

britanniques montrent l'intérêt de formations, protocoles partagés, accès à un conseil spécialisé et rôle ambulancier mieux intégrés aux filières palliatives. En Suisse romande, une piste serait d'identifier des référents palliatifs dans les services d'ambulance, travaillant en lien avec les équipes spécialisées, les EMS et les soins à domicile. Leur rôle ne serait pas de remplacer le réseau palliatif, mais de traduire ses objectifs dans la réalité préhospitalière et de faire remonter les situations dont le système doit apprendre. Anticiper ne supprime pas la crise. Cela permet aux intervenants de rester au service du projet de soins.

Références :

- 1) Jatobá, A. et al. (2025) Chapter 13-The Four Cornerstones of Resilient Performance. Rio de Janeiro : Cebes Editora. Available at: <https://books.scielo.org/id/hp58v/pdf/jatoba-9786587037196-16.pdf>.
- 2) Gage, C.H. et al. (2023) "Emergency medical services and palliative care: A scoping review," BMJ Open, 13(3). Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071116>.
- 3) Hollnagel, E. (ed.) (2011) Resilience engineering in practice: a guidebook. Farnham, Surrey, England ; Burlington, VT: Ashgate (Ashgate studies in resilience engineering).
- 4) Campling, N. et al. (2024) "Paramedics providing end-of-life care: an online survey of practice and experiences," BMC Palliative Care, 23(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01629-7>.
- 5) Singovski, S., Trippini, A., Vayne-Bossert, P., Dami, F., Gamondi, C. (2025), Réponse à l'urgence communautaire des patients en soins palliatifs, Rev Med Suisse, 21, no. 943, 2230-2233. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.943.48011>.

Rédigé par :

Samuel Fournier, Ambulancier, Ergonome MSc, PhD candidate, ASUR R&D, Le Mont-sur-Lausanne
Raffaella D'Orio, Médecin-chef, Fondation Rive-Neuve, Blonay
Chelo Fernandez, Infirmière clinicienne, responsable de missions, palliative vaud, Lausanne

Comité de rédaction :

Coach - Andrea Trippini, Chef de clinique adjoint, Service de soins palliatifs et de support, CHUV
Relecture - Claudia Gamondi, Cheffe de service, Service de soins palliatifs et de support, CHUV

Réponses au Quiz :

1. **Non. L'ambulancier peut aussi évaluer, soulager, sécuriser, soutenir les proches et organiser une orientation adaptée.**
2. **Un projet de soins anticipé, complété par des consignes accessibles: directives anticipées, décision de réanimation, ordonnances et plan de crise.**
3. **Parce qu'elle aide les intervenants à agir rapidement tout en respectant les objectifs de soins du patient.**

Informations et ressources en soins palliatifs pour les différents cantons romands



VAUD : www.palliativevaud.ch
GENEVE : www.palliativegeneve.ch
FRIBOURG : www.palliative-fr.ch
VALAIS : www.palliative-vs.ch
Arc Jurassien : www.palliativebejune.ch



palliative vaud

Palliative FLASH®

Soins palliatifs au quotidien

Numéro 89 - septembre 2026

ENTRE SOINS PALLIATIFS ET SOINS AMBULANCIERS : ANTICIPER LA CRISE POUR UNE RÉPONSE PLUS APPROPRIÉE

Quiz

1. Lors d'une « urgence palliative », appeler le 144 signifie-t-il toujours « transfert à l'hôpital » ?
2. Quel outil permet d'aider les intervenants à respecter le projet de soins en situation de crise ?
3. Pourquoi l'anticipation est-elle essentielle pour les situations d'« urgence palliative » ?

palliative vaud

Courriel coordination : soins.palliatifs@chuv.ch

Les Palliative Flash sont accessibles sur :
<http://www.palliativevaud.ch/professionnels/documentation>



