

	RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID-19	Création Date : 13/04/2020
		Validation technique Direction Métier (DA) Date : 13/04/2020
		Approbation Cellule Doctrines Date : 14/04/2020
		Validation CRAPS Date : 14/04/2020
COVID-19 055	<i>Fin de vie et soins palliatifs en ESMS</i>	Version : 1 Date : 14/04/2020
		Type de diffusion Partenaires ARS Site internet ARS
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante		

PRÉAMBULE

- Ce document a été rédigé en colligeant les réflexions de la *Direction de l'autonomie*, de la *Direction de l'organisation des soins* et de la *Direction de la santé publique* de l'ARS Île-de-France (ARS IdF), et des groupes de travail avec lesquels elles collaborent. Ces réflexions ont été alimentées et complétées par de nombreux documents complémentaires, cités au fil du texte en note de bas de page pour les plus importants d'entre eux, et par les recommandations nationales de la DGCS et de la DGS, également citées en note de bas de page. Elles complètent plusieurs autres doctrines régionales, identiquement citées en notes de bas de page.
- **Ces recommandations évolueront avec les connaissances sur le Covid-19, la stratégie nationale¹ et les orientations régionales.**

OBJET DU DOCUMENT

- **Périmètre** : ce document s'intéresse à la fin de vie, en période épidémique de Covid-19, dans les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées (PA) et des personnes handicapées (PH) ainsi que dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques².

¹ La présente doctrine prend notamment en compte la fiche DGS à l'intention des établissements de santé et professionnels de santé de ville diffusée le 10 avril 2020 et intitulée « *Consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé et des professionnels de ville aux personnes en situation de handicap en établissement ou à domicile pour la prise en charge des patients Covid-19* »

² Voir notamment à ce propos la fiche nationale intitulée « Employeurs et responsables de lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM) Informations sur la conduite à tenir envers les professionnels et publics en stade 3 de l'épidémie de coronavirus Covid-19 » disponible en ligne à l'adresse URL suivante : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/employeurs-responsables-lhss-lam-covid-19.pdf> et la fiche nationale intitulée « Gestionnaires et directeurs d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) Informations sur la conduite à tenir envers les professionnels et publics en stade 3 de l'épidémie de coronavirus COVID-19 », disponible en ligne à l'adresse URL suivante : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19%20ACT.pdf>

Il vient en complément d'autres doctrines régionales, dont la doctrine n°29 (parcours de soins des résidents d'EHPAD et organisation d'une astreinte gériatrique), n°36 (soins palliatifs en période épidémique), la doctrine n°46 (dispositifs d'appui à la coordination ou DAC), ou encore la doctrine n°48 (prise en charge des personnes âgées en EHPAD)³.

- **Objectif** : détailler les objectifs et les aides proposées aux établissements médico-sociaux pour leur accompagnement de la fin de vie des résidents, y compris l'accompagnement des familles et des proches ainsi que celui des personnels. Cette aide vise à apporter des éléments de réponse aux principaux problèmes rencontrés par ces établissements dans les domaines suivants :
 - organisationnels
 - ressources humaines
 - connaissances et compétences pour les soins palliatifs
 - difficultés d'approvisionnement en produits de santé, médicaments et dispositifs médicaux, équipements de protection individuels (EPI), etc.

Le but de ce document est de garantir aux personnes dont l'état de santé conduit à envisager ou prévoir une fin de vie proche, et qui ne relèvent plus ou pas d'une prise en charge en hospitalisation et/ou réanimation, que leurs derniers jours, heures ou semaines de vie seront accompagnés dans le respect de leur dignité, que les traitements palliatifs seront mis en œuvre pour leur épargner des souffrances évitables, et que leurs proches seront avertis et accompagnés pour franchir au mieux l'épreuve de l'imminence du décès d'un être cher.

Ce document n'est donc pas destiné à fournir des critères ou une aide pour l'orientation des patients vers la réanimation ou l'absence d'admission dans un service de réanimation.

