

Préconisations organisationnelles soins palliatifs dans les secteurs COVID+

Groupe COVIPAL - CME APHP, 19/03/2020

Travail réalisé à la demande du Pr Rémi Salomon, président de la CME de l'AP-HP

Coordonnateur du groupe : Dr Vianney Mourman, vianney.mourman@aphp.fr, tel : 01 71 20 71 40

Ont participé à ce groupe de travail : Dr Elisabeth Ballardur (soins palliatifs), Dr Sébastien Beaune (urgentiste), Dr Guy Benoit (pharmacien), Dr Diane Bouvry (pneumologue), Emily Karsenty (psychologue), Pr Bertrand Guidet (réanimateur médical), Dr Sandrine Greffard (neurogériatre), Dr Audrey Lebel (oncologue, soins palliatifs), Céline Le Bivic (psychologue), Dr Matthieu Le Dorze (anesthésiste réanimateur), Dr Romain Sicot (psychiatre), Dr Isabelle Triol (soins palliatifs), Dr Laure Varin (psychiatre), Pr Marc Verny (gériatre), Dr Dominique Vodovar (réanimateur médical), Frédéric Wojeik (infirmier)

L'épidémie de COVID 19 confronte notre système hospitalier à une situation inédite. La forte mortalité décrite à l'étranger et dans certaines régions françaises nous amène à réfléchir à une organisation spécifique des soins palliatifs spécifique dans cette situation exceptionnelle entraînant, possiblement à terme un contexte de saturation de notre système de soin.

Ce document a pour objectif de proposer une aide pour les équipes qui vont être amenées à s'occuper de patients COVID 19+ au-delà de toutes ressources thérapeutiques curatives. Il vise à permettre aux malades de finir leur vie le plus sereinement possible, ou tout au moins le moins mal possible, dans ce contexte exceptionnel. Il s'agit aussi de penser un accompagnement qui permette de soutenir des familles confrontées brutalement à la perte de leur proche du fait du caractère suraigu du COVID19. Ces familles et entourages seront d'autant plus impactés que, du fait du confinement et de la restriction des visites à l'hôpital, ils n'auront peut-être pas pu être auprès de leur proche autant qu'ils l'auraient souhaité. Dévoués, au lit du malade, les professionnels de santé vont être confrontés à des événements pour lesquels ils ne sont pas forcément préparés, souvent dramatiques, et qui vont se répéter. Il faudra veiller à leur apporter les moyens pour qu'ils aient les meilleures conditions de travail possible afin de prodiguer le meilleur soin, d'une façon valorisante pour eux et qui soit au final la moins traumatique possible.

À la demande de de la CME centrale, il a été mis en place le groupe de travail COVIPAL qui a rédigé ce document. Ce document propose des éléments d'une organisation opérationnelle à mettre en place dans les différents hôpitaux de l'APHP pour améliorer la prise en charge palliative aigue des patients hospitalisés dans les secteurs COVID+.

Les différents points présentés sont :

- La définition du malade en soins palliatif en secteur COVID+ et son projet de soin
- Des propositions d'organisation par site
- Des pistes de travail quant à
 - l'accueil des patients,

- les modalités de soin,
- l'accompagnement des familles des patients,
- le soutien des équipes.

Les propositions faites dans ce document seront à décliner, adapter et compléter par site en fonction des réalités de terrain. Elles ont principalement comme but d'aider à l'organisation locale.

Définir le patient en soins palliatifs en secteur COVID+

Nous nous concentrerons dans ce document autour des problèmes que posent la prise en charge du patient hospitalisé en secteur de soin COVID+ :

- présentant des défaillances vitales,
- pour qui il n'est pas indiqué de transfert en réanimation,
- pour lequel les ressources thérapeutiques à visée curatives sont épuisées.

