mais tu m'effrayais au début du stage. Merci

de toujours penser à appeler l'interne pour qu'il se forme, merci d'être aller au scanner pour me laisser intuber. Merci pour tout.

**Monsieur le Docteur Philippe DE SWARDT**

**Phiphi**, merci pour ta douceur et ton calme peu importe ce qu'il peut se passer. Merci pour ces heures passées à mes côtés en train d'essayer de poser une VVC, je ne me suis jamais sentie jugée alors pour ça merci.

**Monsieur le Docteur Rémi MALHOMME**

**Rémi**, aujourd'hui fini de m'appeler l'interne à tout jamais. Merci pour ton petit côté bipolaire qu'on aime tant, merci pour tes tocs (laisse cette porte rémi !!!), Merci pour cet amour que tu portes à mon île (et au rhum) qui est un peu devenue la tienne.

**Madame Monsieur les Docteurs MARTIN JULLY**

**Marion** merci pour ces bruits bizarres qui me hantent encore, merci pour le melon parce que le melon c'est trop bon. **Olivier**, merci pour cette mèche rebelle et cette fougue sans pareil pour tout, Juste une chose, les cours de physiopath à 3h du matin ce n'est pas humain.

**Monsieur le DOCTEUR Jordan TOSI, Monsieur le DOCTEUR Xavier Chiosi**

**Jordan** merci d'avoir ton laryngoscope en poche et d'être prêt à intuber n'importe qui n'importe quand, sans rire, merci de m'avoir toujours encouragé. **Xavier**, merci pour ce calme et cette efficacité légendaire.

**Véro** mon AS de l'amour devenue une amie merci d'être toi et de toujours prendre soin de moi, merci pour ces mots réconfortants que tu m'as dis sur le balcon ce jour là ♥.

**Béa, Hélène Amato**, (oui je dois dire ton nom en entier pour te citer), **Dolo, Viviane, Jessica, Jade, Valou, Alex et Alex**, et **Steph** je t'apprendrais à monter une aspi un jour.

**Jocelyn** (C'est quoi cette orthographe de prénom déjà ?), mon infirmier préféré de tous les temps. Merci de m'avoir répété pendant 6 mois que j'étais brillante et que j'étais une machine (permets moi d'émettre quelques doutes quand même), merci pour ces innombrables cafés, merci pour tous ces KTA posés en duo. Merci d'être devenu un ami. Et tu sais ce qu'on dit "Il vaut mieux avoir un seul oeil plutôt qu'une seule \*\*\*\*".

**Chloé** ou plutôt devrais-je dire Robert ? Merci d'être cette cagole que j'aime tant et cette infirmière en qui je peux avoir confiance (Quand un patient vomit on l'allonge et on le prend au BAVU c'est bien ça?).

**Agnès** mon petit chat, si la douceur avait un visage ce serait toi. Merci de dire les choses quand il le faut et avec le sourire. J'espère que l'entraînement a commencé 😊.

**Lolo** : merci pour ce rire inimitable et ces minuscules petits petons.

**Petite Manon, Grande Manon, Nao** : les filles vous êtes le SANG de la VEINE !!! Je vous aime.

**Maud, Madeleine, Fayçal, Pauline, Justine, Saïf, Yo, Meghan** : merci d'avoir été si patients avec l'interne que j'étais. **Roxane**, merci d'être celle qui pense toujours à mon haricot.



**Marie** tu es une secrétaire en or, ne te laisse surtout pas embrigader par Rémi. Merci pour ces bols de café du matin, merci pour ta douceur, merci pour ta patience pour tous ces comptes rendus qui n'arrivaient pas.

**Mélania** et **Sabrina** merci de votre gentillesse les filles, merci d'avoir ranger cette chambre de garde/bureau/débarras 1000 fois pendant ce semestre sans jamais m'engueuler.

Enfin à toute l'équipe, j'aimerais vous dire que vous avez fait de ce stage de réanimation mon meilleur stage d'internat. J'ai rencontré une équipe soudée avec tant de bienveillance les uns envers les autres et tant de respect. Merci et surtout préservez ce lien si fort qui vous unit.

❖ SMUR

**Merci aux ambulanciers : Nono** merci pour ta bonne humeur et ton sourire constant, **Quentin** merci de m'avoir appris à mettre mes rangers (je serais encore en train de galérer je crois), **Gillou** merci de toujours être si respectueux et si drôle, **Flo** merci d'être si décontracté et si sérieux à la fois, **David** merci pour ce bonjour toujours sincère le matin.

**Anne Marie** et **Séverine**, merci de m'avoir laissé utiliser votre bureau pour imprimer tous ces documents. Merci de toujours avoir le sourire.

**Merci aux infirmiers du SMUR :** Stéphane, Marie, Elo, Emilie, Marie Lyse, Sandrine.  
Merci **Stéphanie** pour ton implication à chaque étape et merci de ton intérêt pour le sujet, la cellule LATA n'attend que toi 😊.

Merci à tous ces médecins séniors qui m'ont fait découvrir ce monde à part de la régulation et du SMUR. **Marine** merci pour ta bienveillance et ton application dans ton travail et merci pour le filtre (même si je pense que le mien est un peu défectueux 😊), **Erick, Fred, Gilbert, Christophe** merci de m'avoir accueilli dans votre monde ... qui deviendra, je l'espère, bientôt le mien.

Merci au **Docteur NGUYEN**, pharmacien du CHU pour son implication et sa persévérance.

***Les urgentistes sont ceux à qui l'on  
confie la mort ... (15)***

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AEG : Altération de l'État Général  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AS : Aide soignant  
ATA : Arrêt des Thérapeutiques Actives  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CHUN : Centre Hospitalier Universitaire de Nice  
C3S : Centre de Soutien, Santé, Social  
DIM : Département d'Information Médicale  
DRM : Dossiers de Régulation Médicale  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes  
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs  
GIR : Grille Iso ressources  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat  
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
IESS : Innovation e-Santé Sud  
LAT : Limitation et Arrêt des thérapeutiques  
LATA : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives  
LISP : Lits Identifiés Soins Palliatifs  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SAP : Seringues Auto pousseuses  
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs  
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence  
SISUP : Service Infirmier de Soins d'Urgence Palliatifs  
SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation  
USP : Unité de Soins Palliatifs  
TSMUR : Terminal SMUR

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>19</b>
<b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>21</b>
2.1 Recherche documentaire.....	21
2.2 Elaboration d'un protocole admis comme protocole de service.....	21
2.3 Autorisations réglementaires.....	21
2.4 Design de l'étude.....	21
2.5 Recueil des données.....	22
2.5.1 Recueil rétrospectif.....	22
2.5.2 Recueil prospectif.....	23
2.5.3 Rédaction d'un questionnaire de satisfaction des soignants.....	23
2.6 Analyse statistique.....	23
2.7 Mise en place d'une valisette LATA.....	23
2.7.1 Diffuseurs.....	23
2.7.2 Majoration de la dotation de morphine.....	24
2.7.3 Ajout de scopolamine injectable à la dotation.....	24
<b>3. RÉSULTATS.....</b>	<b>25</b>
3.1 Première partie de l'étude : Evaluation d'un protocole de régulation médicale de prise en charge des patients en situation d'urgence palliative en phase agonique en pré hospitalier.....	25
3.1.1 Population de l'étude.....	25
3.1.2 Données épidémiologiques.....	25
3.1.3 Données médicales.....	26
3.1.4 Prise en charge thérapeutique.....	29
3.2 Seconde partie de l'étude : Evaluation des pratiques des soignants lors des urgences palliatives en phase agonique en pré hospitalier.....	31
3.2.1 Population de l'étude.....	31
3.2.2 Recueil de données.....	31
3.2.3 Analyse statistique.....	34
3.3 Troisième partie de l'étude : Questionnaire de satisfaction des soignants.....	35
3.3.1 Population de professionnels de santé.....	35
3.3.2 Recueil de données.....	35
3.3.3 Analyse statistique.....	39
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>40</b>
4.1 Forces de l'étude.....	40
4.1.1 Intérêt du sujet.....	40
4.1.2 Niveau de preuve de l'étude.....	41
4.1.3 Questionnaire soignants.....	41
4.2 Limites de l'étude.....	42
4.2.1 Non exhaustivité du recueil des données.....	42

4.2.2 Faible adhésion des soignants au protocole.....	43
4.2.3 Vécu des proches et fin de vie.....	43
4.3 Pistes d'amélioration.....	44
4.3.1 Valisette LATA.....	44
4.3.2 Staff Éthique et formation : USP - SAU - SAMU SMUR.....	45
4.3.3 Extension du protocole à tout le département des Alpes Maritimes.....	46
4.3.4 Expériences d'autres équipes en termes de SP en pré hospitalier.....	46
4.3.5 Création d'une cellule LATA au sein du SAMU SMUR 06.....	48
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>49</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES.....</b>	<b>50</b>
<b>7. ANNEXES.....</b>	<b>52</b>
7.1 Protocole de régulation médicale.....	52
7.2 Questionnaire de satisfaction des soignants.....	55
7.3 Valisette LATA.....	56
7. 4 Protocole LATA.....	57
<b>8. SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>58</b>
<b>9. RÉSUMÉ.....</b>	<b>59</b>

## I. INTRODUCTION

**Les soins palliatifs** parce qu'ils visent « à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage », figurent parmi les droits de la fin de la vie (1). Ils sont réalisés en institution ou à domicile (2). Un rapport de l'HAS en 2018 considère néanmoins que les SP sont encore difficiles d'accès ou de qualité parfois décevantes (3).

**L'urgence palliative**, elle, est définie comme une situation de décompensation aiguë chez un patient en fin de vie ou relevant d'une prise en charge palliative. On parle de situations d'inconfort, réel ou ressenti, pour le patient et sa famille nécessitant une prise en charge médicale urgente pour soulager le patient rapidement (4). L'objectif n'est pas de guérir, de préserver la vie à tout prix ni de préserver un pronostic fonctionnel mais bien de soulager et d'accompagner (5).

Plusieurs facteurs épidémiologiques notamment le vieillissement de la population ou le manque de disponibilité de la permanence de soins en ville ont fait de la médecine d'urgence pré et intra hospitalière, le lieu privilégié de discussion éthiques et de limitation thérapeutiques. La prise en charge des patients en fin de vie, en situation d'urgences palliatives ou des patients en phase agonique sont devenus, par la force des choses, des missions courantes du médecin urgentiste, dans les Services d'Accueil des Urgences, (en intra hospitalier) ou en SMUR (à domicile).

Le nombre d'interventions SMUR pour cette thématique est croissant depuis 2017 dans les Alpes Maritimes. En 2021, cela représente deux interventions par semaine et 3,5% des dossiers d'intervention primaire du TSMUR à Nice (6).

Il est de la responsabilité du médecin urgentiste du SMUR, face à une situation de détresse manifeste chez un patient en situation palliative, de prendre, en collaboration avec son médecin régulateur (et le médecin traitant lorsqu'il est joignable) une décision de LATA et de maintien à domicile (7).

En France, en 2011, 76% des médecins interrogés ont notifié avoir été confrontés à au moins une décision de LATA en pré hospitalier (8).

En 2020, en France, 8,4% des médecins régulateurs ont émis des décisions de LAT et 70% de maintien à domicile en cas de décision de LAT (9). La régulation médicale a donc un vrai rôle dans l'orientation de ces patients en fin de vie.

Si 85% des français déclarent vouloir mourir à leur domicile en France, seuls 35% d'entre eux le verbalisent à leurs proches (10). Il y aurait une appréhension dans la qualité des prises en charge au domicile et la crainte d'une insuffisance de soins palliatifs (11).

En 2018, seuls 28% des patients meurent à leur domicile en région PACA (12).

Beaucoup d'admissions aux urgences se font dans la phase agonique de la fin de vie pour décéder à l'hôpital car se pose un problème de sécurité et de confort à domicile (13).

Il nous a semblé indispensable au vu des constats précédents d'établir un protocole pérenne de prise en charge de ces patients, avec nécessairement une coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. Ce protocole vise à favoriser le maintien à domicile de ces patients et à assurer la suite de la prise en charge palliative après l'intervention d'un équipage SMUR.

Il nous a paru logique de solliciter l'HAD en tant que structure "extra hospitalière" afin de prendre le relais suite à nos interventions SMUR lors des phases agoniques à domicile. Cette collaboration était déjà suggérée par des études en 2010 (14).

En effet, les équipes de l'HAD sont formées en soins palliatifs, ont une capacité d'intervention 24h/24h avec des astreintes médicales et paramédicales (15).

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la possibilité d'application du protocole de prise en charge du SAMU SMUR avec comme critère de jugement principal un taux d'adhésion à ce protocole supérieur à 50%.