Cette étape est présumée avoir eu lieu et le choix avoir été réalisé de se limiter à des soins palliatifs, en accord avec les directives anticipées de la personne et avec l'avis de ses proches et/ou de sa personne de confiance.

- **La présente doctrine prend en compte les contraintes particulières liées à l'épidémie de Covid-19 et de l'état d'urgence sanitaire, dont notamment** :
 - le risque contagieux, et ses conséquences en termes de confinement et de distanciation sociale (interdiction ou limitation des visites familiales et celles des aidants bénévoles...)
 - la limitation des ressources humaines mobilisables, et en particulier l'indisponibilité, à anticiper, des personnels qui seront atteints du Covid-19 ;
 - la forte tension sur les lits d'hospitalisation et la désorganisation de certaines ressources habituellement disponibles en ville ;
 - la présentation clinique variable du Covid-19, notamment chez les personnes âgées et les personnes fragiles souffrant de pathologies chroniques sévères et de comorbidités somatiques, allant de divers tableaux pauci-symptomatiques à des détresses respiratoires aiguës subites.

³ Comme précisé ci-dessus, toutes ces doctrines régionales sont disponibles sur l'internet sur le site de l'ARS Île-de-France.

- les difficultés d’approvisionnement, régionales, nationales, internationales qui compliquent la couverture des besoins des établissements ;
- une méconnaissance des disponibilités des lits d’hospitalisation conventionnelle suite à la déprogrammation des activités en MCO ainsi qu’une désorganisation de certaines ressources habituellement disponibles en ville.
- **Elle prend également en compte, autant que possible la diversité des situations individuelles que recouvre “la fin de vie” en contexte épidémique, ainsi que la diversité des établissements concernés par le présent document, en termes de taille, de type de public hébergé et/ou accueilli, d’organisme gestionnaire, ou encore d’organisation interne (présence ou non d’une pharmacie à usage intérieur –PUI–, d’une astreinte médicale, d’une astreinte infirmière...)**

1 Les ressources sur lesquelles s’appuie l’application de la présente doctrine

Ces ressources sont censées être présentes et effectivement mobilisables.

- À défaut, l’établissement et / ou son organisme gestionnaire doit repérer leurs indisponibilités et tout faire pour les corriger dès que possible, y compris en faisant appel aux dispositifs d’aides décrits plus bas.
- En cas de difficulté pour trouver une solution, il convient d’en informer l’ARS, soit via l’enquête régionale quotidienne⁴, soit par contact direct, téléphonique ou courriel, avec la délégation départementale concernée de l’Agence.

1.1 Les ressources de l’établissement

dont les ressources humaines suivantes :

- Le médecin coordonnateur (MedCo) ou équivalent ; dans le cadre épidémique actuel, ce médecin coordonnateur organise les soins et peut effectuer des prescriptions médicales (décret n°2019-714).
L’ARS propose de financer leur passage à temps plein afin d’accroître leur présence auprès des résidents et de pouvoir coordonner les interventions supplémentaires des médecins traitants et des infirmiers.
- Les autres médecins et professionnels médicaux ;
- L’infirmière coordinatrice (IDEC) ou équivalent (cadre de santé...) et les infirmier(e)s de l’établissement ;
- Les aides-soignants ou équivalents ;
- Les rééducateurs ;
- Les psychologues ;
- Les équipes d’animation ;
- La direction.

⁴ Pour rappel, cette enquête obligatoire quotidienne doit être renseignée en ligne à l’adresse URL suivante : https://75.ars-iledefrance.fr/gestion_codiv_ems/

1.2 Le plan bleu de l'établissement (ou équivalent),

Il est, en principe, activé depuis l'instauration de l'état d'urgence

Le plan bleu d'un établissement, préparé par la direction, doit permettre et organiser la mobilisation rapide et cohérente des moyens indispensables pour faire face efficacement à la gestion d'un événement exceptionnel, quel que soit sa nature⁵, et dans le cas présent, de la crise épidémique avec l'état d'urgence sanitaire.

Dans les circonstances sanitaires exceptionnelles actuelles, son activation doit, entre autres, redynamiser les liens entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé, notamment du territoire.