Il s'agit donc de patients infectés, hospitalisés, pour lesquels seule une approche palliative peut être proposée. L'objectif des soins sera d'améliorer leur qualité de vie tout en respectant leur dignité. Il sera alors nécessaire d'orienter les moyens, mis à disposition pour les soignants, par l'institution, pour combattre toutes les souffrances que le patient pourrait être amené à endurer. Ces souffrances peuvent être tant physiques que psychiques, sociales ou spirituelles voire existentielles.

Les modalités de triages des patients présentant des défaillances vitales ne seront pas traitées dans ce document : des recommandations sont en cours de publication suite aux travaux d'un groupe mené par les réanimateurs.

Il ne s'agit pas non plus dans ce document de retracer le parcours de soin complet du patient COVID+ : nous n'aborderons pas dans ce travail le parcours de soin des patients ayant une forme asymptomatique, ou présentant des symptômes bénins ou encore hospitalisés en services de soins critique.

Repérer et tracer ces suivis singuliers

Que le patient soit récusé pour une admission en service de réanimation ou que son état s'altère lors de son hospitalisation dans le secteur COVID, il est fondamental que le patient dirigé vers un projet de soins palliatifs soit repéré précocement de façon à accéder aux soins les plus adaptés à son état.

Pour ce faire, il appartient à chaque site hospitalier de définir les moyens de ce repérage, les modalités de transmission des informations ainsi que les moyens de les tracer.

Il existe l'outil Orbis, mais peut-être faut-il envisager aussi d'autres médias tel qu'un numéro de téléphone de référence ou des documents papiers pour que le repérage et l'information sur les besoins spécifiques de ce patient soient transmises aux personnes concernées par l'organisation de son suivi particulier.

Des documents préremplis, identifiable rapidement par un code couleur, à cocher permettraient de tracer les décisions prises et le projet de soin envisagé.

Un document en annexe, proposé par la collégiale de soins palliatifs, peut servir de modèle aux équipes qui peuvent le modifier en fonction de leurs besoins ou l'utiliser tel quel. Ce

document trace sur le verso les modalités de la décision de limitation de traitement et au verso les préconisations thérapeutiques envisagées.

Les AMA peuvent aussi participer à la saisie sur Orbis du travail effectué auprès des patients et les comptes rendus des échanges avec les familles ainsi que le recensement des informations transmises

Structurer un schéma organisationnel

Au niveau central de l'APHP

Le groupe de travail COVIPAL, mis en place par la CME, vise à lancer la dynamique de cette prise en charge spécifique, dans le contexte épidémique, des soins palliatifs dans les secteurs COVID+. Ce document, écrit dans le contexte épidémique, bien qu'imparfait, et ne pouvant être exhaustif, vise à aider les équipes à « inventer » une réponse à l'urgence imposée par l'épidémie de Coronaravirus.

Le COVIPAL, en coopération avec la collégiale des médecins de soins palliatifs de l'APHP et les sociétés savantes, se propose de recueillir et colliger les différents outils et documents susceptibles de favoriser la mise en place de la démarche palliative dans les secteurs COVID+ et de les mettre à disposition de ces secteurs.

Il pourra être remonté à COVIPAL les initiatives, expériences heureuses ou malheureuses et les obstacles rencontrés sur le terrain de façon à les travailler et les diffuser sur l'ensemble des hôpitaux si elles peuvent aider les équipes. Les retours du terrain aideront à rechercher des solutions pour remédier aux difficultés rencontrées.

Place des équipes mobiles de soins palliatifs dans chaque site

Dans les recommandations formulées par la SFAP (en italique), il faudrait « *Si possible, réorienter une partie de l'activité des équipes mobiles vers les services qui accueillent des patients Covid 19 + ainsi que les services d'urgence et post urgence : dédier une partie de l'équipe pour l'aide à la prise en charge des patients covid +.* »

Pour le groupe de travail, dans chaque hôpital, l'équipe mobile de soins palliatifs, soutenue, suivant les possibilités locales, par les gériatres et les internistes, est placée dans une position de référent. Elle doit comporter des professionnels expérimentés dans le domaine des soins palliatifs.