Les objectifs et critères de jugement secondaires sont multiples :

- Déterminer les raisons de la non adhésion des praticiens au protocole
- Comparer les populations de patients en soins palliatifs sur deux périodes similaires
- Evaluer l'évolution des pratiques des soignants sur deux populations de patients en situation d'urgence palliative en pré hospitalier
- Evaluer la satisfaction des soignants du SAU et du SAMU SMUR concernant les prise charge palliative et émettre des pistes d'amélioration
- Apporter les modifications nécessaires et enrichir le protocole de service, selon les suggestions et demandes des médecins et soignants ayant répondu à notre questionnaire

## **2. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **2.1 Recherche documentaire**

La recherche documentaire a, essentiellement, été effectuée en ligne, les sites internet de la SFAP, de l'HAS, de l'ARS PACA et le site thèses.fr ont été consultés.

Les références bibliographiques ont été classées dans un document word selon les thématiques abordées.

### **2.2 Elaboration d'un protocole admis comme protocole de service**

Après plusieurs rencontres entre les différents acteurs du département en termes de soins palliatifs : le C3S, l'HAD de Nice, l'USP de l'hôpital l'Archet I, les médecins et I(A)DE du SMUR, a été rédigé un protocole de prise en charge des patients en situation d'urgence palliative ou phase agonique en pré hospitalier (**Annexe 1**).

Ce protocole de service, diffusé via une note de service pour son application, implique tous les acteurs allant de la régulation médicale au médecin urgentiste du SMUR jusqu'à l'infirmière de l'HAD.

### **2.3 Autorisations réglementaires**

L'étude a été enregistrée sous la référence 2022 - EI - 030 dans le registre d'activités de traitement du CHUN.

Aucune demande de CPP n'a été requise, le protocole étant admis comme protocole de service.

### **2.4 Design de l'étude**

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, multicentrique (CHU de Nice, CH Menton la Palmosa), non randomisée, ouverte. Suivi d'un travail quantitatif, descriptif sous la forme d'un questionnaire.

Les critères d'inclusion dans l'étude sont les suivants :

- Âge > 18 ans
- Maladie neuro évolutive/dégénérative ou pathologie néoplasique +/- métastatique avec AEG connue ou personne très âgée dépendante
- Détresse symptomatique justifiant théoriquement un transfert hospitalier

- Nécessité d'une réévaluation médicale dans les 12h
- Entourage en capacité d'aider

Les critères de non inclusion sont les suivants :

- Isolement social et familial
- Refus de la famille ou du patient d'un maintien à domicile
- Désaccord familial sur la conduite à tenir concernant le maintien à domicile

L'étude a été divisée en 3 parties :

- Première partie de l'étude : Evaluation d'un protocole de régulation médicale de prise en charge des patients en situation d'urgence palliative et phase agonique en pré hospitalier
- Seconde partie de l'étude : Evaluation et comparaison des pratiques des soignants lors des urgences palliatives et phases agoniques en pré hospitalier
- Troisième partie de l'étude : Questionnaire de satisfaction des soignants

## **2.5 Recueil des données**

Le recueil prospectif et rétrospectif a été fait sur le TSMUR du portail de santé IESS qui est l'outil de traçabilité des interventions SMUR.

Il n'a pas été possible d'exclure les dossiers d'intérêt selon la cotation du DIM car une cotation unique est utilisée pour les interventions primaires quel que soit le diagnostic.

Les données extraites des différents dossiers concernent l'épidémiologie, les pathologies aiguës et chroniques, les médicaments entrepris et la suite de la prise en charge.

### **2.5.1 Recueil rétrospectif**

Un recueil de données rétrospectif a été fait sur la période du 01/12/2021 au 28/02/2022, les données ont été classées dans un fichier excel protégé par un mot de passe.

Sur le Terminal SMUR nous avons lu les dossiers correspondants à toutes les interventions primaires des SMUR NICE et SMUR MENTON entre le 01/12/2021 et le 28/02/2022, soit un total de 841 interventions SMUR.

Après double lecture, 26 dossiers relevant d'urgence palliative ou de phase agonique au domicile ont été inclus.



### **2.5.2 Recueil prospectif**

Un recueil prospectif de données à été effectué du 01/12/2022 au 28/02/2023, les données ont été classées dans un fichier excel protégé par un mot de passe.

Ont été inclus, après double lecture, tous les dossiers avec la cotation “fin de vie, soins palliatifs”, et ayant bénéficié d’un maintien à domicile, soit un total de 25 dossiers.

### **2.5.3 Rédaction d’un questionnaire de satisfaction des soignants**

Un questionnaire à destination des soignants du CHU de Nice (**Annexe 2**) a été rédigé et soumis à 91 soignants en poste au SAU ou au SAMU SMUR. Le questionnaire a été soumis en version papier aux soignants durant le mois de décembre 2022.

Ce questionnaire comportait 10 questions à choix multiples et 4 questions ouvertes.

Les données recueillies par ce questionnaire ont été classées dans un fichier excel protégé par un mot de passe.

## **2.6 Analyse statistique**

Pour la première et la seconde partie de l’étude, des pourcentages, des moyennes, des graphes de type camemberts ont été réalisés. Des tests de Fisher sur des données indépendantes ont été réalisés avec comme seuil de significativité un *risque a* < 0,05.

Toutes ces données ont été stockées dans un fichier excel protégé par un mot de passe.

Pour la troisième partie de l’étude, des pourcentages, des moyennes et des graphes de type camemberts ont également été réalisés. Des tests de fisher sur des données indépendantes ont été réalisés avec comme seuil de significativité un *risque a* < 0,05.

Toutes ces données ont été stockées dans un fichier excel protégé par un mot de passe.

## **2.7 Mise en place d’une valisette LATA**

Au terme de notre étude, il nous a paru nécessaire de mettre en place une valisette LATA au sein des véhicules du SMUR (**Annexe 3**).

### **2.7.1 Diffuseurs**

Nous avons rencontré plusieurs laboratoires proposant des diffuseurs afin de sécuriser l’administration des drogues lors des sédations terminales.

Après concertation entre les différents acteurs de soin impliqués dans la procédure, notre choix s'est porté sur le modèle de diffuseur **EASYPUMP® II de la marque BBRAUN**. Ces diffuseurs n'étant pas initialement référencés au CHU de Nice, nous avons rencontré le pharmacien responsable des commandes afin de les faire inclure dans la dotation du service.

### **2.7.2 Majoration de la dotation de morphine**

Dans les véhicules d'intervention du SMUR nous disposons de deux ampoules de morphine correspondant à 20 mg de morphine.

Au vu des délais d'action de l'HAD pour la suite de la prise en charge et des posologies parfois élevées de morphine nécessaire à une sédation optimale, nous avons fait les démarches afin d'obtenir une dotation supplémentaire.

Nous avons pu obtenir la majoration de la dotation de morphine au SMUR avec l'adjonction d'un ampoulier unique contenant **5 ampoules de 10 mg/ml** supplémentaires qui est, à présent, stocké dans le coffre des toxiques du SMUR Nice.

### **2.7.3 Ajout de scopolamine injectable à la dotation**

Nous disposions avant la conduite de notre étude de scopolamine en patch à la concentration de **1mg/72h**. Il est apparu que selon le degré d'hypersécrétion du patient, cette voie d'administration n'était pas la plus adaptée.

Nous avons donc fait ajouter à la dotation de la pharmacie du SMUR Nice des ampoules de **Scopolamine 0,5mg/2ml**, ayant un délai d'action plus rapide que la forme transdermique. Le but étant d'éviter, notamment, des aspirations trachéo bronchiques trop fréquentes, pouvant être considérées comme un geste trop invasif dans ce type de prise en charge.

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1 Première partie de l'étude : Evaluation d'un protocole de régulation médicale de prise en charge des patients en situation d'urgence palliative en phase agonique en pré hospitalier

##### 3.1.1 Population de l'étude

Vingt cinq patients ont été inclus dans cette étude, 12 patients (48%) ont été inclus dans notre protocole et 13 patients (52%) n'ont pas bénéficié du protocole.

Dans la suite de cet exposé nous parlerons des **patients HAD** c'est à dire ceux inclus dans notre protocole et des **patients non HAD** c'est à dire ceux non inclus dans notre protocole.



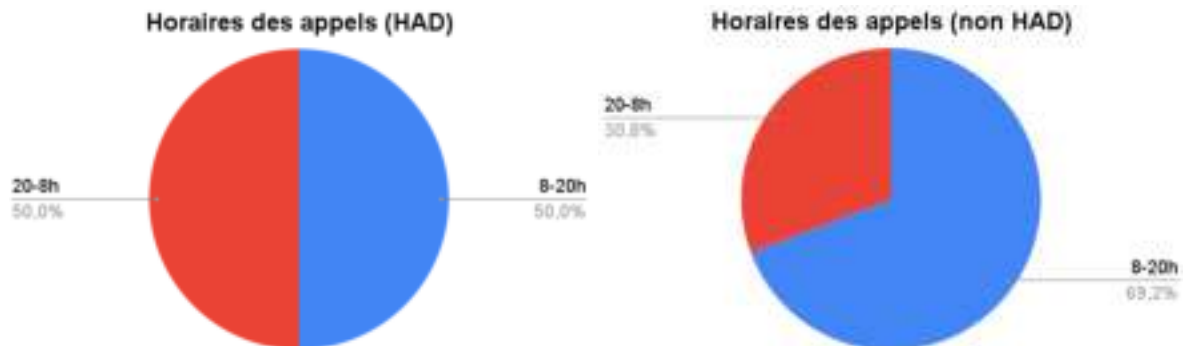
Parmi les 13 patients non inclus, cinq (38.5%) ne l'ont pas été car le décès semblait imminent, cinq autres (38.5%) car le médecin traitant était disponible pour la suite de la prise en charge. On retrouve également deux patients (15.4%) non inclus car les urgentistes du SMUR n'avaient pas connaissance du protocole et un patient (7.7%) n'a pas été inclus car la famille refusait la prise en charge palliative.

##### 3.1.2 Données épidémiologiques

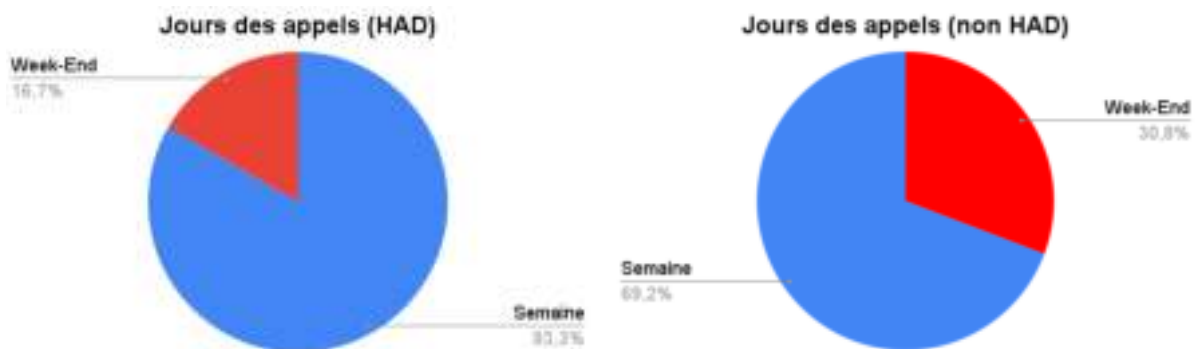
L'âge moyen des patients inclus dans le protocole HAD était de 82.5 années contre 83.8 années chez les patients non inclus.

Dans la population HAD, on retrouvait trois hommes (25%) et neuf femmes (75%). Dans la population non HAD on retrouvait cinq hommes (38.46%) et huit femmes (61.54%).