1.3 Les dossiers de liaison d'urgence (DLU) 6 7

Ces dossiers, informatisés ou sous "forme papier" doivent être disponibles et prêts à l'emploi 24 h /24 et 7 j /7, y compris en ce qui concerne les directives anticipées, la désignation d'une personne de confiance, et les coordonnées des proches - et/ou du tuteur - à contacter en cas de besoin.

1.4 Les protocoles de soins palliatifs de l'établissement

Ces protocoles peuvent notamment s'appuyer sur ceux de la *Société française d'accompagnement et de soins palliatifs* (SFAP) et de leurs adaptations réalisées par les astreintes gériatriques territoriales et par les réseaux de soins palliatifs franciliens⁸, et être déclinés de manière opérationnelle aux ressources et aux organisations de l'établissement ainsi qu'aux singularités des patients qu'il héberge.

1.5 Les équipes de soins palliatifs et les réseaux de santé territoriaux

1.5.1 Les équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières qui se déplacent en EHPAD

Il s'agit ici de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de l'établissement lorsque l'établissement - ou le service - médicosocial est rattaché à un établissement de santé et, sinon, le réseau de soins palliatifs du territoire avec lequel l'établissement médico-social est censé avoir noué un lien, voire a signé une convention.

Dans un cas comme dans l'autre, ces équipes peuvent intervenir auprès du résident pour lui donner des soins, lorsqu'un simple avis à distance auprès du médecin ou des infirmières de l'établissement ne suffit pas.

En contexte épidémique il est toutefois recommandé, à titre exceptionnel, qu'une seule personne - selon le besoin identifié, le médecin ou l'infirmière - se déplace (dans le strict respect des précautions renforcées de lutte contre l'épidémie de Covid-19), et qu'un avis complémentaire à distance puisse être obtenu, par visioconférence voire par téléphone ou par messagerie, en principe sécurisée.

⁵ A noter que les dispositions prévues pour un éventuel épisode caniculaire doivent être revues sans attendre en tenant compte de la situation épidémique actuelle : Ce plan devra être adapté à l'état épidémique de l'établissement et permettre de disposer si possible de plusieurs salles climatisées pour séparer les usagers /résidents Covid-19+ de ceux qui restent Covid-19-. Lorsque cela n'est pas envisageable, l'établissement devra s'équiper de matériels alternatifs (ventilateurs, climatiseurs individuels en chambre pour les résidents/usagers les plus fragiles).

⁶ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/da_formulaire_v2_maj.pdf

⁷ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/dlu_doc_liaison_web.pdf

⁸ Voir à ce propos la doctrine n°29 déjà précédemment citée (parcours de soins en EHPAD et astreintes gériatriques)

1.5.2 Les réseaux de santé territoriaux de soins palliatifs 9

Il est rappelé que les médecins de réseaux et des équipes de soins palliatifs ont la possibilité d'établir des prescriptions et des ordonnances pour des prestations et produits à prendre en charge par l'assurance maladie et que pour ce faire, s'ils ne disposent habituellement pas d'un numéro personnel de RPPS ou s'ils sont enregistrés à l'Assurance maladie comme "*non prescripteurs*", ils peuvent établir leurs prescriptions avec le "numéro fictif" (291991453) mis à disposition par la CNAM pour ce cas de figure.

1.5.3 Les possibilités de la télémédecine

L'ARS, en lien avec le GCS Sesan, propose la solution de télémédecine ORTIF qui permet aux médecins de réaliser des téléconsultations à distance avec les patients, en application du décret 2020 – 227 du 9 mars 2020¹⁰.

1.5.4 L'astreinte téléphonique départementale de soins palliatifs

La doctrine ARS IdF n°36 centrée sur les soins palliatifs¹¹, rappelle qu'il est demandé aux équipes des réseaux de soins palliatifs, en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs, d'organiser une astreinte territoriale disponible 24 h/24 et 7 j/7 afin de répondre aux interrogations des médecins, éventuellement des infirmières, amenés à prendre en charge des patients en soins palliatifs aussi bien au domicile qu'en EHPAD ou dans un autre établissement médico-social.