Sa mission est de coordonner l'activité de soins palliatifs dans l'hôpital. Cette coordination permettra de superviser les actions palliatives, de former et soutenir les équipes dans les services confrontées aux patients atteints par le COVID19.

Ainsi, des formations courtes devraient être proposées et réalisées par les membres de l'équipe mobile, associés à un référent volontaire dans les services sur chaque équipe (équipe de jour et de nuit).

L'équipe de soins palliatifs devra parallèlement à l'activité générée par les secteurs COVID+ maintenir son activité auprès des patients qui requièrent un suivi palliatif dans le reste de l'établissement.

L'équipe pourra aussi intervenir lors des processus décisionnels d'éventuelles limitations de traitement pré réanimatoire, en tant que tiers extérieur.

Toujours pour la SFAP, d'un point de vue organisation, « *il sera nécessaire d'augmenter la disponibilité des équipes mobiles : allongement des plages de présence, augmentation du nombre de vacations sur sites.* »

Le groupe de travail suggère un renforcement des équipes mobiles de soins palliatifs, éventuellement par des redéploiements à partir d'équipes mobiles peu concernées par la problématique COVID (comme celles des hôpitaux pédiatriques par exemple). Il faudra toutefois veiller à laisser le personnel minimal à ces équipes pour assurer leurs activités habituelles.

Charge à chaque équipe de faire remonter ses besoins, en particulier en médecins, IDE ou personnel de soutien (AMA, ...)

« Il pourra être discuté de la possibilité de mettre en place un numéro d'astreinte en journée le week-end et les jours fériés et si possible en fonction des organisations la nuit. Voir il pourra être envisagé la possibilité d'inscrire cette astreinte dans une visée territoriale ». (A discuter en partenariat avec l'HAD et les réseaux de soins palliatifs ?)

Encore pour la SFAP, l'équipe pourra « *Participer à des « cellules éthiques de soutien* ». Elle *participerait ainsi à la réflexion dans la prise en charge des patients graves, dans les choix de réorganisation des services de santé devant faire face à la gestion de ressources rares, une aide pour les décisions médicales difficiles que pourraient être amenées à prendre certaines équipes.* ». La création de ces équipes de soutien éthique est aussi recommandée par le CCNE. Les équipes de soins palliatifs semblent avoir une place à prendre dans ces dispositifs, sous réserve que les missions et champs d'action de ces cellules éthiques soient définies, ainsi que leurs marges de manœuvres et limites.

Au niveau de chaque unité COVID+

Le groupe de travail propose la mise en place de référents dans chaque secteur de soin COVID+. Ils n'auraient pas vertu à être dans une activité spécifique soins palliatifs (USP like), mais d'accompagner et de former leurs collègues au sein de ces unités pour permettre la mise en place de la démarche palliative. Ces référents seraient en lien direct avec l'équipe mobile de soins palliatifs de façon à recevoir soutien et expertise.

Dans chaque unité, un référent médical et un référent paramédical par équipe (ce qui signifie 6 paramédicaux par secteur COVID) seraient nécessaires.

Les référents doivent bénéficier d'une courte formation dont les points principaux sont :

- Le cadre général des limitations de traitement
- la bonne prescription et la bonne application des prescriptions
- l'accompagnement des familles
- arriver à différencier de façon efficace et précise :
 - o une dyspnée à respecter dans une prise en charge curative,
 - o une dyspnée dans une situation palliative qui justifierait de la mise en place d'un traitement par morphine à visée symptomatique
 - o d'une détresse respiratoire asphyxique.
- Les modalités d'utilisation des traitements symptomatiques spécifiques essentiels des soins palliatifs, à savoir, principalement, opioïdes à dose minimum efficace sur la dyspnée et sédation sur détresse respiratoire asphyxique.

Les aides-soignants doivent être inclus à ces formations : ils font partie intégrante de la prise en charge du malade et sont généralement ceux qui sont au plus près de lui.