Sept patients (58.3%) vivaient à leur domicile et cinq en EHPAD (41.7%) dans la population HAD. Ce rapport est quasiment inversé dans la population non HAD : Six patients (46.2%) à domicile versus sept en EHPAD (53.8%)



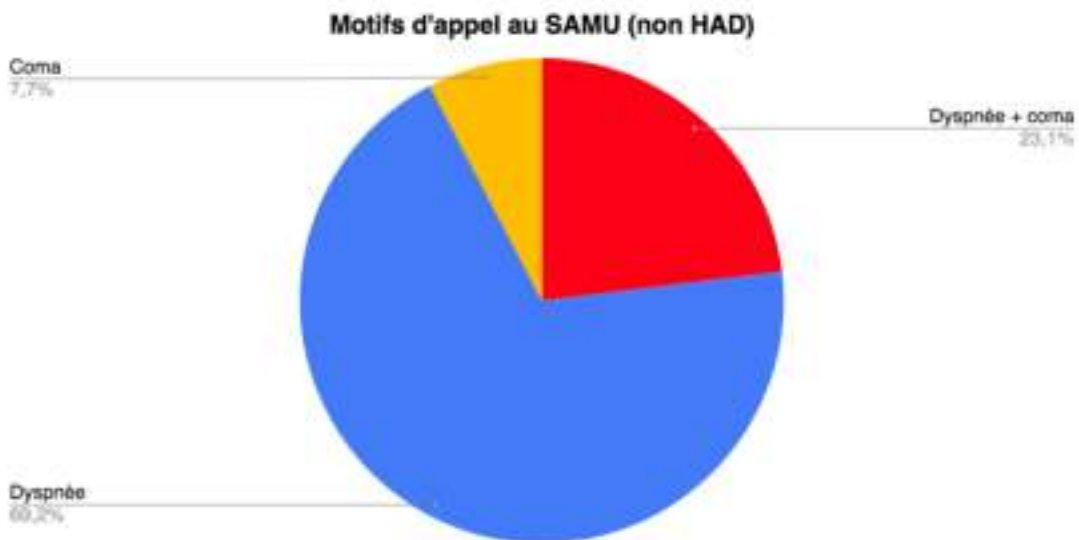
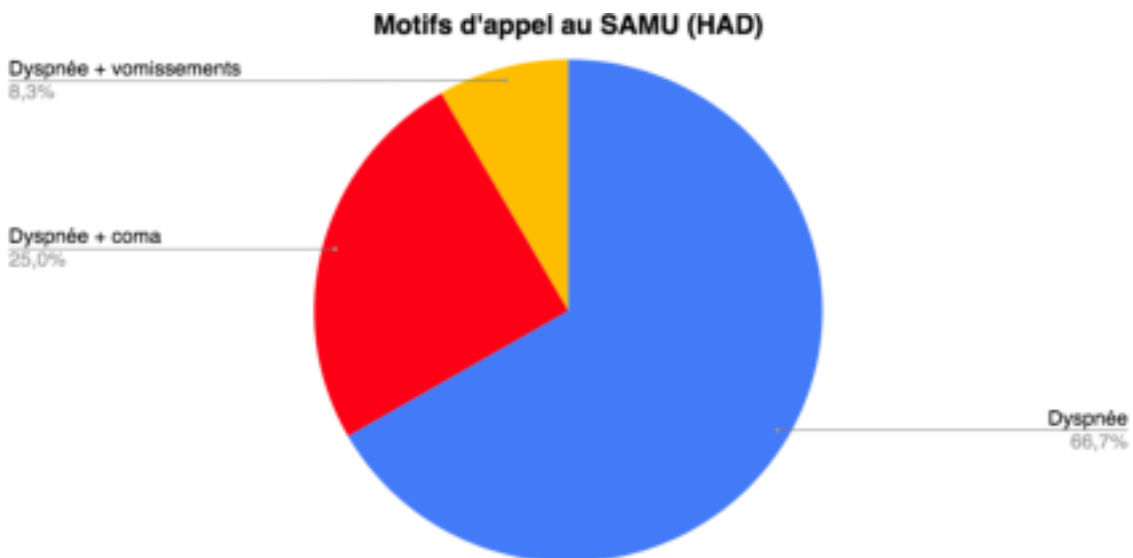
Dans la population HAD, il y a eu autant de patients inclus dans la tranche diurne que nocturne. En revanche, dans la population non HAD, il y a eu davantage d'appels diurnes que nocturnes : neuf appels (69.2%) avaient lieu entre 8h et 20h et 4 (30.8%) entre 20h et 8h.



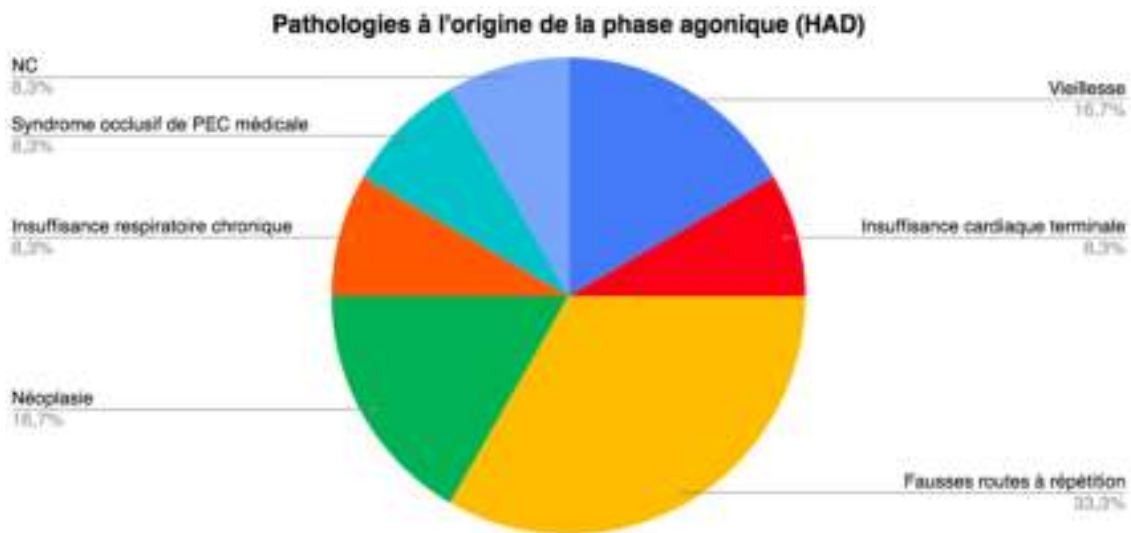
Dix appels (83.3%) ont eu lieu en semaine dans la population HAD et deux le weekend (16.7%) . Neuf appels (69.2%) ont eu lieu en semaine dans la population non HAD et quatre le weekend (30.8%).

### 3.1.3 Données médicales

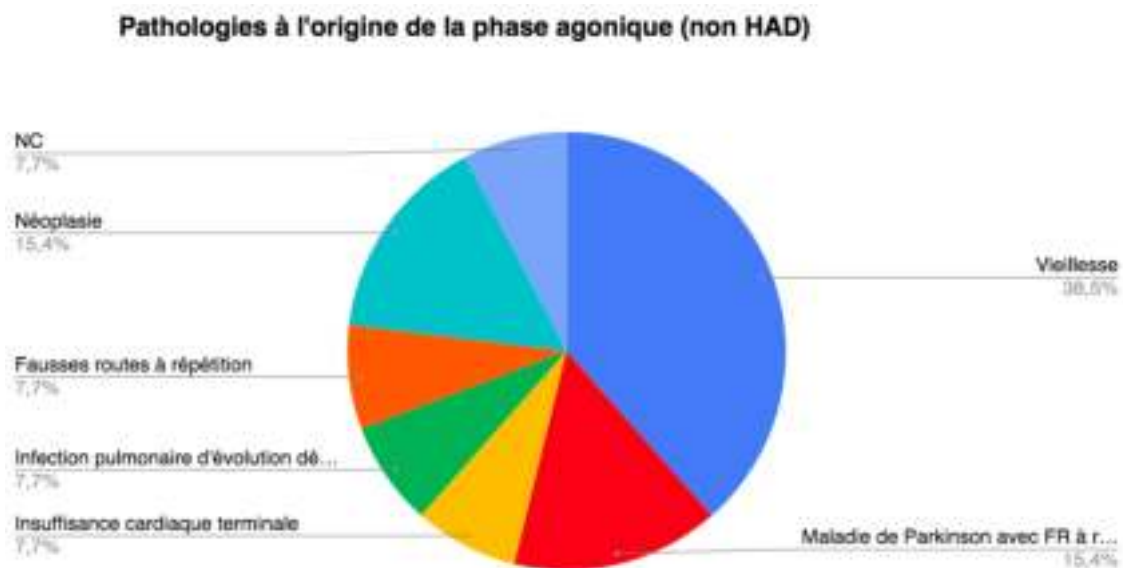
Dans la population HAD, le premier motif d'appel retrouvé est la dyspnée chez huit patients (66.7%), puis vient la dyspnée associée au coma chez trois patients (25%) et enfin la dyspnée associée aux vomissements chez un patient (8.3%).



Dans la population non incluse en HAD les proportions des motifs d'appel restent sensiblement similaires. Le motif d'appel majoritaire reste la dyspnée chez neuf patients (69.2%), ensuite venait la dyspnée associée au coma chez trois patients (23.1%) et en dernier lieu le coma seul chez un patient (7.7%).



Quatre patients (33.3%) étaient en phase agonique sur des fausses routes à répétition. Deux (16.7%) l'étaient à cause d'une néoplasie ou de la vieillesse. Une insuffisance cardiaque terminale, un syndrome occlusif de prise en charge médicale, ou une insuffisance respiratoire chronique étaient, chacune, la cause de la phase agonique d'un patient (8,3%). Pour un dernier patient (8.3%), la pathologie de fond n'était pas renseignée.

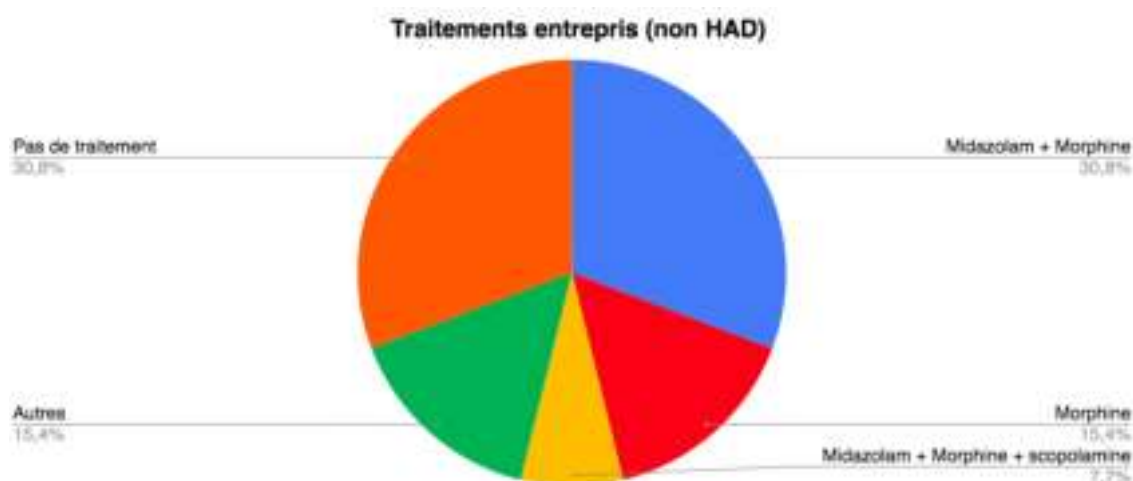


Cinq patients (38.5%) étaient en phase agonique dues à la vieillesse, deux (15.4%) dans un contexte de maladie de Parkinson avec des fausses routes à répétition ou avec une pathologie néoplasique. Ensuite un patient (7.7%) était atteint d'une insuffisance cardiaque terminale ou d'une infection pulmonaire d'évolution défavorable ou de fausses routes à répétition. Pour un dernier patient (7.7%), la pathologie de fond n'était pas renseignée.

### 3.1.4 Prise en charge thérapeutique



Concernant les différents traitements entrepris, dans la population de patients HAD, six patients (50%) ont bénéficié de l'association morphine + midazolam, trois (25%) de l'association morphine + midazolam + scopolamine et deux (16.7%) de morphine seule.

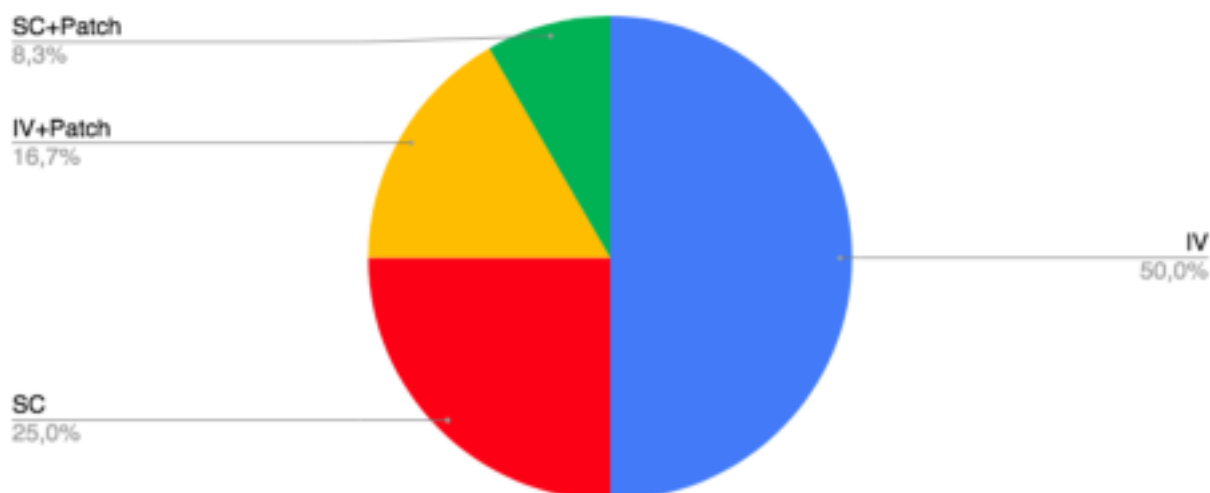


Parmi les patients de la population non HAD, quatre (30.8%) ont reçu de la morphine associée à du midazolam, un patient (7.7%) a reçu de la morphine + midazolam + scopolamine, deux patients (15.4%) ont reçu de la morphine seule. On retrouve quatre patients (30.8%) qui n'ont reçu aucun traitement.