Cette astreinte territoriale en soins palliatifs, temporaire pour la durée de l'épidémie, propose une ligne dédiée dans chaque département d'Île-de-France (voir annexe VIII).

1.5.5 Les équipes de l'hospitalisation à domicile (HAD)

Les services et établissements d'hospitalisation à domicile peuvent - et doivent dans la mesure de leur disponibilité - apporter une aide précieuse à la prise en charge, au domicile comme au sein des ESMS, des personnes âgées ou handicapées ou confrontées à des difficultés spécifiques qui nécessitent des soins excédant ceux habituellement disponibles, lorsque la décision a été prise de ne pas les transférer à l'hôpital. Le médecin traitant peut prescrire l'HAD mais l'HAD peut aussi intervenir sans cette prescription du médecin traitant. Le médecin de l'HAD peut, en cas de besoin, prescrire et modifier le traitement du patient, en lien avec ses médecins.

Deux fiches de la *Direction générale de la santé* explicitent les consignes données sur ce point aux ARS et aux établissements de santé¹² ; malgré leur intitulé ces fiches ne se limitent pas aux résidents des EHPAD : elles englobent aussi - pour certains aspects - les personnes âgées vivant en résidences autonomes ou en résidences services ainsi que les personnes handicapées hébergées en établissements, telles que les maisons d'accueil spécialisées, les foyers d'accueils médicalisés, ainsi que les personnes malades en situation de vulnérabilités psychologiques et sociales accueillies dans les ESMS pour personnes à difficultés spécifiques tels que les appartements de

⁹ Voir à ce propos la doctrine n°36 également précédemment citée (soins palliatifs)

¹⁰ Voir à ce propos la doctrine n°16 relative à la télésanté en phase épidémique, également disponible avec les autres doctrines à l'adresse précisée en première page de ce document.

¹¹ Doctrine francilienne n°36 intitulée "*Soins palliatifs en phase 3 de l'épidémie de Covid-19*"

¹² Cf. la fiche DGS intitulée "*Consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*" et téléchargeable sur le site du Ministère des Solidarités et de la santé à l'adresse URL suivante : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_ehpad_etablissements.pdf
Cf. aussi la fiche DGS intitulée "*Fiche ARS. Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissement et à domicile dans le cadre de la gestion de l'épidémie de Covid-19*" et téléchargeable également sur le site du Ministère à l'adresse URL suivante : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie-prise-en-charge-personnes-agees-covid-19.pdf>

coordination thérapeutique (ACT), les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM), etc.

Elles sont complétées par une troisième fiche de la *Direction générale de la santé*¹³, publiée le 10 avril 2020 et orientée vers les personnes en situation de handicap, vivant en établissement ou à domicile.

1.5.6 Les professionnels de santé libéraux

Plusieurs professionnels libéraux viennent en appui aux équipes des ESMS proposant une prise en charge sanitaire et se chargent, dans les établissements qui ne le proposent pas, de la prise en charge "ambulatoire", en s'articulant, lorsque nécessaire avec l'hospitalisation à domicile. Ce sont notamment :

- **Les médecins, notamment les médecins traitants, et les spécialistes libéraux qui prennent habituellement en charge les résidents**
- **Les infirmiers libéraux**, en appui, en complément ou en substitution des professionnels de l'établissement, pour assurer la continuité des soins ou intervenir en cas d'urgence. Ces interventions doivent être facilitées et préparées par la mise à disposition des dossiers de liaison d'urgence, complétés par des protocoles de prise en charge, notamment pour les soins palliatifs, adaptés à la typologie des résidents et aux moyens accessibles dans l'établissement et par la possibilité de joindre en cas de besoin un médecin de l'établissement ou d'une astreinte régionale ou territoriale (cf. infra).
- **Les masseurs kinésithérapeutes et autres professionnels de la rééducation, comme par exemple les orthophonistes.**

1.5.7 Le partenariat avec les URPS Médecins¹⁴ et infirmiers libéraux

Un partenariat conclu entre l'ARS et les URPS médecins et infirmiers libéraux permet, avec un financement de l'ARS et de l'Assurance maladie de renforcer les équipes des ESMS par des médecins et des infirmiers libéraux.