Il faudra particulièrement être vigilant quant aux équipes de nuits qui sont souvent plus isolées (pas toujours de médecin de nuit), moins dotées et qui pourtant assistent à beaucoup de décès. Peut-être faudra-t-il renforcer leur formation ainsi que leur soutien, et envisager la présence régulière des équipes ressources de soins palliatifs auprès d'elle ou tout au moins un accès facilité par téléphone lors de situations complexes.

Un soutien psychologique doit être envisagé en lien avec les structures hospitalières existantes pour aider les équipes qui vont être confrontées à la récurrence de situations singulières, complexes et bouleversantes.

Autres interventions à promouvoir auprès des patients en fin de vie

Au-delà du trinôme classique aide-soignant–infirmier–médecin qui gravite auprès du patient, il paraît nécessaire d'affirmer que d'autres intervenants doivent être mobilisés dans le suivi des malades en fin de vie. Ainsi il faudra envisager de faire intervenir les psychologues, les kinésithérapeutes et les autres corps de métier qui pourront améliorer le confort du patient. Dans chaque site, et dans chaque service, des modalités d'intervention, s'appuyant sur les besoins recensés, sont à mettre en place.

Les psychologues sont déjà très mobilisés et se structurent actuellement via le plan blanc médico-psy et les référents psy plan blanc sur chaque site et se coordonnent avec les collègues. Il paraît donc nécessaire de demander aux collègues des psychologues des sites et aux psychologues des équipes mobiles de soins palliatifs de se structurer pour apporter ce soutien. Il est à noter que beaucoup de psychologues de consultations (dont l'activité est arrêtée) soutiennent déjà les services à ce jour. Les psychologues des EMASP pourront être soutenues par leurs collègues dans beaucoup de sites.

Les psychiatres et les équipes de liaison psychiatriques sont aussi à interpeler et à mobiliser dans ce contexte.

Il faudra aussi, pour les patients qui en manifesteraient ou éprouveraient le besoin, pouvoir faire intervenir les représentants des cultes, et ce d'autant plus que le patient ou son entourage pourraient souhaiter la réalisation de rites minimaux dans le respect des traditions (dans les limites de ce qui pourrait être réalisable du fait des contraintes liées à la situation sanitaire et, en particulier, du fait de la nécessité de mise en bière immédiate). Il est à noter qu'il faudra travailler sur la sécurité face à l'infection des représentants religieux sollicités.

Secteurs spécifiques COVID-soins palliatifs

Dans les recommandations ARS –SFAP il est suggéré « *la création d'une unité dédiée en soins palliatifs au sein des centres hospitaliers qui accueillent des patients infectés.*

La création d'une telle unité n'est nécessaire que quand les capacités des services de soins qui accueillent les patients covid + sont mis en difficulté pour assurer les prises en charge curatives du fait d'un afflux massif de patients.

Leur objectif est :

– Accueillir des patients infectés par le Covid 19 dont on identifiera soit dès le début de la prise en charge, soit au décours de la prise en charge initiale que l'objectif de soins sera un objectif purement palliatif qui visera à les accompagner jusqu'à leur décès.

– Assurer auprès de ce patient la meilleure prise en charge possible tout en respectant les règles de confinement pour éviter toute dissémination virale.

Eléments d'organisation :

- Cette unité devrait être localisée sur un établissement référent « Covid 19 + »
- La responsabilité de cette unité pourra être confiée au mieux au médecin responsable de l'équipe mobile de l'établissement ou à un médecin gériatre
- Les professionnels de l'équipe mobile viendront en appui des soignants qui travailleront dans cette unité
- Les médecins attachés à cette unité seront en lien constant avec les autres services de l'établissement qui prendront en charge des patients infectés (circuit urgence –service pneumo et infectieux-réa) pour faciliter la prise en charge et l'orientation des patients
- Les visites seront restreintes comme dans les unités de soins palliatifs »

Pour le groupe COVIPAL, il faudra discuter au cas par cas, dans chaque site, de la pertinence de la mise en place de telles unités.

