



Note sur l'adaptation de l'organisation des soins palliatifs à l'épidémie de Covid 19
Document SFAP
En date du 17/03/20

Objectif général : adapter notre organisation afin d'assurer au mieux la continuité de la prise en charge en soins palliatifs à la fois pour les patients qui sont infectés par le covid 19 mais aussi pour tous les autres patients. Il s'agit aussi de libérer le maximum de lits dans les services de soins mobilisés directement ou indirectement par l'épidémie et d'éviter tout passage par les urgences directes si pas nécessaires (après régulation par les services compétents).

Contexte : Cette modification d'organisation doit prendre en compte la nécessité de restreindre la transmission du covid 19 pour les patients, les familles et les soignants.

Les lignes directrices sont à adapter en fonction de l'évolution de l'épidémie, de son impact local, des modalités d'organisation déjà existantes.

Elle s'inscrit aussi dans la doctrine de prendre en charge dans des lieux distincts les patients covid + et covid -.

1. Impact sur les USP existantes

Objectif : Continuer à assurer la prise en charge des patients en soins palliatifs qui relèvent d'une situation complexe ; soulager les unités d'hospitalisation MCO en élargissant les critères d'admission pour des patients non suspects de covid.

Remarque : l'admission d'un patient infecté au sein des USP risque de désorganiser la prise en charge des autres patients ; les USP sont peu adaptées à la fois dans leur architecture mais aussi dans leur fonctionnement au confinement des patients, la plupart des USP sont éloignées des sites hospitaliers au sein desquels sont pris en charge les patients infectés et pour certaines sans plateau technique.

- Déprogrammer les séjours de répit, les hôpitaux de jour, les consultations
- Les équipes de soins doivent comporter l'effectif minimum indispensable à la prise en charge (IDE, AS, ASH, médecins, kiné, personnels administratifs)
- Arrêt des activités autres que celles des professionnels de soins (bénévoles, aumôniers, étudiants, stagiaires, socio esthéticienne, art thérapeute etc ...)
- Pour les aumôniers ou représentants du culte, utiliser le téléphone, ou un autre moyen de communication à distance
- Recentrer l'activité des psychologues sur le soutien des familles et des équipes de soins en limitant les contacts directs (téléphone, ou autre moyen de communication à distance)
- Limiter le nombre de personnes présentes et le temps de transmissions
- Suspendre les réunions de synthèse et autres travaux collectifs
- Fermer les lieux d'accueil, les salons familles. Les visites ont lieu exclusivement dans les chambres. Pendant les soins ou les toilettes, demander aux familles d'aller à l'extérieur du bâtiment afin de pouvoir respecter la distance de socialisation
- Limiter les entretiens familles. Privilégier le soutien à distance (téléphone ou autre moyen de communication à distance). Si nécessaire entretien physique avec une seule personne en respectant une distance d'un mètre
- Favoriser les admissions directes en unités de soins palliatifs et sur les lits identifiés
- Limiter fortement les visites aux familles (enfants, père, mère, conjoints) avec les mesures d'hygiène adaptées.
 - Respecter les règles habituelles institutionnelles : exemple de possible « un seul visiteur par jour, visite interdite aux mineurs » ;
 - En cas de décès imminent (à estimer par le médecin,) élargir à un visiteur au même moment auprès du patient (plusieurs visiteurs cependant autorisés dans la

journée). Privilégier les visites courtes. Pour les enfants mineurs, les visites doivent être au cas par cas et encadrées par les mesures d'hygiène maximum (hygiène des mains, masques si nécessaire)

- Suspendre les temps de recueillement (au sein de l'unité) après le décès
- Mettre à disposition des équipes du matériel nécessaire de protection (masques, du SHA, gants et autres moyens de protection) afin d'intervenir dans des conditions de sécurité optimale
- Anticiper une augmentation nécessaire de la capacité de nos unités

2. 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.

Remarque : au regard de la population principalement qui sera accueillie sur cette unité, un travail conjoint avec les services de gériatrie doit être favorisé.

Objectif :

- 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

3. Adapter le fonctionnement des équipes mobiles et des réseaux

Objectif :

- Adapter l'organisation de fonctionnement des équipes mobiles et des réseaux pour assurer au mieux leur mission et assurer une continuité de la prise en charge des patients non infectés par le Covid 19 mais aussi répondre aux besoins des équipes qui prennent en charge des patients infectés par le Covid 19
- Faciliter la réflexion sur les décisions de limitation de traitements et les indications de passage en réanimation (cf doc Enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19)

Éléments d'organisation :

- Maintenir la présence des personnels indispensables (médecin, IDE)

- 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 +. Si nécessaire participation directe à la prise en charge (en particulier pour aider au soulagement des symptômes respiratoires). Les professionnels qui prennent en charge des patients covid + ne doivent pas être mis en contact avec des patients covid -, sauf circonstances majeures (prendre alors les mesures de protection masques en particulier)
- L'autre partie de l'équipe continue ses missions auprès des patients Covid -
- Augmenter la disponibilité des équipes mobiles : allongement des plages de présence, augmentation du nombre de vacations sur sites, discussion sur 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. Regarder la possibilité d'inscrire cette astreinte dans une visée territoriale
- Favoriser le travail par téléphone ou autre moyen de communication à distance
- Limiter les déplacements uniquement aux situations qui le requièrent et privilégier le déplacement d'un soignant seul (au détriment du binôme habituel) au sein de l'hôpital
- Limiter les déplacements à domicile ou en EHPAD ; privilégier les contacts indirects (téléphone, télémedecine, outils tels skype...) pour diminuer le nombre de déplacements et donc de contacts
- Autoriser, dans le cadre de l'urgence, la prescription aux médecins des réseaux, aux médecins des équipes mobile quels que soient les lieux de prise en charge
- Autoriser/organiser la signature des certificats de décès par des médecins de soins palliatifs, de réseau, d'HAD, coordonnateurs d'EHPAD
- Rediffuser auprès de l'ensemble des services des EHPAD et des établissements médico-sociaux les protocoles de prise en charge de la dyspnée (et autres symptômes respiratoires), de sédation profonde et continue en cas d'asphyxie et de la conduite à tenir en phase agonique (cf documents SFAP)
- Participer à des « cellules éthiques de soutien ». Une 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.
- Demander aux services hospitaliers n'ayant pas de dotation propre de se fournir en morphine, midazolam, scopolamine afin de diminuer les délais de dispensation et d'administration.
- Mettre à disposition des équipes mobiles du matériel nécessaire de protection (masques, du SHA, gants et autres moyens de protection) afin d'intervenir dans des conditions de sécurité optimale

4. Prendre en compte les spécificités du domicile

Objectif : Accompagner l'ensemble des équipes qui interviennent à domicile.

Éléments d'organisation :

- Rediffuser auprès des professionnels libéraux les protocoles de prise en charge de la dyspnée (et autres symptômes respiratoires), de sédation profonde et continue en cas d'asphyxie et de la conduite à tenir en phase agonique (en cours de rédaction par la SFAP)
- Conseils pour prise en charge du corps d'un patient décédé à domicile suspect d'être infecté par le covid 19
- Privilégier des admissions directes et éviter les passages par les SAU
- Faciliter la coordination avec les services d'HAD
- Mise à disposition des traitements indispensables en particulier midazolam, morphine, benzodiazépine de demi-vie longue, scopolamine