Dans la population de patients HAD, la posologie moyenne de morphine était de 1.25mg/h et celle de midazolam de 1.6 mg/h.

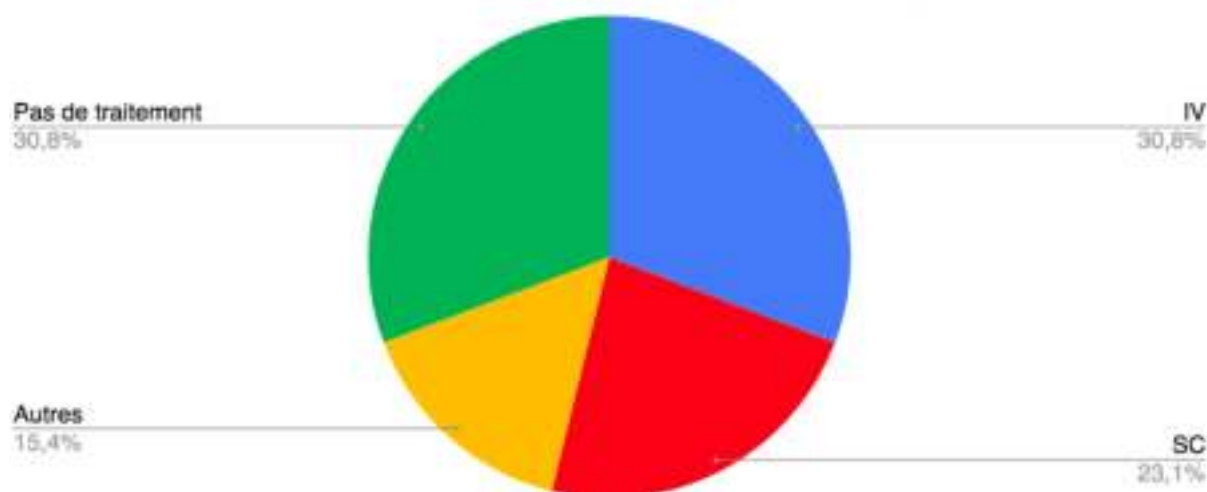
Chez les patients non inclus en HAD, la posologie moyenne de morphine était de 2.57 mg/h et celle de midazolam de 2.5mg/h.

### Voies d'administration des différents traitements (HAD)



Six patients (50%) ont reçu leur traitement par voie IV seule et trois (25%) par voie sous cutanée seule. Deux patients (16.7%) ont reçu un traitement par voie IV associée à une voie transdermique et un patient (8.3%) par voie sous cutanée associée à une voie transdermique.

### Voies d'administration des différents traitements (non HAD)



Quatre patients (30.8%) ont reçu leur traitement par voie IV, trois (23.1%) par voie SC et deux (15.4%) l'ont reçu par une autre voie d'administration.

La durée moyenne de survie chez les patients non inclus dans le protocole était de 2.85 jours et était de 1.77 jours chez les patients inclus en protocole HAD.



## 3.2 Seconde partie de l'étude : Evaluation des pratiques des soignants lors des urgences palliatives en phase agonique en pré hospitalier

### 3.2.1 Population de l'étude

Nous avons comparé deux populations de patients sur la même période de l'année à un an d'intervalle : inclusion rétrospective du 01/12/2021 au 28/02/2022 et inclusion prospective du 01/12/2022 au 28/02/2023 (après diffusion du protocole SAMU SMUR - HAD).

La population rétrospective comporte 26 patients et la population prospective 25 patients.

Ont été inclus tous les patients du TSMUR sur ces deux périodes avec comme diagnostic final "Fin de Vie, soins palliatifs" et ayant été laissés au domicile pour la suite de la prise en charge.

### 3.2.2 Recueil de données

Nous avons décidé de nous intéresser à plusieurs paramètres intervenant dans les pratiques des soignants : le recours à la hotline de SP, les traitements entrepris pour la sédation, leurs posologies et voies d'administration.

Dans la population rétrospective on dénombre zéro appel à la hotline de SP et dans la population prospective un appel a été passé à la hotline de SP pour tenter d'hospitaliser un patient en urgence à l'USP de l'hôpital l'Archet I.



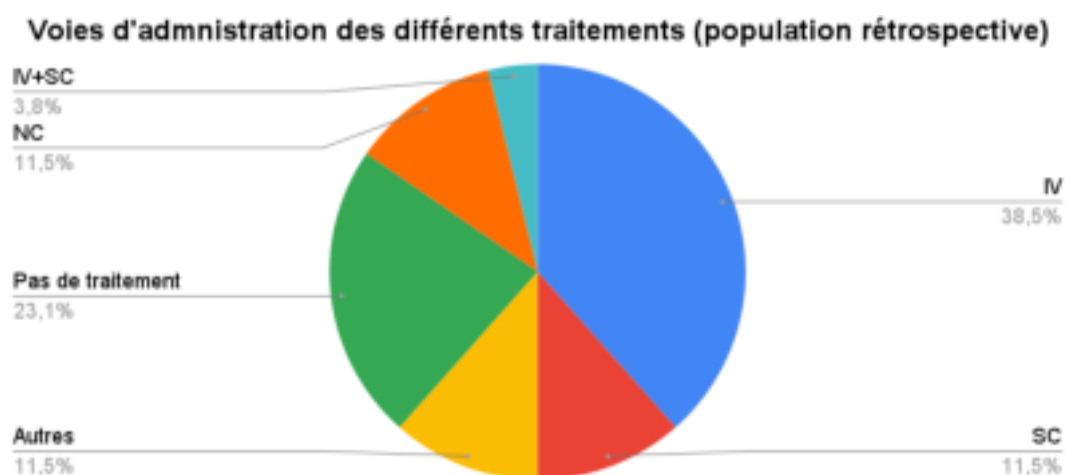


Dans la population rétrospective dix patients (58.5%) ont bénéficié de l'association Midazolam + Morphine contre dix (40%) dans la population prospective.

La morphine seule est utilisée chez quatre patients (16%) en prospectif et chez deux patients (11.8%) en rétrospectif.

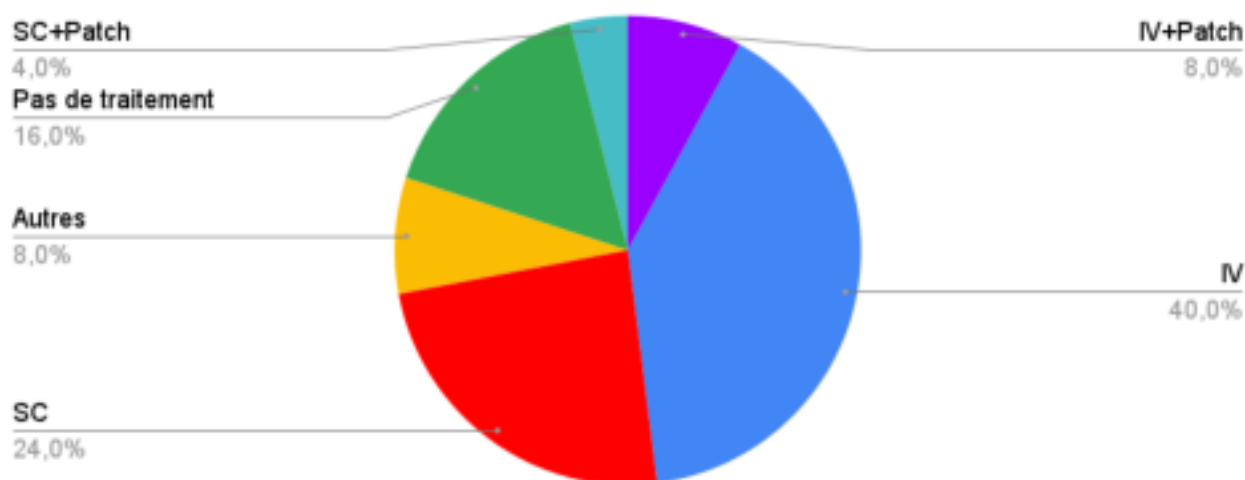
La scopolamine est systématiquement utilisée en association à d'autres drogues quelle que soit la population. Elle est utilisée chez un seul patient (5.9%) en rétrospectif et chez quatre patients (16%) en prospectif.

En rétrospectif, quatre patients (23.5%) ont bénéficié d'autres drogues (kétamine, fentanyl transdermique, sufentanyl) pour leur sédation et en prospectif 3 patients (12%).



En rétrospectif, la voie intraveineuse seule a été utilisée pour dix patients (38.5%) et la voie sous cutanée seule pour trois patients (11.5%). Un patient (3.8%) a reçu ses traitements par voie IV et SC.

### Voies d'administration des différents traitements (population prospective)



Dans la population prospective dix patients (40%) ont reçu leur traitement par voie IV seule et six (24%) par voie SC seule. Deux patients (8%) ont reçu un traitement par voie IV associée à un traitement par voie transdermique et un patient (4%) a reçu son traitement par voie SC et par voie transdermique.

La posologie moyenne de morphine utilisée dans la population rétrospective était de 2.25 mg/h et celle de midazolam de 1.75mg/h.

La scopolamine, elle était systématiquement administrée en patch à la posologie de 1mg/72h.

Dans la population prospective, la posologie moyenne de morphine utilisée était de 1.75mg/h et celle de midazolam de 1.9mg/h.

Là encore, la scopolamine était utilisée en patch à la posologie de 1mg/72h.

#### 3.2.3 Analyse statistique

L'analyse statistique via un test de fisher ne met en évidence aucune différence significative concernant les appels à la hotline de SP, les traitements entrepris pour la sédation et les voies d'administration entre nos populations prospective et rétrospective.

Les pratiques des soignants sont donc comparables dans nos deux populations de patients.

		Population rétrospective	Population prospective	p value
<b>Appels hotline de Soins Palliatifs</b>		0 (0%)	1 ( 4%)	1
<b>Traitements entrepris pour la sédation</b>	Midazolam + Morphine	10 (58.5%)	10 (40%)	1
	Morphine	4 (16%)	2 (11.8%)	0,6
	Scopolamine + autres drogues	1 (5.9%)	4 (16%)	0,35
<b>Voies d'administrations</b>	Intraveineuse	11 (42.3%)	12 (48%)	1
	Sous cutanée	4 (15.3%)	7 (28%)	0,5

**Comparaison des pratiques des soignants en termes de thérapeutiques entreprises, voies  
d'administration et recours à la hotline de SP  
Analyse statistique via un test de Fisher,  $p < 0.05$**

### 3.3 Troisième partie de l'étude : Questionnaire de satisfaction des soignants

Dans cette partie de notre exposé, on pourra remarquer des nombres de soignants avec des virgules ou des items de réponse avec des virgules. Ceci s'explique par le fait que les questions étant des questions ouvertes, certains soignants ont répondu plusieurs items à une même question. Afin d'avoir des données statistiques fiables et représentatives de la réalité, selon le nombre d'items répondu par un même soignant, chaque item a été compté pour  $\frac{1}{2}$  ou  $\frac{1}{3}$  de réponse.

#### 3.3.1 Population de professionnels de santé

Après réalisation, le questionnaire a été soumis à 91 soignants du SAU et du SAMU SMUR du CHU Pasteur II en document papier.

Parmi ces soignants, on retrouve 39 médecins (42.9%), 34 IDE (37.4%), 11 ambulanciers (12.1%), quatre IADE (4.4%) et trois Aides Soignants (3.3%).

Parmi les soignants interrogés, 44 (48.4%) d'entre eux ont un poste mutualisé, c'est-à-dire au SAU et au SAMU SMUR. Vingt-six soignants (28.6%) exercent uniquement au SAU et 21 (23.1%) uniquement au SAMU SMUR.

65 soignants (71.4%) avaient plus de 5 ans d'expérience dans leurs fonctions au sein du service. Dix sept (18.7%) d'entre eux avaient entre deux et cinq ans d'expérience et neuf (9.9%) entre zéro et deux ans d'expérience au sein du service.