ENTRE SOINS PALLIATIFS ET SOINS AMBULANCIERS : ANTICIPER LA CRISE POUR UNE RÉPONSE PLUS APPROPRIÉE

Cet article propose un angle de lecture inhabituel des soins palliatifs : celui des ambulanciers-ères, confronté-e-s à l'urgence palliative au domicile ou en institution. L'ingénierie de la résilience, issue des sciences de la sécurité, offre ici un éclairage conceptuel et relie deux mondes : les soins palliatifs et les services d'ambulance. Dans une trajectoire palliative, l'appel au 144 ne signifie pas nécessairement une hospitalisation. Il signale souvent une transition : flambée des symptômes, soutien requis, proches dépassés ou encore incertitude sur la conduite à tenir, mais aussi passage d'un acteur du réseau à un autre. L'ambulance devient alors une réponse rapide à une rupture d'équilibre. Le défi n'est pas de faire moins, mais de faire juste : évaluer, soulager, sécuriser et orienter sans contredire le projet de soins. L'ingénierie de la résilience, décrite notamment par Erik Hollnagel, propose de considérer la sécurité comme la capacité d'un système à s'adapter à ce qui varie, y compris dans l'imprévu. Elle repose sur quatre capacités : anticiper ce qui pourrait arriver, surveiller ce qui devient critique, répondre de manière adaptée et apprendre de l'expérience. Cette lecture aide à comprendre pourquoi une « urgence palliative » ne peut pas être seulement « gérée » au moment de l'appel.

Anticiper : rendre le projet de soins utilisable en urgence

Une réponse proportionnée se prépare avant la crise et lors de transitions prévisibles. Quel que soit le lieu (domicile, hôpital, EMS, ESE, EPSM) les objectifs de soins doivent être discutés, documentés et accessibles : ProSA, directives anticipées, ordonnance, médicaments d'urgence, personnes à contacter, seuils de transfert et lieu souhaité de prise en charge. Le ProSA et les directives anticipées sont volontaires ; à défaut, des instructions médicales d'urgence (IMU) peuvent préciser la conduite à tenir. Sans ces repères, les ambulanciers, les proches et les équipes de soins ou socio-éducatives, devront résoudre une situation où l'incertitude clinique, juridique et émotionnelle pousse facilement vers la réponse la plus « défensive » : transporter, médicaliser davantage, avec un transport à l'hôpital, même si ce n'était pas le souhait du patient.

L'anticipation ne vise pas à tout verrouiller, mais à sécuriser. Elle rend possible une décision partagée dans l'urgence : que faire si la dyspnée augmente ? Qui appeler si les proches n'y arrivent plus ? Dans quelles conditions une admission directe en unité de soins palliatifs est-elle

préférable à un passage par les urgences ? Ces questions sont plus simples à traiter avant la nuit, avant la panique, avant la crise.

Surveiller : repérer les indices de changements

Surveiller ne signifie pas contrôler en permanence. Il s'agit de repérer, ce qui peut annoncer une transition vers une crise : symptômes qui s'aggravent, proches épuisés, prise de médicaments difficile, médecin non joignable, projet de soins peu clair dans les équipes soignantes. Ces signaux devraient déclencher la mise à jour d'un plan de crise. Pour le réseau, cela implique de savoir qui observe quoi, qui réévalue, et comment l'information devient rapidement disponible en cas d'urgence.

Répondre : agir dans un cadre partagé

Quand l'ambulancier intervient, il ne doit pas redéfinir seul le projet de soins. Il doit pouvoir s'appuyer sur un cadre partagé : documents disponibles, prescriptions valides, avis médical ou palliatif joignable, transmission claire entre personnel de l'institution, médecin de garde, équipe mobile et unité de soins palliatifs. Ces interfaces sont déterminantes. Dans ce cadre, l'intervention peut être pleinement utile : soulager les symptômes aigus, administrer un traitement prescrit, soutenir les proches, organiser une admission directe en soins palliatifs ou, si nécessaire, transférer vers l'hôpital. Cette nuance est importante en Suisse romande, où les ressources, les médicaments disponibles, les accès à un conseil spécialisé et les possibilités d'admission directe varient selon les cantons et les institutions. L'hétérogénéité n'est pas un échec en soi, mais elle exige des interfaces claires entre les acteurs. La question n'est donc pas « ambulance et transfert à l'hôpital », mais « quelle réponse sert le mieux le projet de soins ? ».

Apprendre : renforcer les liens entre réseaux

Après la crise, le système devrait apprendre. Qu'est-ce qui a permis d'éviter un passage aux urgences ? Qu'est-ce qui a manqué : information, médicament, contact, formation, procédure ? Il ne s'agit pas seulement d'analyser les situations qui se sont mal passées. Les situations où le maintien dans le lieu de vie a été possible, où une admission directe a été organisée, ou dans lesquelles les proches se sont sentis soutenus, sont tout aussi utiles pour comprendre ce qui fonctionne et pourquoi. Les expériences canadiennes, australiennes et