Le groupe a rencontré et discuté avec des soignants d'unités de médecine interne réorientés en secteur COVID+, ayant de fait déjà l'expérience d'une activité palliative régulière. Il apparaît que ces professionnels de santé préfèrent envisager de travailler dans des unités mixtes curatives-palliatives COVID+. Dans leur formulation, cette mixité se justifie par l'idée de ne pas voir leur activité restreinte : ils redoutent d'être "affectés" en exclusivité au "bout du service" soins palliatifs. Ils évoquent le fait qu'ils sont d'accord pour s'occuper de patients en fin de vie mais qu'ils ont aussi besoin de s'occuper de façon concomitante de patients en meilleure santé. Ils ont besoin de voir des patients s'améliorer et guérir pour arriver à prendre en charge correctement des patients en fin de vie.

Si de telles unités devaient être mises en place, il faudra se questionner sur la possibilité d'avoir du personnel volontaire, formé et compétent pour cette activité spécifique de soins palliatifs dans le contexte épidémique. Il faudra aussi prévoir les moyens de soutenir efficacement ces professionnels de santé confrontés à un quotidien qui pourrait s'avérer exténuant physiquement et psychologiquement car différent de celui des unités de soins palliatifs classiques (fréquence des décès, brutalité des aggravations, symptômes, âge des patients, ...).

Un aval du secteur hospitalier COVID+ à penser

Un certain nombre de personnes souhaitent finir leur vie à domicile. Dès lors que le patient n'a plus de bénéfice à rester à l'hôpital, il serait pertinent d'envisager une procédure pour lui permettre un retour rapide à domicile, sous réserve que le patient et sa famille le souhaitent et que les soins soient techniquement réalisables à domicile. Il est alors primordial de veiller à mettre tous les moyens à disposition pour assurer le confort et la sécurité du patient et de sa famille à domicile. Le dispositif devra être réactif au vu de l'évolutivité clinique attendue.

Les retours en EHPAD pourraient aussi être organisés sous réserve de l'accord des établissements concernés qui risquent d'y être réticents et de leur capacité à mettre en œuvre les soins attendus. Un appui d'une équipe spécialisée (HAD ou réseau) est souhaitable.

L'HAD s'organise pour pouvoir favoriser le retour à domicile de ces patients rapidement. La compétence y est disponible et l'HAD est en cours de renforcement médical pour accompagner ces situations cliniques y compris avec des sédations. Les équipes d'appui des

réseaux et les HAD travaillent à s'articuler en complémentarité pour assurer une bonne couverture territoriale sur la région.

L'implication de l'ensemble des professionnels et structures ambulatoires volontaires devrait permettre une gradation des suivis en fonction des besoins identifiés à la sortie (médecins de ville, infirmières libérales, SSIAD).

Créer des préconisations, protocoles et outils pratiques pour les équipes

Le groupe COVIPAL estime qu'il est nécessaire de mettre à disposition des soignants amenés à suivre des patients en fin de vie des outils et préconisations pratiques et faciles d'utilisation.

Différentes équipes sur l'APHP, l'HAS, l'ARS et les sociétés savantes ont déjà répertorié des outils d'évaluation ou de traitements qui seront à rassembler et diffuser.

Ils peuvent concerner, par exemple, la place de l'oxygène, l'analgésie, l'évaluation et le traitement de la dyspnée et des autres symptômes de la fin de vie, la sédation pour détresse vitale, la prise de décision, (questionnaire du docteur Sebag Lanoe pour les personnes âgées), l'accompagnement des familles, la communication, ...

Il pourrait être envisagé de réaliser une check-list d'aide à la décision, voire des protocoles d'utilisation des traitements à visée palliative et des guidelines quant aux traitements à poursuivre ou interrompre.

Un module de formation succinct et pratique pourrait être mis à disposition de façon à aider les équipes à acquérir la formation de base permettant d'améliorer la qualité de vie des patients concernés.

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

Dans chaque établissement, il faudra vérifier la disponibilité et les stocks des médicaments nécessaires pour permettre une prise en charge palliative ou pour mettre en place des sédations lors d'éventuelles détresses respiratoires asphyxiques.