### 3.3.2 Recueil de données

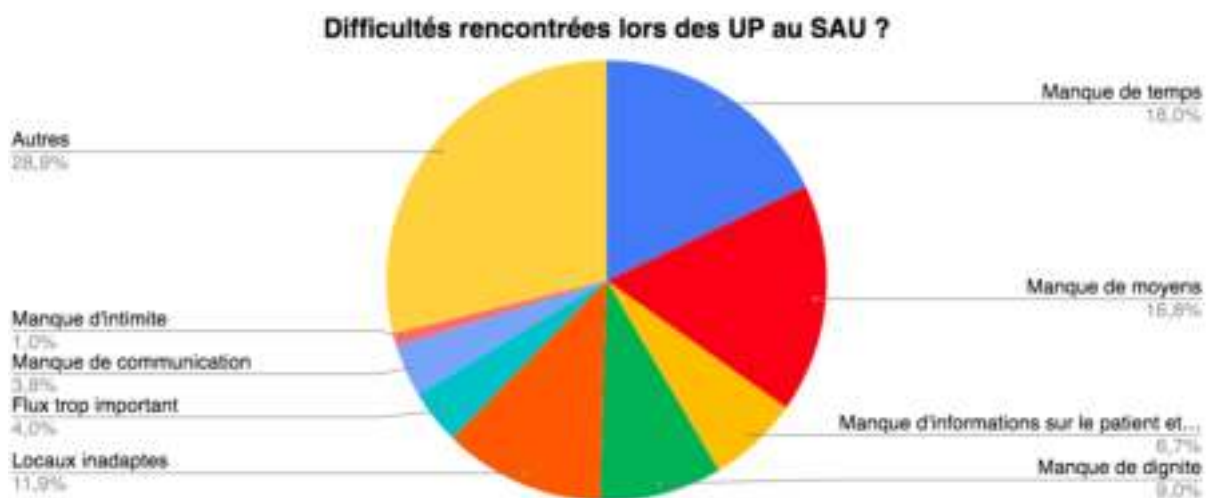


Quinze soignants ont répondu ne pas être à l'aise avec les urgences palliatives au SAU. Parmi ces réponses, 4.5 (30%) d'entre eux rapportaient un manque de formation, 1.5 (10%) considéraient que le SAU n'est pas un lieu adapté à la fin de vie, deux (13.3%) rapportaient un manque de temps ou un manque de confort des patients.

Parmi les 15 soignants ayant répondu ne pas être à l'aise avec les UP au SAU, sept (46.6%) avaient plus de cinq ans d'expérience, trois (20%) avaient entre deux et cinq ans d'expérience, cinq (33.3%) avaient entre zéro et deux ans d'expérience.

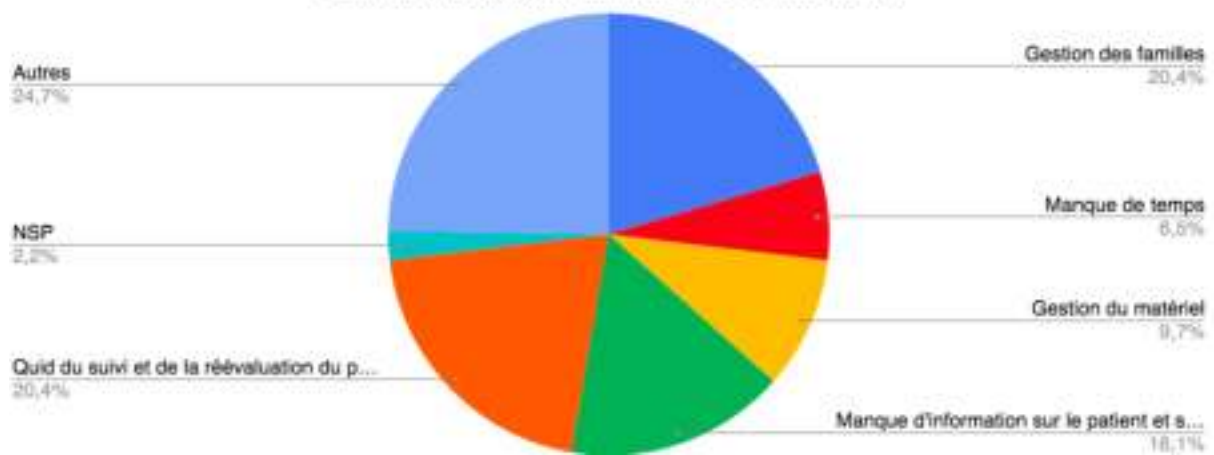


Seize soignants (24.6%) exerçant au SAMU SMUR, ont dit ne pas être à l'aise avec les urgences palliatives en SMUR. Quatre (25%) se posaient la question du suivi une fois les sédations introduites, quatre autres (25%) ne se prononçaient pas sur la raison de leur malaise. 1.5 (9.4%) rapportaient un manque d'information sur le patient et sa pathologie et 6.5 (40.6%) ont répondu des réponses variées englobées dans la case "autres".



Parmi les 52.3 soignants ayant répondu avoir des difficultés lors des prises en charge des urgences palliatives au SAU, 9.4 (18%) décrivaient un manque de temps, 8.8 (16.8%) un manque de moyen, 3.5 (6.7%) un manque d'information sur le patient et sa pathologie. 6.2 soignants (11.9%) mentionnaient le fait que les locaux du SAU soient inadaptés à ce type de prise en charge.

### Difficultés rencontrées lors des UP en SMUR

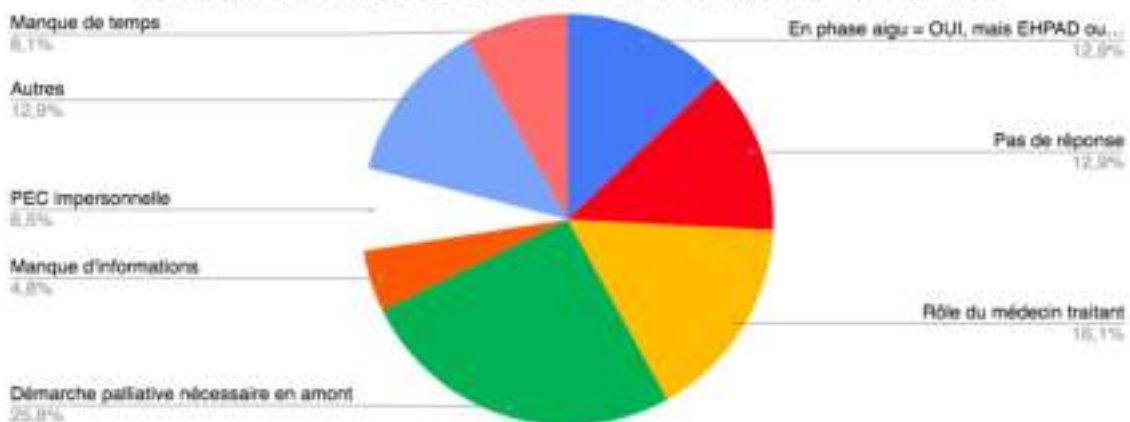


Quarante-six soignants ont rapporté avoir des difficultés lors des prises en charge palliative en SMUR. 9.5 (20.4%) rapportaient la difficulté à gérer les familles au domicile, 9.5 autres (20.4%) évoquaient la question du suivi et de la réévaluation du patient au terme de l'intervention de l'équipage SMUR. 7.5 (16.1%) d'entre eux ont mentionné le manque d'information sur le patient et sa pathologie et 4.5 (9.7%) la gestion du matériel laissé sur place au terme de la prise en charge.

Soixante soignants (65.9%) considéraient que la prise en charge des patients en situation d'urgence palliative en phase agonique relevait des missions du médecin urgentiste, au SAU ou au SAMU SMUR.

Vingt trois soignants (25.3%) interrogés ont répondu que ce type de prise en charge ne faisait pas partie de nos missions et pour huit soignants (8.8%) la réponse donnée est oui/non.

### NON la prise en charge des UP n'est pas dans les missions de l'urgentiste



Parmi les 91 soignants interrogés, 31 ont répondu que la prise en charge des urgences palliatives ne relevaient pas, selon eux, des missions du médecin urgentiste.

Huit soignants (25.8%) ont évoqué le fait que la démarche palliative devait se faire en amont avec notamment l'anticipation d'éventuelles urgences palliatives. Cinq soignants (16.1%) pensaient que cela faisait partie des missions du médecin traitant.

Quatre soignants (12.9%) ont répondu qu'en phase aiguë ce type de prise en charge était dans les missions du médecin urgentiste (sauf en cas d'institutionnalisation), quatre autres n'ont pas détaillé leur réponse.



30 soignants ont émis des remarques ou suggestions sur les pratiques actuelles dans le service concernant la prise en charge des urgences palliatives.

4.5 (14.8%) ont parlé de la nécessité d'une unité mobile active de SP pour le préhospitalier, 3.5 (11.5%) ont trouvé que l'EMSP n'était pas assez sollicité, 3.9 (12.8%) ont parlé des LISP comme alternative à la prise en charge en box de soins au SAU.

3.3 (10.9%) ont suggéré plus de formation du personnel, 2.3 (7.6%) pensaient que des box dédiés à ce type de prise en charge étaient licites au SAU.

### 3.3.3 Analyse statistique

Pour les réponses aux questions, 4, 5, 6a, 7 et 8 l'analyse via un test non paramétrique de Fisher ne permet pas de mettre en évidence de différence significative entre les réponses des soignants du SAU et du SAMU SMUR.

En revanche, pour la réponse à la question 9, "*Pensez vous que le SAU ou le SAMU SMUR soit un lieu adapté à la prise en charge des urgences palliatives*", le test de Fisher permet de



mettre en évidence une différence statistiquement significative entre les 2 populations de soignants, avec une **p - value < 0.01**.

QUESTIONS	SAU			SMUR			P - Value		
	OUI	NON	OUI/ NON	OUI	NON	OUI/ NON			
4. Avez vous déjà été confronté à des situations d'urgence palliative ?	68 (98.6%)	1 (1.4%)		64 (98.5%)	1 (1.5%)		1		
5. Pensez vous être préparés/formés à ce genre de situation ?	46 (66.7%)	19 (27.5%)	4 (5.8%)	44 (67.7%)	16 (24.6%)	5 (7.7%)	1	0.8	0.7
6a. Etes vous à l'aise avec ce genre de prise en charge	54 (78.3%)	13 (18.8%)	2 (2.9%)	50 (76.9%)	12 (18.5%)	3 (4.6%)	1	1	0.6
7. Pensez vous qu'il y ait assez de communication entre les différents membres de l'équipe soignante lors de ces prises en charge ?	37 (54.4%)	26 (38.2%)	5 (7.4%)	50 (76.9%)	12 (18.5%)	3 (4.6%)	0.2	0.06	0.7
8. Souhaiteriez-vous que ces prises en charge soient plus protocolisées ?	52 (76.5%)	15 (22.1%)	1 (1.5%)	42 (64.6%)	19 (29.2%)	1 (1.5%)	0.68	0.44	1
9. Pensez vous que le SAU/SAMU SMUR soit un lieu adapté pour ce genre de prise en charge ?	9 (13.2%)	56 (82.4%)	3 (4.4%)	35 (54.7%)	25 (39.1%)	4 (6.3%)	<b>&lt; 0.01</b>	<b>&lt; 0.01</b>	0.7

### Réponses au questionnaire des soignants du SAU et du SAMU SMUR

Analyse statistique via un test de Fisher, **p < 0.05**

## 4. DISCUSSION

Le but principal de notre étude était d'évaluer la possibilité d'application du protocole de prise en charge de régulation du SAMU SMUR avec comme critère de jugement principal un taux d'adhésion à ce protocole supérieur à 50%. Comme présenté dans les résultats nous avons obtenu un taux d'adhésion de 48%, notre critère de jugement principal n'est donc pas satisfait.

Ces 48% d'inclusion peuvent être expliqués par le fait que dans certains cas le décès a paru imminent au médecin urgentiste du SMUR ou qu'un médecin traitant, déjà bien impliqué, était disponible pour la suite de la prise en charge, solliciter l'HAD paraissait alors inutile.

Néanmoins, même si notre étude présente des biais et est critiquable, elle nous a permis d'optimiser la prise en charge de patients en situation d'urgence palliative en phase agonique à domicile et d'améliorer nos pratiques au sein du SAMU SMUR 06.

### 4.1 Forces de l'étude

#### 4.1.1 Intérêt du sujet

L'évolution démographique est principalement marquée par le vieillissement de la population française. En ce sens, notre département, dont le taux de personnes âgées est l'un des plus élevés, est un terrain d'expérimentation parfaitement désigné pour anticiper l'avenir. On observe une augmentation du nombre de décès, de maladies chroniques, de cancers et de patients poly comorbides, ce qui impacte forcément notre façon d'accompagner et de prendre en charge la fin de la vie. Plus elles vieillissent, plus les personnes âgées meurent à domicile ou en EHPAD (17). Il convient de relever que si 85% des français déclarent vouloir décéder à domicile, toutefois quand l'entourage est interrogé, ce souhait n'est formulé que par 35% d'entre eux (13).

Ce sujet est un sujet de santé publique, encore plus pour nous, médecins urgentistes, tant à la régulation médicale que lors des interventions du SMUR ou au SAU. Nous sommes le premier recours, très souvent, les premiers intervenants, lors de ces prises en charge lorsque la situation n'a pas été parfaitement anticipée par le milieu médical en charge ou parfaitement intégrée par le patient ou son entourage. Une étude récente rapporte qu'en l'absence d'autres moyens ou personnels disponibles, l'envoi d'un équipage SMUR s'impose parfois (18).

Il semblerait que l'envoi d'un équipage SMUR soit quasiment systématique face à une détresse aiguë symptomatique car il faut agir vite pour soulager tant le patient que sa famille. De plus, les délais de la Permanence des Soins, ou la disponibilité des médecins traitants, actuellement, ne sont plus compatibles avec le degré d'urgence de ces situations.

