

**Préconisations du groupe COVIPAL (CME) pour l'organisation des soins palliatifs dans les secteurs COVID+
Propositions à décliner, adapter et compléter par les sites en fonction des réalités du terrain
(20 mars 2020)**

1. Repérer précocement les patients et tracer les décisions prises et le projet de soins palliatifs

→ Chaque site définit :

- les moyens de repérage précoce des patients récusés pour une admission en service de réanimation ou dont l'état s'altère lors de son hospitalisation dans le secteur COVID+ ;
- les modalités de transmission des informations et les moyens de les tracer :
 - ORBIS
 - ou autres moyens : numéro de téléphone de référence par site, document papier pré-rempli identifiable rapidement par un code couleur (modèle proposé par la collégiale de soins palliatifs)

2. Structurer un schéma organisationnel

a) Groupe de travail COVIPAL de l'AP-HP :

- recueille et collige les outils et documents et les met à disposition des secteurs COVID+
- une adresse email est mise à disposition à cet effet : covipal@aphp.fr et une boîte à outil est en cours de création pour les rassembler et les mettre à disposition de tous ;
- recueille les initiatives du terrain pour les diffuser et les difficultés pour aider à la recherche de solutions

b) Équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) :

- Si possible, une partie des EMSP est dédiée aux patients COVID+.
- L'EMSP (soutenue par les gériatres et internistes) :
 - coordonne l'activité de soins palliatifs dans l'hôpital ;
 - forme les équipes de jour et de nuit, en lien avec un référent dans chaque service ;
 - maintient son activité palliative auprès des patients non COVID ;
 - peut intervenir en tant que tiers extérieur dans les processus de LAT pré-réanimatoire ;
 - participe à des « cellules éthiques de soutien » dont les missions doivent être définies.
- Les moyens des EMSP sont renforcés (augmentation des vacances, aide des EMSP pédiatriques...)
- Un numéro d'astreinte est mis en place les week-ends et jours fériés.

c) Unités COVID

- Un binôme référent (médical et paramédical) est nommé dans chaque secteur COVID et reçoit une courte formation sur les points principaux de la démarche palliative.
- Le binôme référent :
 - accompagne et forme les personnels médicaux et paramédicaux (y compris les aides-soignantes) de leur unité à la mise en place de la démarche palliative ;
 - est en lien direct avec l'EMSP pour recevoir soutien et expertise
 - n'est pas cantonnée aux seuls patients en fin de vie du secteur
- Les personnels de nuit bénéficient d'une attention particulière (formation, soutien) et un accès facilité aux personnels ressources en soins palliatifs lors de situations complexes.
- Un soutien psychologique des équipes est organisé.

d) Autres intervenants auprès des patients en fin de vie

→ Chaque site :

- recense les besoins de chaque unité COVID en psychologues, kinésithérapeutes et autres corps de métiers nécessaires pour assurer le confort des patients ;
- mobilise ces intervenants et définit leurs modalités d'intervention ;
- structure le soutien des psychologues du site et de l'EMSP ;
- mobilise les psychiatres du site et les équipes de liaison ;
- organise l'intervention des représentants des cultes et leur sécurité.

e) Secteurs spécifiques COVID-soins palliatifs

→ Ils sont envisagés dans les recommandations SFAP au cas où « les capacités des services de soins COVID+ sont mis en difficulté pour assurer les prises en charge curatives du fait d'un afflux massif de patients »

→ La pertinence de la mise en place de telles unités doit être discutée au cas par cas, dans chaque site.

→ Si de telles unités devaient être mises en place :

- se questionner sur la possibilité d'avoir du personnel volontaire, formé et compétent ;
- prévoir les moyens de former et soutenir efficacement ces professionnels ;
- prévoir un lieu d'accueil adapté pour les familles.

f) Un aval du secteur hospitalier COVID+ à penser

→ définir une procédure de retour à domicile pour la fin de vie lorsque le patient et sa famille le souhaitent et que les soins sont techniquement réalisables à domicile ;

→ lorsque des retours à domicile ou en ÉHPAD sont envisageables (sous réserve de l'accord de l'établissement concerné), prévoir l'appui d'une équipe spécialisée (HAD et/ou réseau).

3. Créer des préconisations, protocoles et outils pratiques pour les équipes suivant des patients en fin de vie

→ rassembler et diffuser les outils d'évaluation et de traitement déjà répertoriés par les équipes de l'AP-HP, la HAS, l'ARS et les sociétés savantes : vous pouvez adresser vos contributions à l'adresse mail covipal@aphp.fr ;

→ réaliser une check list d'aide à la décision, des protocoles d'utilisation des traitements à visée palliative et des guidelines sur les traitements à poursuivre ou à interrompre ;

→ mettre à disposition des équipes un module de formation de base, succinct et pratique.