Ces renforts par des médecins et des IDE sont mobilisables, selon le partenariat établi avec les URPS respectifs et sont financés par l'ARS et l'assurance maladie.

Les médecins et IDE venant en renfort de l'EHPAD devront avoir accès (en lecture et en écriture) aux données du dossier médical et infirmier du résident. Dans ce cadre exceptionnel, le médecin coordonnateur doit organiser ces interventions et les rendre matériellement possibles (codes informatiques, accès aux médicaments...).

¹³ Cf. supra, note 1 page 1.

¹⁴ Voir <https://www.urps-med-idf.org/coronavirus-6-avril/>

1.5.8 Les services intervenant à domicile

Les services intervenant à domicile, services infirmiers et services d'aide¹⁵, interviennent en complémentarité des équipes d'HAD et des professionnels libéraux. Ils sont appuyés par les réseaux de soins palliatifs ou les équipes mobiles de soins palliatifs.

En période épidémique une partie de l'activité des SAMSAH et SESSAD est amputée par le confinement mais ils peuvent continuer certaines prestations, qui s'ajoutent à celles d'autres services spécialisés pour la prise en charge à domicile des patients en fin de vie.

1.5.9 Le soutien (autant que possible) de l'organisme gestionnaire (OG)

En principe l'organisme gestionnaire doit pouvoir proposer aux établissements de gérer une aide matérielle et humaine pouvant compenser ou corriger un manque de moyens internes de l'établissement. Outre cette aide, il doit contrôler les conditions de fonctionnement et le bon fonctionnement de l'établissement pour garantir aux usagers la qualité et la sécurité des prises en charge et aux personnels une qualité de vie au travail suffisante pour leur permettre de prendre réellement soin des résidents.

Il est également attendu des principaux OG franciliens d'établissements médicosociaux pour personnes âgées ou pour personnes handicapées ou pour personnes à difficultés spécifiques qu'ils soient à même de pallier une absence temporaire de médecin coordonnateur, ou d'infirmière coordinatrice, et d'organiser une astreinte mutualisée entre les établissements du territoire afin d'offrir une réponse médicale ou infirmière, au moins par téléphone, 7 jours sur 7 et 24 h sur 24.

Autre exemple, il est attendu des principaux OG qu'ils aident leurs établissements à adopter des protocoles de soins, notamment palliatifs, en proposant des schémas faciles à décliner et adapter dans les établissements du groupe, en cohérence avec les recommandations des sociétés savantes et des équipes territoriales de soins palliatifs et de gériatrie.

2 Ce qui doit être mis en œuvre

2.1 En amont de la phase terminale de la fin de vie

2.1.1 La préparation de l'établissement

- La première question à régler ici est d'anticiper la phase terminale pour chacun des résidents concernés et de dire si elle devrait en principe et sauf imprévu se dérouler dans l'établissement, ou si le patient va devoir être hospitalisé (et dans quel service, pour privilégier une hospitalisation directe évitant le passage aux urgences...) ou encore si le patient peut retourner mourir en famille. Dans ce cas, il importe d'anticiper la prise en charge palliative qui sera nécessaire pour éviter de mettre les proches dans l'embarras.

¹⁵ SAMSAH : Ces Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés permettent à des personnes handicapées de vivre en milieu ordinaire. Les SAMSAH leur proposent une aide pour les tâches et actes essentiels de la vie quotidienne (ménage, entretien du linge, préparation des repas, courses, et éventuellement l'aide à la toilette, assurés par des professionnels qualifiés telles que les auxiliaires de vie) et des activités sociales diverses pour sortir de leur isolement.