Cela peut s'expliquer par le fait que dans notre étude, le motif d'appel le plus fréquent en population HAD ou non HAD soit la dyspnée, associée ou non à un autre symptôme. La dyspnée étant un symptôme très anxiogène et souvent très mal vécu, cela peut justifier l'envoi systématique d'un équipage SMUR.

Pourtant, les résultats issus du questionnaire soumis aux soignants mettent en évidence que 31% d'entre eux ne considèrent pas que les urgences palliatives soient dans les missions du médecin urgentiste, et ce encore moins si le patient était institutionnalisé.

L'ARS en 2018, définit le SMUR comme un service hospitalier qui assure en permanence la prise en charge d'un patient dont l'état requiert une prise en charge médicale de **réanimation** en urgence (19). Les urgences palliatives ne sont pas des prises en charge réanimatoires mais relèvent (malgré nous) de nos missions de médecins urgentistes.

#### **4.1.2 Niveau de preuve de l'étude**

Notre étude est prospective, multicentrique, observationnelle, non randomisée et ouverte avec comparaison à une population témoin.

C'est une étude de faible niveau de preuve compte tenu de la faible cohorte de patients.

Nous avons tenté de réduire les biais effet centre et effet temps en réalisant une étude multicentrique. Cependant l'absence de randomisation ne nous permet pas totalement de nous affranchir de ces biais.

L'utilisation d'un groupe contrôle permet de minimiser le biais de confusion.

#### **4.1.3 Questionnaire soignants**

Le questionnaire a été soumis à 91 soignants du SAU et du SAMU SMUR, toutes professions confondues. Les questions ouvertes ont permis de s'affranchir d'un éventuel biais d'évaluation subjective de l'enquêteur.

Les réponses à ce questionnaire étaient anonymes, cela nous a permis de limiter le risque de biais de prévarication.

Notre échantillon de soignants étant assez important (91 soignants interrogés sur 173 soignants au total), nos résultats sont extrapolables à tous les soignants du pôle urgence.

De plus, le nombre important de soignants ayant répondu au questionnaire peut laisser supposer que nous avons pu mettre en évidence toutes les différences statistiquement significatives présentes lors de nos tests statistiques.

25% des soignants du SAMU SMUR ayant répondu ne pas être à l'aise avec les UP en SMUR ont justifié leur réponse par le manque de suivi et s'interrogent sur la suite de la prise en charge après leur intervention. 20.4% des soignants ayant rapporté avoir des difficultés lors des prise en charge des UP en SMUR ont également parlé de la question du suivi et de la suite de la prise en charge après leur intervention.

Dans ce contexte, notre protocole en collaboration avec l'HAD prend tout son sens, il permet d'assurer de façon certaine une réévaluation médicale dans les 20h après notre passage et/ou une intervention paramédicale, dans les 2h, si cela s'avérait nécessaire (avec prescriptions téléphonique par la régulation médicale ou guidance visio). Cela nous permet également d'obtenir un feed back de ces prises en charge afin de remettre sans cesse en question et d'améliorer nos process et pratiques.

## **4.2 Limites de l'étude**

### **4.2.1 Non exhaustivité du recueil des données**

Les données concernant les patients en situation d'urgence palliative en phase agonique ont été extraites uniquement du TSMUR, nous avons pris en compte dans notre étude uniquement les patients ayant bénéficié d'une intervention du SMUR.

Nous avons pensé à lire tous les dossiers du logiciel CENTAURE (logiciel de régulation médicale) sur notre période de recueil prospectif afin d'être exhaustif et étudier si des patients en situation d'urgence palliative avaient bénéficié d'une autre intervention que celle du SMUR. Cependant cette analyse n'était pas possible dans la temporalité de l'étude du fait d'un nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) trop important (> 100 000) sur la période de recueil.

Ceci peut constituer un biais de sélection.

De plus, lors de la lecture des dossiers des patients (HAD ou non HAD) certaines données importantes manquaient comme la pathologie de fond motivant la prise en charge palliative

ou la voie utilisée pour l'administration des drogues. Ces données manquaient probablement du fait de la variabilité inter individuelle lors du remplissage des compte-rendus sur le TSMUR.

#### **4.2.2 Faible adhésion des soignants au protocole**

Un autre point faible de notre étude est le faible taux d'adhésion à notre protocole au sein du SAMU SMUR 06 (48%). Même si ce taux inférieur à 50% est justifié par des raisons entendables par les médecins urgentistes du SMUR, notamment un décès semblant imminent dans 38.5% des cas, la durée de survie est supérieure chez les patients non inclus en HAD (2.85 jours) que chez les patients inclus dans notre protocole (1.77 jours).

La durée de survie est plus grande dans la population non HAD alors même que les posologies moyennes initiales des drogues sont supérieures à celles de la population HAD.

Les hypothèses pouvant expliquer ces résultats sont multiples : une mauvaise évaluation initiale du patient, la poursuite de thérapeutiques non essentielles en fin de vie comme de l'oxygène ou une hydratation par des médecins non formés à ce type de prise en charge, une absence ou un retard de suite de prise en charge par le médecin traitant suite à notre intervention SMUR.

Nous avons pu noter une disponibilité des médecins traitants dans 38.5% des cas chez les patients non inclus en HAD, ce qui est une très bonne chose, à l'heure ou la permanence de soins est décrite et le manque de médecins traitant se fait de plus en plus fréquent (20).

Ceci peut être expliqué par le fait que dans la population non HAD, 69.2% des appels ont eu lieu en heure ouvrable et en semaine, permettant une meilleure disponibilité des médecins traitants.

#### **4.2.3 Vécu des proches et fin de vie**

Depuis mai 2022, la SFMU réalise une enquête préliminaire sur le vécu des proches durant la fin de vie, aucun résultat n'est encore disponible (21).

Dans notre étude, 20.4% des soignants ayant répondu avoir des difficultés lors des UP en SMUR ont évoqué une gestion parfois difficile des familles, ces mêmes 20.4% ont parlé du suivi et de la suite de la prise en charge. Ces deux facteurs sont très certainement liés.

Une des limites de notre étude, peut être le manque d'accompagnement des familles, faute de temps et de moyen.

Le relais par l'HAD et leur enquête de satisfaction assure malgré tout un suivi et une prise en charge des familles après notre passage.

### **4.3 Pistes d'amélioration**

#### **4.3.1 Valisette LATA**

Notre étude a permis de mettre en place une valisette LATA au sein des véhicules d'intervention primaire du SMUR (quatre au total). Ces valisettes contiennent notamment des diffuseurs permettant une administration continue et sécurisée des drogues nécessaires à la sédation. Nous répondons donc aux besoins de sécurité et de confort (13) évoqués précédemment.

D'un point de vue purement logistique, cela facilite le travail de nos logisticiens du SMUR, en effet, nous ne laissons plus de SAP au domicile des patients, cela libère donc du temps à nos équipes qui peuvent se consacrer à d'autres tâches.

Les diffuseurs peuvent être utilisés par voie IV, SC ou péridurale (22). Dans notre étude, la voie d'administration préférentiellement utilisée est la voie IV (population HAD et non HAD) et c'est aussi la voie recommandée en première intention par l'HAS pour l'initiation d'une sédation profonde et continue (23).

La majoration de la dotation de morphine est une avancée majeure dans la prise en charge de nos patients, cela permet d'introduire les sédations à des posologies plus élevées, si nécessaire, dans l'attente de l'intervention de l'équipe de l'HAD. D'autant plus que la dyspnée est le premier symptôme d'appel retrouvé dans notre étude, les opioïdes sont reconnus comme étant les agents pharmacologiques les plus efficaces pour le contrôle symptomatique de la dyspnée (24).

Cette majoration nous a paru indispensable, car la morphine est la drogue la plus utilisée pour la sédation dans notre étude, même si les opioïdes ne devraient pas être utilisés seuls pour induire une sédation (23).

La drogue recommandée en première intention pour l'initiation d'une sédation est le midazolam, dont nous disposons en quantité suffisante dans les sacs d'intervention (25).

L'ajout de la scopolamine en solution injectable, permet, en diminuant les sécrétions d'éviter les aspirations trachéo bronchiques invasives et peut-être de rassurer les familles souvent très sensibles à la dyspnée et à l'encombrement bronchique. La scopolamine fait partie des

médicaments recommandés par la HAS pour les sédations profondes et continues, à utiliser en association aux autres drogues, ce qui est le cas dans notre étude (23).

Grâce à la majoration de la dotation de morphine et à l'ajout de scopolamine injectable, on peut espérer un meilleur confort et une meilleure prise en charge des patients en phase agonique.

Cette valisette est complémentaire du protocole LATA déjà disponible dans le service ( **Annexe 4**).

#### **4.3.2 Staff Éthique et formation : USP - SAU - SAMU SMUR**

Dans notre étude on voit qu'il y a eu seulement 1 appel à la hotline de SP suite à la diffusion de notre protocole contre 0 appel avant sa diffusion. Les médecins urgentistes du SAMU SMUR ne font pas appel aux palliatologues. Nos résultats sont en accord avec ceux retrouvés dans la littérature, ou les médecins urgentistes (du SAU) ne sollicitent pas l'EMSP lors des prise en charge palliative (19).

Suite à ce constat, les différents acteurs de la prise en charge palliative ont proposé la réalisation de staff éthique rétrospectif. Ces staffs n'ont pas pour vocation de juger le travail des médecins urgentistes du SMUR ou du SAU mais plutôt de proposer des pistes de réflexion et d'amélioration et des formations spécialisées au personnel du SMUR et du SAU. Ces staffs auront lieu une fois par trimestre avec un début en avril 2023.

En effet, le questionnaire soumis aux soignants du SAU et du SAMU SMUR a permis de faire ressortir le manque de formation (6.7% des soignants au SAU et 16.1% au SMUR) comme une problématique récurrente.

Déjà en 2017, une étude niçoise conduite au SAU Pasteur II avait évalué le ressenti des soignants, leurs connaissances en termes de SP avant et après formation (26). L'importance de former les soignants des urgences et les impacts positifs pouvant découler de cette formation étaient indéniables.

Notre étude est concordante avec les données de la littérature : les soignants sont en demande de formation sur les soins palliatifs dans le contexte de la médecine d'urgence et également de leurs conséquences éthiques.

Le rapport d'information fait au Sénat en 2021 sur les soins palliatifs fait d'ailleurs de la formation des soignants un de ses objectifs majeurs (27).

### 4.3.3 Extension du protocole à tout le département des Alpes Maritimes

Dans notre étude, le protocole de service a été appliqué au SMUR Nice et au SMUR Menton. Le CRAA 15 des Alpes Maritimes reçoit des appels de tout le département et dispose de 3 autres équipages : SMUR Antibes, SMUR Cannes, SMUR Grasse.

Nous disposons dans le département de 4 structures HAD, elles-mêmes divisées en plusieurs antennes (28).

Pendant la période d'inclusion prospective, nous avons eu plusieurs demandes de prise en charge palliative en phase agonique au domicile notamment sur les villes de Cannes et Antibes et faute de collaboration établie avec les différents HAD ces patients ont dû être transportés sur les CH correspondants.

Étendre ce protocole à tout le département en tenant compte des spécificités de chaque HAD et de chaque SMUR permettrait d'élargir l'offre de soins pour les patients, améliorer la coordination ville - hôpital et faciliter le travail des médecins régulateurs.

### 4.3.4 Expériences d'autres équipes en termes de SP en pré hospitalier

14.8% des soignants ayant émis des pistes d'amélioration concernant la prise en charge des UP, ont suggéré la création d'une unité mobile de SP pour le pré hospitalier. Il y a près de 20 ans, à Nice, dans le cadre d'un projet hospitalier de recherche clinique a été créé le **SISUP**, un binôme IDE - bénévole formé en SP disponible 24h/24 et intervenant sur demande du SAMU 06 pour la prise en charge des urgences palliatives à domicile. Ce système a permis une réduction du nombre d'hospitalisation de 48% à 14% en 6 mois. Le projet n'a malheureusement pas été poursuivi du fait de son coût (29).

A l'heure où le système de santé est plus que déficitaire, un tel projet semble difficilement envisageable, les urgentistes du SMUR sont donc, encore une fois, le premier recours dans ce type de situation.

Depuis le mois de septembre 2021, le projet de recherche "**PADDI PALLI : Intégration précoce des soins palliatifs en EHPAD**" est mené par le pôle recherche et enseignement universitaire de la maison médicale Jeanne Garnier et ce pour une durée de 3 ans. Cette étude inclut 21 EHPAD dans 3 régions de France (30).

Cette étude peut être mise en perspective avec la nôtre, en effet, rappelons que 28.1% des soignants ont répondu que pour eux la prise en charge des UP nécessitait une anticipation



(Q11 de notre questionnaire), ce que tente de mettre en place cette étude interventionnelle au sein des EHPAD.

En préambule de cette étude est mentionné, les recours excessifs aux services d'urgence mais il n'est pas fait mention des interventions du SMUR.