4. Favoriser l'accès aux médicaments et dispositifs essentiels pour la prise en charge palliative

→ Chaque site :

- vérifie la disponibilité et les stocks des médicaments nécessaires pour la prise en charge palliative ou la mise en place de sédations lors de détresses respiratoires asphyxiques, prioritairement :
 - Paracétamol en IV, PO ou suppo utilisé contre la douleur et la fièvre
 - Morphine LI PO et Morphine (10 mg/1 ml) utilisée dans la polypnée et la douleur
 - Midazolam (5 mg/5 ml) utilisé pour l'anxiolyse (quand voie per os impossible) ou la sédation
 - Scopolamine (0.50 mg/2 ml – 3 à 6 ampoules/24 heures) utilisée dans l'encombrement terminal
 - Largactil (25 mg/5 ml) ampoule et Haldol (2mg/ml) per-os utilisé lors d'hallucination sous opioïdes et en cas de nausées ou vomissements
 - Nécessaires à soins de bouche
- définit les autres médicaments qui pourraient être nécessaires et en vérifie la disponibilité locale ;
- organise avec l'encadrement, aidé de logisticiens et en lien avec un pharmacien référent identifié :
 - le recueil des besoins ;
 - le suivi de la disponibilité de quantités suffisantes de médicaments dans les services 24h/24 et 7 jours/7

→ Voie d'administration :

- Suivant les besoins et les habitudes de service, la voie d'administration de ces médicaments par voie sous cutané sera favorisée si la voie per os est impossible et le patient non perfusé en IV au préalable. Des infuseurs pourraient être envisagés en cas de pénurie de pousse seringues (en prévoir l'approvisionnement)
- La forme patch pour les antalgiques, bien que semblant pratique d'utilisation ne sera pas envisagée en première intention du fait du long délai d'action et des difficultés pour définir le dosage adapté, particulièrement chez les patients âgés.

5. Accompagner les proches du patient

a) Visites de fin de vie

- réfléchir à des adaptations de la limitation des visites en cas de fin de vie ;
- s'appuyer sur l'expertise des soignants pour en définir le moment ;
- limiter l'accès au patient aux personnes qui lui sont le plus proches ou qu'il aura désignées ;
- limiter l'accès à 2 personnes maximum (avec éventuellement une rotation) et la durée de la visite ;
- respecter les strictes règles des mesures barrières ;
- réfléchir à élargir l'expérience d'Avicenne : mobilisation des externes pour aider les familles à s'habiller ;
- créer une fiche explicative pour les familles pour qu'elles puissent s'y préparer et avoir les coordonnées des personnes ressources de l'hôpital.

b) Information des proches sur l'état de santé du patient

- chaque unité travaille les modalités d'information en vérifiant autant que possible l'accord du patient et dans les limites du secret médical, par exemple : appels réguliers des proches par le médecin référent, les internes ou les infirmières en charge du patient, ou par des externes formés et encadrés par les psychologues ou les coordonnateurs de greffe (qui ont une grande expérience de l'information de l'entourage) ;
- envisager la mise en place de contacts avec les proches par tablette via des applications telles que *Skype* ou *Whatsapp*.

c) Soutien des proches dans le contexte de restriction de mobilité

- penser le soutien psychologique des familles, avec une attention particulière pour les enfants, et le suivi de familles endeuillées : contact systématique par un psychologue, téléconsultations, numéros verts...
- demander à l'État de mobiliser les psychologues actuellement consignés à leur domicile ;
- travailler l'annonce du décès dans chaque unité : qui le fera, particulièrement la nuit ?
- connaître et tracer les conditions du décès du patient pour les transmettre aux proches qui le souhaiteraient pour leur travail de deuil ;
- travailler avec les chambres mortuaires pour les aider à accueillir les familles et prodiguer les soins adaptés aux personnes décédées dans ce contexte particulier ;
- penser aux moyens à mettre en place pour aider les familles à réaliser les rites funéraires minima, voire symboliques.

6. Soutenir les soignants

- gratifications, valorisation de leur travail et de leur engagement ;
- groupes de parole, suivis individuels et autres dispositifs et les faire connaître aux soignants ;
- repérage des collègues en épuisement psychique et mise à leur disposition d'une expertise et d'une prise en charge adaptée (travail en cours des équipes de psychiatrie de l'AP-HP).