SESSAD : Ces services d'éducation spéciale et de soins à domicile, constitués d'équipes pluridisciplinaires, dispensent un accompagnement sur les lieux de vie, qui concerne en particulier la scolarisation d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire. L'accompagnement du SESSAD peut comprendre des actes médicaux spécialisés et des rééducations (kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie).

Si le patient reste au sein de l'établissement, il convient également d'anticiper la mobilisation qui sera nécessaire d'une éventuelle HAD, ou d'infirmiers libéraux, etc...Les différentes astreintes (gériatrique et soins palliatifs) décrites dans ce document peuvent y contribuer.

- La deuxième partie de l'anticipation consiste à s'assurer que l'établissement disposera bien, le moment venu, des protocoles nécessaires de prise en charge, et de quantités suffisantes des produits de santé (notamment médicaments et dispositifs médicaux, DM voir annexe V) au regard du nombre de résidents pouvant nécessiter simultanément une prise en charge palliative : oxygène prêt à l'emploi (plusieurs obus), avec les masques et autres DM.

Il ne faut pas, ici, sous-estimer l'importance de vérifier l'existence d'une "*dotation pour soins urgents*" dont le contenu et les dates de péremption sont régulièrement vérifiés, avec une traçabilité en attestant.

Ces protocoles de soins palliatifs doivent être préparés en concertation avec la filière gériatrique territoriale et avec les professionnels de soins palliatifs (réseaux et équipes mobiles).

- La troisième partie de l'anticipation concerne l'aide psychologique et le soutien aux proches, élément clé pour conserver la confiance des familles et éviter les conflits ultérieurs. L'annexe III propose quelques éléments de langage pour faciliter les échanges sur quelques sujets délicats.

Certaines organisations de bénévoles peuvent rester précieuses dans ce domaine, lorsqu'elles proposent des interventions à distance, puisque les bénévoles ne sont temporairement plus admis en phase épidémique dans les établissements.

En revanche, certaines prestations qui se maintiennent en ville nécessitent que les bénévoles puissent bénéficier des équipements de protection nécessaires, notamment les masques chirurgicaux, et respectent les règles d'hygiène et de prévention de l'extension de l'épidémie.

2.1.2 La préparation du résident (chaque fois que possible)

La vérification avec le résident, sa personne de confiance et ses proches de l'actualisation des directives anticipées est particulièrement importante dans la situation d'état d'urgence sanitaire où les mesures de confinement réduisent la possibilité de visites des proches et les rencontres entre la famille et les personnels de l'établissement.

Ces échanges et une éventuelle décision anticipée de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) doivent être soigneusement tracés dans le dossier individuel du résident (dossier médical, dossier infirmier, dossier administratif) de manière à figurer aussi dans le DLU, afin d'être disponibles en cas d'intervention extérieure.

À noter que lorsque le résident et/ou ses proches ne parlent pas le français l'établissement doit tenter d'organiser, avec l'aide des proches lorsque cela est possible, la mise en relation, de préférence à distance, avec un interprète, un médiateur interculturel...

Il est également important de rendre possible la mise en contact avec un représentant du culte, lorsque cela est souhaité, par exemple par l'intermédiaire d'une tablette ou smartphone. Les visites dans l'établissement sont interdites.

L'accompagnement et la préparation du résident à sa fin de vie nécessitent de l'empathie, du temps, une écoute et une sérénité parfois délicates à conserver dans un service sous tension du fait de la crise épidémique et des mesures de confinement. Les soignants, souvent épuisés physiquement et moralement, souffrent eux aussi de cette situation de fin de vie et doivent être incités à recourir autant que de besoin aux dispositifs d'assistances disponibles¹⁶, éventuellement localement (psychologues) ou à distance :

- **Association SPS¹⁷** : une écoute téléphonique par des psychologues avec réorientation via le numéro vert SPS 0 805 23 23 36 ou l'application mobile Asso SPS 24h/24, 7j/7 et des (télé) consultations de psychologues, médecins généralistes et psychiatres via le réseau national du risque psychosocial. Les coordonnées des professionnels assurant ce soutien sont accessibles sur le site de l'association : <https://www.asso-sps.fr/>
- **Cellule d'Urgence Médico-Psychologique de Paris (CUMP)**: 01 42 34 78 78, du lundi au vendredi de 9 h30 à 18 h.