Le fait que le SMUR ne soit pas mentionné peut faire écho aux résultats trouvés dans notre étude, en effet, le test de Fisher a permis de mettre en évidence une différence significative entre les réponses des soignants du SAU et du SAMU SMUR à la question “ *Pensez vous que le SAU/SAMU SMUR soit un lieu adapté pour ce genre de prise en charge ?*” .

Il semblerait que les soignants considèrent que le SMUR soit un lieu plus adapté que le SAU pour ce type de prise en charge, ces résultats peuvent être expliqués par le fait qu'au domicile du patient il y ait plus d'intimité, plus de dignité possible, plus de confort, le patient est unique donc ne pâtit pas du flux trop important que l'on peut retrouver au SAU.

En région parisienne (Départements 75 et 92), le dispositif **PALLIDOM** est en place depuis septembre 2021, il s'agit d'une collaboration entre l'HAD et le SAMU de Paris. Ce dispositif permet après une régulation médicale +/- une intervention du SMUR, une admission en HAD SP dans les 4h. En octobre 2022, le dispositif avait déjà bénéficié à 360 patients (31).

L'étude PALLIDOM peut être mise en perspective avec la nôtre sur plusieurs points :

- Les critères d'inclusion sont similaires
- Le but principal est d'éviter une hospitalisation dans les deux études
- Le symptôme principal motivant la prise en charge est la dyspnée
- Les deux études sont prospectives, seulement PALLIDOM est interventionnelle

En revanche, au sein de PALLIDOM, il existe une délibération médicale conjointe sur l'orientation du projet en fonction des désirs du patient et de son pronostic, entre le médecin du SAMU et le médecin référent de PALLIDOM.

Dans notre étude, la décision de LATA, lors de ce type d'intervention est également collégiale mais entre deux médecins du SAMU SMUR (Urgentiste du SMUR et Médecin régulateur), une des pistes d'amélioration que nous pourrions envisager serait d'inclure un médecin référent au sein de l'HAD de Nice dans cette réflexion, au moins durant les heures ouvrables.

#### **4.3.5 Création d'une cellule LATA au sein du SAMU SMUR 06**

Au terme de notre étude, nous avons remarqué qu'il nous manquait peut-être un retour systématique sur nos prises en charge des urgences palliatives en phase agonique.

Nous est venu l'idée de créer une "cellule LATA" au sein du SMUR Nice, avec par exemple une adresse mail générique à laquelle auraient accès une équipe de soignants et sur laquelle les médecins coordonnateurs de l'HAD pourraient transmettre des informations sur les patients pris en charge.

Cela nous permettrait d'améliorer nos pratiques et nous donnerait de la matière pour alimenter les staffs éthiques à venir.

## 5. CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mettre en application le protocole de service du SAMU SMUR 06 concernant la prise en charge des urgences palliatives en phase agonique sur une période de trois mois. Au terme de ces trois mois, malgré un critère de jugement principal non atteint, la conduite de ce protocole nous a permis d'évaluer nos pratiques de service et de les améliorer, avec pour objectif l'optimisation des prises en charge.

Les résultats obtenus dans notre étude sont concordants avec ceux de la littérature.

De ce protocole ont émergé plusieurs améliorations au sein du SAMU SMUR 06 :

- La mise en place d'une valisette LATA avec des diffuseurs sécurisés, une majoration de la dotation d'opioïdes, l'adjonction de scopolamine injectable
- L'optimisation du temps de travail de nos logisticiens
- La réalisation de staffs d'éthique avec les différents acteurs en charge des soins palliatifs au sein du département
- La création d'une cellule LATA à venir
- La mise en place de formations spécialisés pour nos équipes soignantes

Ce travail a donc un impact majeur sur notre pratique clinique quotidienne.

Au total, au-delà de toutes ces améliorations effectives et en perspective, il nous faut garder en tête que la prise en charge optimale du patient reste notre objectif principal en tant que soignants.

L'extension du protocole à tout le département des Alpes-Maritimes permettrait d'uniformiser les pratiques concernant les urgences palliatives en phase agonique à domicile. Cela peut faire l'objet d'un nouveau projet de recherche, en collaboration avec les différents acteurs du SP et l'ARS PACA, afin d'aboutir à une démarche consensuelle régionale pour ce type de prise en charge.

## 6. BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

1. Article L1110-10 - Code de la santé publique - [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
2. Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie : Plan National 2021-2024
3. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, HAS
4. Pallia10.pdf, SFAP
5. BELMELIANI S. La fin de vie dans les EHPAD marseillais, coordonnée par les médecins généralistes, 2017
6. FEDIDAH A. Interventions préhospitalières au sein du SAMU 06 dans le cadre de soins de confort : état des lieux et vécu des proches. 2022
7. Guide de régulation médicale, SAMU et Urgences de France
8. GABORIAU L. et GUYOTAT A. Fréquence des limitations et arrêt des thérapeutiques en régulation médicale, 2020
9. BURNOD A. et DEVALOIS B. Problématique pré hospitalière face à une décision de limitation ou arrêt de traitement, URGENCES 2011
10. GAILLY PA. Fin de vie : La France à l'heure des choix et Atlas 2020, Parlons fin de vie.fr
11. Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie : Plan National 2021-2024
12. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France, 2020
13. Extrait d'une conférence donnée par le Docteur Jean LEONETTI, Nice, 2015.
14. Limitation des thérapeutiques aux urgences et en milieu préhospitalier JRUR 2010
15. HAD : Une hausse modérée des interventions en SP en 2021, [apmnews.com](http://apmnews.com)
16. SICARD D. « Penser solidairement la fin de vie », Commission de réflexion sur la fin de vie en France Rapport à François Hollande, 2012, 282p
17. COUSIN F., GONCALVES T. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France: Deuxième édition - 2020.
18. JARRIGE. N, Parcours de soins des patients dans un contexte d'urgence palliative à domicile à Nice : Etat des lieux de l'année 2021 et pistes d'amélioration
19. [www.arspaca.fr](http://www.arspaca.fr)
20. Le manque de médecin : une maladie française ? CNRS le journal, 2022

21. [www.sfmou.org](http://www.sfmou.org)
22. Dossier type dispositif médical - Europharmat, 2022
23. Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? HAS 2020
24. La dyspnée et la détresse respiratoire en soins palliatifs. 2005
25. La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès en hospitalisation à domicile, SFAP, 2022
26. ESCAVY A. : Soins palliatifs et fin de vie aux urgences, évaluation du ressenti des soignants des connaissances et des pratiques professionnelles avant et après formation 2017
27. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les SP, 2021
28. Schéma régional de prise en charge en HAD ARS 2020
29. CIAIS JF. « Impact of a hospice home visit team on unwanted hospitalization of terminally-ill patients at home in acute medical emergencies ». France, Presse Med, 2007
30. [www.jeannegarnier.org](http://www.jeannegarnier.org)
31. Site de l'APHP, SAMU de Paris

## 7. ANNEXES

### 7.1 Protocole de régulation médicale

C.H.U.N		SAMU 06 – CRRA 15 – SMUR de NICE		Pasteur 2		Page 1/4
RÉGULATION et prise en charge des appels pour urgence palliative, phase agonique, fin de vie : Favoriser le maintien au domicile des patients						
THÈME : RÉGULATION		PROCÉDURE : Organisation générale		RÉFÉRENCE : 22-N5-DG		Version : N° 1
Date de création	Date de validation	Date de diffusion	Date d'application	Date de mise à jour	Rédigé par	Validé par
06/12/2022	06/12/2022	15/12/2022	15/12/2022		Dr BASAR Interne CORALIE COURRENT	Dr GIOLITO Dr EMEYRIAT
Type de diffusion : normale			Destinataires : - Médecins urgentistes du DHUMU du CHUN - ARM, ADE, I(a)DE du DHUMU du CHUN - Madame C. MURA cadre de santé du DHUMU - Madame S. Kacemi RSP du Pôle URGENCES			

La prise en charge pré hospitalière des situations de fin de vie, d'urgences palliatives ou de phases agoniques représente au CRRA du SAMU 06 environ 10 interventions par mois, raison pour laquelle une procédure a été établie allant de la régulation médicale à l'intervention SMUR afin d'optimiser ces prises en charge.

#### 3 grandes catégories de patients sont concernées :

- Les patients atteints de pathologies neuro évolutives ou neuro dégénératives
- Les personnes âgées dépendantes avec ou non une grabatisation
- Les patients atteints de néoplasie métastatique ou non pour lesquels une procédure palliative est en cours avec une altération de l'état général préexistante

En pratique, face à un profil de ce type en régulation médicale, l'ARM doit **IMPERATIVEMENT** transmettre l'appel à un médecin régulateur hospitalier.

Le médecin régulateur hospitalier devra obtenir la réponse à plusieurs questions qui orienteront ses décisions :

- La volonté d'un maintien à domicile
- L'existence d'une structure déjà en place au domicile : C3S, HAD (Dans ce cas des numéros d'astreintes sont disponibles peu importe l'heure ou le jour, idéalement en **conférence téléphonique** avec le requérant)

Dans le cas où **aucune structure** n'est en place au domicile, deux créneaux horaires sont à distinguer :

#### Du Lundi au Dimanche 8h-20h

- **REGH** : Envoi du moyen qui semble le plus adapté sur place afin d'avoir une évaluation **médicale (SMUR, médecin de PDS, médecin traitant)** ;
- **REGH** : coter « **Fin de vie, Soins palliatifs** » sur CENTAURE et attribuer « **HAD** » comme décision après bilan de l'urgentiste du SMUR ou du médecin sur place (cela permet l'envoi du résumé de la régulation médicale au médecin coordonnateur de l'HAD)
- **Urgentiste du SMUR** : Si Décision de LATA → remplir la fiche LATA, rédaction des ordonnances de morphiniques/hypnotiques à laisser sur place, introduction de sédation si nécessaire, rédaction de toute autre ordonnance qui paraîtrait adaptée (aspiration bronchique ou autre acte paramédical)
- **Conférence téléphonique** : médecin régulateur CRRA, médecin urgentiste du SMUR, médecin coordonnateur de l'HAD 04.97.25.77.77

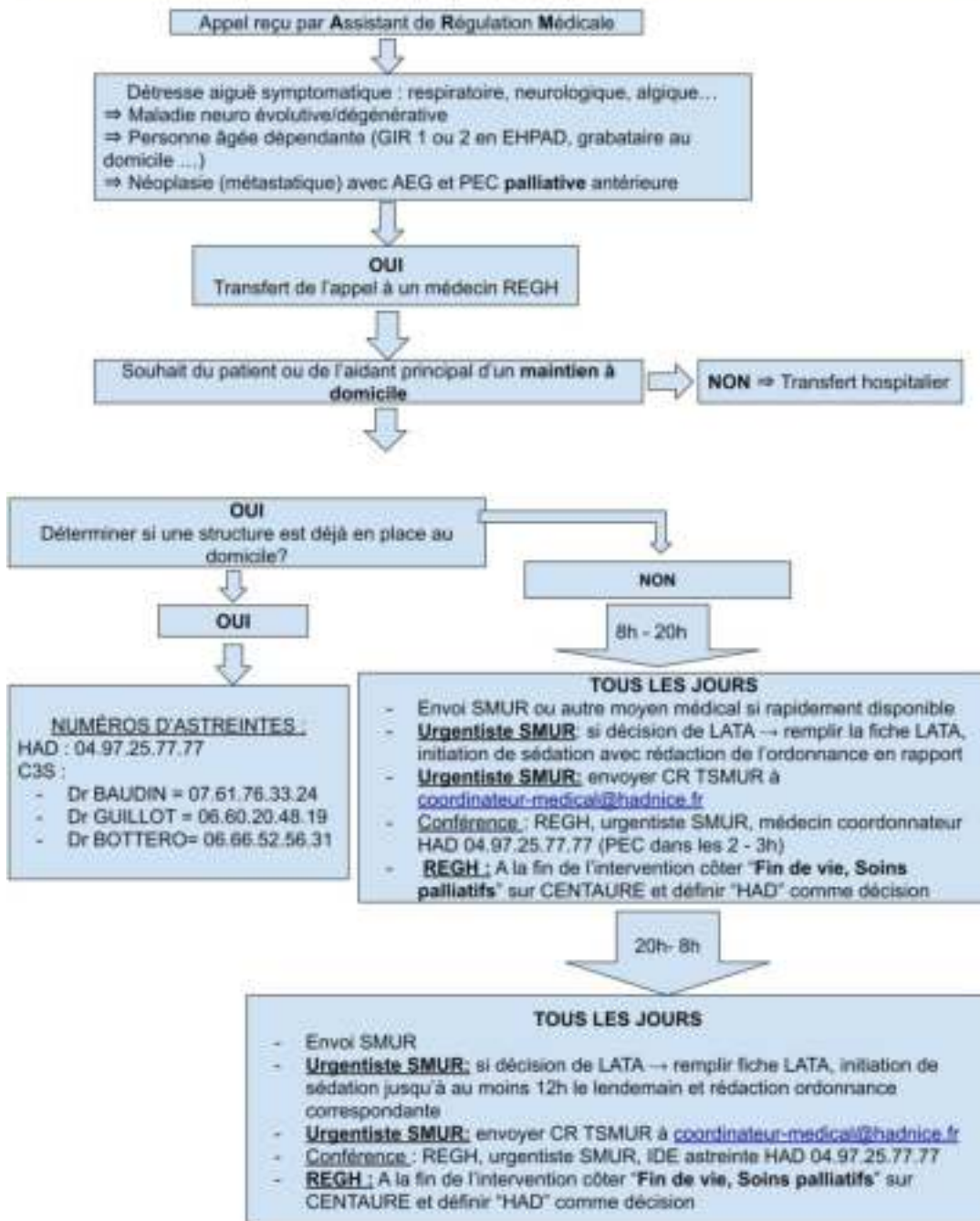
#### Lundi au Dimanche 20h - 8h

- **REGH** : Envoi d'un équipage SMUR
- **REGH** : coter « **Fin de vie, Soins palliatifs** » sur CENTAURE et attribuer « **HAD** » comme décision après bilan de l'urgentiste du SMUR (cela permet l'envoi du résumé de la régulation médicale au médecin coordonnateur de l'HAD)
- **Urgentiste du SMUR** : Si décision de LATA → Remplir la fiche LATA, si nécessaire introduction de sédation pouvant durer **jusqu'à au moins 12h (midi) le lendemain** avec rédaction de l'ordonnance correspondante, rédaction de toute autre ordonnance qui paraîtrait adaptée (aspiration bronchique ou autre acte paramédical)
- **Conférence téléphonique** : Médecin régulateur CRRA, Médecin urgentiste du SMUR, IDE astreinte HAD (04. 97. 25. 77. 77)
- Après cette admission téléphonique, en cas de rappel du requérant dans la nuit pour tout acte paramédical il sera possible de faire intervenir l'IDE HAD