Prioritairement, il faudra vérifier l'approvisionnement en :

- 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

Chaque site sera à même de définir les autres médicaments qui pourraient être nécessaires et en vérifier la disponibilité locale.

D'un point de vue organisation, l'encadrement, par exemple, aidé de logisticiens, en lien avec un pharmacien référent identifié, pourraient réaliser ce recueil de besoins. Ils

travailleraient à s'assurer de la disponibilité de quantités suffisantes de médicaments dans les services 24h/24, 7j/7.

Une requête a été envoyée à l'AGEPS pour vérifier la disponibilité de ces médicaments en vue de fourniture à l'APHP.

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. Toutefois, il apparaît que rapidement se posera la question d'une pénurie de pousses seringues, le relais par des infuseurs pourrait-il alors être envisagé ?

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.

Accompagner les proches du patient

L'accès des proches est très limité dans le contexte de confinement et de limitation des visites dans les secteurs COVID+.

On comprend bien l'importance des mesures sanitaires visant à ralentir la propagation de l'épidémie. Toutefois le groupe COVIPAL s'interroge sur les adaptations à proposer dans le contexte de la fin de vie pour que le patient puisse être entouré par ses proches dans ses derniers moments.

Le débat sur la définition de la temporalité de ce qui est considéré comme « fin de vie » est sans fin. Le groupe estime qu'il faudra s'appuyer sur l'expertise des soignants pour définir ce moment. Il faudra alors peut-être, ce moment arrivé, suivant les capacités des services, assouplir les règlements et rouvrir les portes de la chambre du patient à ses proches.

Pour cela il semble nécessaire de limiter l'accès au lit du patient aux personnes qui lui sont les plus proches ou qu'il aura désigné, en fixant la limite à deux personnes maximum (avec éventuellement rotation et en respectant les strictes règles des mesures barrières) et de durée. L'expérience de l'hôpital Avicenne qui a mobilisé les externes pour aider les familles à s'habiller de façon à garantir la sécurité sanitaire (ce qui est très chronophage pour les équipes soignantes) semble intéressante à étudier et à éventuellement élargir.

Ne faudrait-il pas aussi créer une fiche explicative pour les familles quant à ce type d'accompagnement afin qu'elles puissent déjà s'y préparer. Cette fiche permettrait aussi aux proches d'avoir les coordonnées des différentes personnes ressources sur l'hôpital.

L'information des proches quant à l'état de santé du patient est aussi fondamentale dans le vécu de l'entourage du malade. Les modalités de l'information sont travaillées dans les différentes structures. Ainsi dans certains services, il est réalisé des appels réguliers à l'entourage du patient pour donner des nouvelles. Ces appels sont réalisés par le médecin référent, ou par les internes, les infirmières en charge du patient. En plus de transmettre des informations, ces appels permettent d'identifier les personnes qui pourraient être autorisées à venir dans la chambre du patient lors de sa fin de vie. Dans certains sites, les externes, formés et encadrés par les psychologues ou les coordinations de greffe (qui ont une grande expérience de l'information de l'entourage) pourraient participer à ce travail d'information.

Il pourra être envisagé d'étendre l'expérience des services qui ont mis en place des contacts avec tablette via des applications telles que Skype® ou Whatsapp® pour faciliter la communication des patients avec leurs proches lorsque cela est possible.

Il faudra toutefois vérifier tant que possible que le patient accepte la transmission des informations et que les limites du secret médical ne soient pas dépassées.

Le soutien des proches dans le contexte de restriction de mobilité est aussi à penser. Le soutien psychologique auprès des familles (parents, enfants...) des patients atteints du COVID 19 et du suivi des familles endeuillées est en pleine réflexion dans les collèges de psychologues.

Une attention particulière devra être portée aux enfants qui nécessiteraient un soutien particulier.