2.1.3 Préparation des proches et de la famille¹⁸

La préparation et le dialogue avec les familles est à renforcer en utilisant les moyens de communication les plus appropriés, par exemple un envoi de photo, les smartphones ou les tablettes en cours de déploiement dans les établissements, pour pallier la limitation drastique des visites et des réunions dans l'établissement. Ils doivent être prévenus des mesures prises pour préparer une évolution défavorable, prévisible ou non, et l'établissement doit s'assurer qu'ils pourront être joints en dépit du confinement et de l'état d'urgence sanitaire.

2.2 A la phase terminale de la fin de vie

2.2.1 Application des protocoles de soins palliatifs

En cas de nécessité de personnel supplémentaire (médical, infirmier...), l'astreinte gériatrique aide les établissements prenant en charge des personnes âgées à s'orienter vers l'HAD, les infirmiers libéraux, etc.

Il est à noter que les professionnels doivent se donner la possibilité de revoir - de manière concertée - le protocole de soins palliatifs prévu, en fonction de l'évolution clinique des résidents/usagers. Un retour à une prise en charge à visée curative, en cas d'amélioration clinique doit pouvoir être envisagé, même pour une période temporaire en fin de vie.

Pour l'application des protocoles de soins palliatifs (cf. annexe V), décidés en concertation avec les médecins de l'astreinte de soins palliatifs et/ou des médecins de l'astreinte de gériatrie, les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé pourront rétrocéder des produits à usage hospitalier pour des patients pris en charge en ESMS¹⁹.

¹⁶ Cf. la doctrine régionale n° 34 sur les actions en faveur de la santé mentale

¹⁷ <https://www.asso-sps.fr/covid19>

¹⁸ Cf. notamment l'étude de l'espace éthique

<https://www.espace-ethique.org/ressources/groupe-de-travail/covid-19-autour-des-fins-de-vie-de-la-mort-et-du-funeraire>

Cf. aussi le document de la SFAP proposant des éléments de langage pour échanger avec les patients et leurs proches : <http://www.sfap.org/document/communication>

¹⁹ Ce mécanisme de rétrocession s'applique principalement aux molécules disponibles exclusivement en pharmacies hospitalières mentionnées en annexe V.

Cette rétrocession ne peut intervenir qu'à la condition stricte de la présentation d'une ordonnance individuelle faisant explicitement mention de la concertation préalable qui a eu lieu avec l'astreinte gériatrique et ou de soins palliatifs, avec les noms des médecins consultés.

2.2.2 Accompagnement du résident

Une attention particulière sera apportée au confort de la personne (installation dans le lit, environnement et ambiance doux selon les souhaits de la personne).

2.2.3 Information des proches et de la famille, ainsi que du tuteur

L'établissement doit informer régulièrement la personne de confiance ou la personne référente de l'état de santé du patient et du résident.

En phase terminale, un proche peut être admis auprès du patient (une seule personne à la fois) en respectant les règles d'hygiène et de prévention du Covid-19.

Un soutien psychologique²⁰ est organisé par l'ARS IdF à l'intention des familles endeuillées au numéro de téléphone 01 48 95 59 40, du lundi au vendredi de 10 à 17 h.

2.3 Après le décès²¹

(pour rappel, car hors sujet de la présente doctrine)

- Informer du décès les proches et leur proposer une aide pour le choix de l'opérateur de pompes funèbres, en leur indiquant comment les choses vont se passer pour la prise en charge du corps et pour la libération de la chambre du défunt ;
- Faire établir le certificat de décès et si nécessaire faire retirer les prothèses fonctionnant à l'aide d'une pile ;
- Mettre le corps sous housse, puis en bière, dès que possible.

Remarque : La mise en bière "*immédiate*" est obligatoire seulement pour les défunts atteints du Covid-19. Pour les autres défunts, les délais habituels de droit commun continuent à s'appliquer, sous la contrainte cependant de la disponibilité des opérateurs de pompes funèbres (voir aussi l'annexe VII).