Remarque 1 : Possibilité de joindre une astreinte de soins palliatifs en permanence pour tous conseils sur une prise en charge ou une prescription auprès de C3S ou de l'USP.

Remarque 2 : Listes des villes concernées par une prise en charge HAD Nice ci dessous.

**Protocole de régulation médicale CRRA 15 : Favoriser le maintien au domicile des patients en situation d'urgence palliative**



En cas de nouvel appel dans la nuit pour un patient chez qui vous avez initié des thérapeutiques avec nécessité de majoration de posologie, aspiration ou **autre acte paramédical** appeler IDE astreinte HAD au **04.97.25.77.77**

Villes concernées par une prise en charge HAD Nice :

- Nice, Villefranche Sur Mer, Beaulieu sur Mer, Saint Jean Cap Ferrat, Menton
- Bendejun, Berre les Alpes, Blausasc, Cantaron, Châteauneuf Vieille Ville
- Contes, La Vermea de Contes, Sclos de Contes, Drap, Falicon, La Trinité
- L'Escarène, Lucéram, Peillon, Saint André de la Roche, Touette de L'escarène, Tourrette Levens

Nb : possibilité de joindre la **hotline Soins Palliatifs** pour discussion et avis spécialisé :

- 9h-17h : 04.92.03.59.00
- 17h - 9h : 07.61.76.33.24



## 7.2 Questionnaire de satisfaction des soignants

### URGENCES PALLIATIVES ET PHASES AGONIQUES EN MÉDECINE D'URGENCE

#### QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES SOIGNANTS IMPLIQUÉS DANS LES PRISES EN CHARGE

L'urgence palliative est définie comme une situation clinique de détresse vitale qu'elle soit respiratoire, hémodynamique ou neurologique chez un patient en prise en charge palliative ou en fin de vie (GIR 1 ou 2 en EHPAD ou au domicile, AEG pré existante avec prise en charge palliative établie, néoplasie métastatique en échec de traitement). On parle typiquement du patient en phase agonique chez qui on va introduire des sédations profondes et continues dont la seule issue sera le décès.

1. Quelle est votre fonction au sein du service ?

- Infirmier Diplômé d'Etat     Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat     Ambulancier Diplômé d'Etat     Médecin Urgentiste

2. Travaillez-vous :

- Au SAU     Au SAMU – SMUR     Au SAMU - SMUR et au SAU

3. Combien d'années d'expériences avez-vous dans votre métier ?

- 0 – 2 ans     2 – 5 ans     Plus de 5 ans

#### Au Service d'Accueil des Urgences

4. Avez vous déjà été confronté à des situations d'urgence palliative ?

- Oui     Non

5. Pensez vous être préparés/formés à ce genre de situation ?

- Oui     Non

6a. Etes vous à l'aise avec ce genre de prise en charge ?

- Oui     Non

6b. Si vous n'êtes pas à l'aise, pourquoi ?

.....

7. Pensez vous qu'il y ait assez de communication entre les différents membres de l'équipe soignante lors de ces prises en charge ?

- Oui     Non

8. Souhaiteriez-vous que ces prises en charge soient plus protocolisées ?

- Oui     Non

9. Pensez vous que le SAU soit un lieu adapté pour ce genre de prise en charge ?

- Oui     Non

10. Lors de ces prises en charge quelles difficultés rencontrez-vous ?

.....

11a. Pensez-vous que la prise en charge des patients en phase agonique soit dans les missions du médecin urgentiste ?

- Oui     Non

11b. Si, Non, Pourquoi ?

12. Si vous avez des remarques, des suggestions d'amélioration concernant les pratiques actuelles dans le service, n'hésitez pas à nous en faire part :)

.....

#### Au SAMU SMUR

4. Avez vous déjà été confronté à des situations d'urgence palliative ?

- Oui     Non

5. Pensez vous être préparés/formés à ce genre de situation ?

- Oui     Non

6a. Etes vous à l'aise avec ce genre de prise en charge ?

- Oui     Non

6b. Si vous n'êtes pas à l'aise, pourquoi ?

.....

7. Pensez vous qu'il y ait assez de communication entre les différents membres de l'équipe soignante lors de ces prises en charge ?

- Oui     Non

8. Souhaiteriez-vous que ces prises en charge soient plus protocolisées ?

- Oui     Non

9. Pensez vous que la médecine pré hospitalière soit adaptée à ce type de prise en charge ?

- Oui     Non

10. Lors de ces prises en charge quelles difficultés rencontrez-vous ?

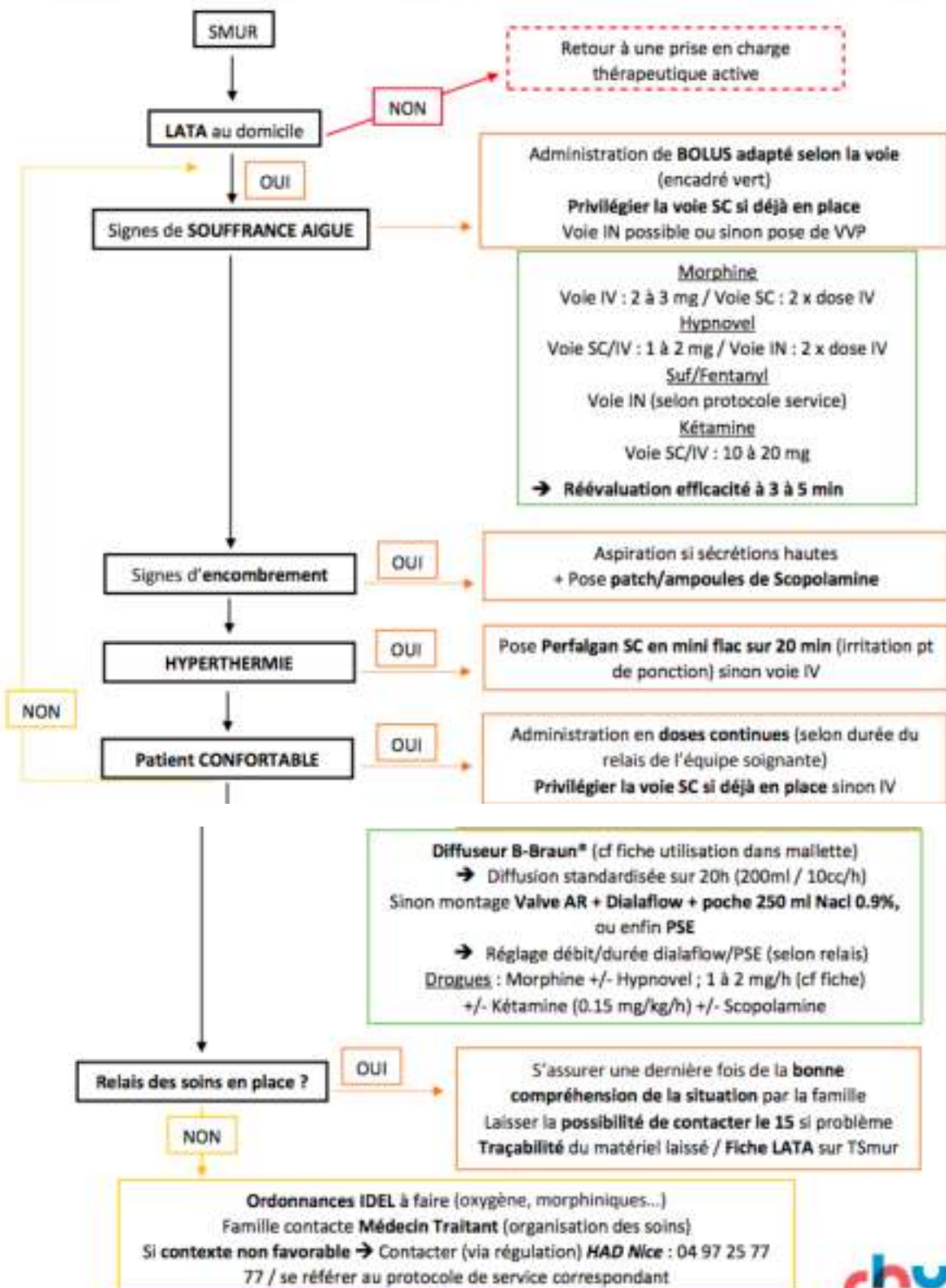
.....

### 7.3 Valisette LATA



## 7. 4 Protocole LATA

### Arbre décisionnel d'aide à la réalisation des soins dans le cadre d'une LATA en SMUR



## 8. SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie  
d'HIPPOCRATE,  
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la  
Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de  
mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des maisons,  
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et  
mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de parti ou de classe  
sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales  
contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction  
que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois  
couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

## 9. RÉSUMÉ

### **PRISE EN CHARGE PRÉ HOSPITALIÈRE DES PATIENTS EN SITUATION D'URGENCE PALLIATIVE EN PHASE AGONIQUE : CONDUITE D'UN PROTOCOLE DE SERVICE.**

**Objectif principal de l'étude** : évaluer la possibilité d'application du protocole de prise en charge du SAMU SMUR concernant les urgences palliatives à domicile avec comme critère de jugement principal un taux d'adhésion à ce protocole supérieur à 50%.

**Matériel et Méthode** : Il s'agit d'un travail comprenant trois parties.

Première partie de l'étude : Evaluation d'un protocole de régulation médicale de prise en charge des patients en situation d'urgence palliative ou phase agonique en pré hospitalier sous forme d'un travail prospectif, observationnel, multicentrique, non randomisé et en ouvert.

Seconde partie de l'étude : Evaluation et comparaison des pratiques des soignants lors des urgences palliatives et phases agoniques en pré hospitalier - comparaison d'une population prospective et rétrospective avant et après diffusion du protocole.

Troisième partie de l'étude : Questionnaire de satisfaction des soignants sur les urgences palliatives au SAU et au SAMU SMUR.

**Résultats** : Nos résultats sont concordants avec ceux de la littérature.

Première partie de l'étude : taux d'adhésion des soignants à notre protocole = 48%, critère de jugement principal non satisfait.

Seconde partie de l'étude : l'analyse statistique via un test de fisher ne met en évidence aucune différence significative dans les pratiques des soignants concernant les appels à la hotline de SP, les traitements entrepris pour la sédation et les voies d'administration entre nos populations prospective et rétrospective.

Troisième partie de l'étude : la réponse à la question 9, "*Pensez vous que le SAU ou le SAMU SMUR soit un lieu adapté à la prise en charge des urgences palliatives*", le test de Fisher permet de mettre en évidence une différence statistiquement significative entre les 2 populations de soignants, avec une **p - value < 0.01**.

**Conclusion** : notre étude nous a permis d'optimiser la prise en charge de patients en situation d'urgence palliative en phase agonique à domicile et d'améliorer nos pratiques au sein du SAMU SMUR 06. Ce travail a donc un impact majeur sur notre pratique clinique quotidienne. Un nouveau projet de recherche, en collaboration avec les différents acteurs du SP et l'ARS PACA permettrait d'aboutir à une démarche consensuelle régionale pour la prise en charge des urgences palliatives en phase agonique au domicile.