Des téléconsultations pourraient être proposées, mais les questions que cela pose sont multiples : Comment faire pour déterminer qui en a besoin ? Comment faire pour avoir accès aux proches et pour leur présenter en quoi ils peuvent être aidés ? Quelles seraient les limites de ce soutien par téléphone ?

L'accompagnement des proches lors du décès et dans le post décès immédiat est aussi crucial. C'est sûrement un moment où les psychologues pourront être présents ou tout du moins pourront-ils reprendre systématiquement contact avec les familles ? (soit le psychologue qui connaissent déjà la famille soit le psychologue de l'EMASP si ce n'est pas le cas ?)

Du fait de l'ampleur du soutien à mettre en place, ne faudrait-il pas inciter l'état à mobiliser les psychologues qui sont actuellement consignés à leur domicile du fait que les structures dans lesquelles ils travaillent sont fermés ? Ne faudrait-il pas mettre en place des sortes de call center (avec numéro vert) proposant un soutien aux proches des malades hospitalisés en secteur COVID où les visites sont restreintes ou interdites ?

Penser les moments singuliers de la mort et du post décès

Comme déjà évoqué précédemment, du fait du confinement et de l'interdit des visites dans les secteurs COVID+, certaines familles ne pourront pas être présentes et ne verront pas l'état de leur proche s'aggraver ni n'assisteront pas au temps du mourir, alors que dans des conditions normales elles l'auraient pu. De plus, du fait des règles d'hygiène qui imposent que le corps des défunts soit rapidement confiné dans une housse hermétique, les proches n'auront pas toujours accès non plus à la dépouille du défunt pour se recueillir.

Il est important que dans chaque unité soit travaillé l'annonce du décès : qui la fera, comment et particulièrement la nuit ?

On pourra aussi se questionner sur ce qu'il en sera de leur deuil futur s'ils ne peuvent assister et soutenir leur proche à ces moments: sans rentrer dans des théories psychologiques trop complexes, on pourra se demander quelle part fantasmatique restera de ces événements et de leur réalité.

Une autre idée pertinente serait de connaître et tracer les conditions du décès du patient de façon à pouvoir le transmettre aux proches dans l'immédiat post décès mais aussi plus tard, s'ils le souhaitent dans leur travail de deuil.

Un travail est aussi à réaliser avec les chambres mortuaires, qui sont souvent très engagées dans le soutien des proches endeuillés, pour les aider à accueillir les familles des défunts à prodiguer des soins adaptés aux personnes décédés, dans ce contexte particulier.

Il serait utile de penser les moyens à mettre en place pour aider les familles à réaliser les rites funéraires minimums, voire symboliques, qu'il leur semblerait nécessaires. Ces rites revêtent souvent une grande importance pour les familles : ils ont été créés par chaque société ou culture pour accompagner le défunt et permettre de commencer le travail de deuil. On imagine leur importance dans les conditions de la fin de vie de cette épidémie.

Soutenir les soignants

Comme déjà vu à de multiples reprises dans ce document, les soignants (paramédicaux, médicaux et professionnels de santé en formation) dans ce contexte d'épidémie, vont être confrontés à des situations difficiles. Ils sont souvent très investis et volontaires. Cette situation étant susceptible de durer dans le temps, il paraît primordial de proposer un soutien aux soignants.

Cela passe par des gratifications, une valorisation de leur travail et de leur engagement.

Cela nécessite aussi des dispositifs adaptés aux différentes aspirations et possibilités des professionnels. Ainsi des groupes de parole, des suivis individuels et autres dispositifs que les personnes compétentes dans le domaine pourraient proposer devront être mises à disposition. Il faudra veiller au fait que l'information sur leur existence soit accessible aux soignants.

Par ailleurs, une expertise et une prise en charge psychiatrique adaptée doit être à disposition et facilement accessible pour nos collègues qui viendraient à s'épuiser psychiquement dans leur quotidien de soignant. Un repérage de ce type de situation devrait aussi être pensé. Les équipes de psychiatrie des différents hôpitaux sont déjà en train de travailler ce sujet.