3 Les mesures d'aides nouvelles pour tous types d'établissements ESMS

3.1 Téléconsultations et télé-expertises²²

Dans le cadre du plan de réponse à l'épidémie de Covid-19, l'accès à la télé-médecine est simplifié et généralisé et permet, notamment aux ESMS, de bénéficier de téléconsultations et de télé-expertises, parmi lesquelles :

- le SAMU - Centre 15 ;
- L'astreinte de gériatrie territoriale diurne et nocturne pour les personnes âgées, (voir ci-dessous au paragraphe 4.1) ;
- Le médecin traitant.

²⁰ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/covid-soutien-familles-deuil-idf.pdf>

²¹ Voir aussi la doctrine régionale francilienne n°45 relative à la prise en charge sanitaire du corps des défunts en ESMS

²² Voir sur ce point la doctrine francilienne n°16 décrivant les dispositions et les outils pour la télésanté en période épidémique.

Pour faciliter les échanges et partages d'information entre ces acteurs, l'ARS IdF, en lien avec le GCS Sesan, met notamment à disposition deux outils numériques ORTIF et FILGERIA :

- ORTIF (Outil Régional de Télé médecine d'Ile de France) permet aux médecins de réaliser des consultations à distance avec les patients, en application du décret n°2020-227 du 9 mars 2020.
- FILGERIA facilite le partage d'information entre le médecin de l'EHPAD, l'astreinte gériatrique territoriale, le SAMU et la garde de nuit régionale. Cet outil est destiné aux astreintes gériatriques. À chaque appel, l'astreinte renseigne une fiche de liaison pour le résident de l'EHPAD, ce qui permet d'assurer la continuité des transmissions entre l'établissement et ces différents acteurs 24 h/24.

3.2 Outils numériques

Les outils numériques (tablettes, visioconférences) peuvent aider en diverses circonstances, notamment pour rétablir les liens brisés par le confinement.

3.3 Renforts en ressources humaines

Les établissements confrontés à des besoins de renforts en RH peuvent désormais les préciser dans l'enquête en ligne qu'ils remplissent régulièrement (nombre, types de personnels). Ces éléments ainsi que ceux recueillis par les DD lors de leurs appels réguliers aux établissements, sont exploités notamment pour prioriser l'affectation par les DD de renforts et en particulier de soignants volontaires mobilisés par la cellule régionale *Renforts Soignants* à partir de différentes sources (réserve sanitaire, Symbiose, renforts-covid, professionnels de santé de différentes administrations...).

Par ailleurs les établissements peuvent directement déposer leurs demandes sur plusieurs plateformes :

- www.soignereniledefrance.fr , en lien avec l'URPS médecins ;
- www.inzee.care , pour les infirmiers ;
- www.renforts-covid.fr , exploitée par ailleurs par la *Cellule Renforts soignants* de l'ARS.

4 Les mesures d'aides spécifiques à certains établissements

4.1 L'astreinte gériatrique territoriale pour les structures hébergeant des personnes âgées

Pour faciliter les décisions urgentes ou difficiles de résidents en fin de vie, médecins et infirmiers peuvent recourir à l'astreinte téléphonique territoriale de gériatrie, disponible *de jour 7 j / 7* de 8 h à 19 h. Pour les situations les plus complexes, et pour décider de soins palliatifs, elles peuvent mobiliser les équipes de soins palliatifs. Cette astreinte gériatrique a pour missions :

- De fournir des conseils individuels, téléphoniques ou par les outils de télé médecine, pour accompagner la prise en charge des personnes âgées ;
- d'aider à anticiper les procédures et les protocoles ultérieurement nécessaires ;
- de participer aux décisions collégiales ;
- d'orienter, le cas échéant et si nécessaire, vers une unité de soins palliatifs ;

- de solliciter une HAD ;
- d'assurer le lien entre avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants en cas de prescription à un résident en EHPAD ;

Une astreinte téléphonique régionale *de nuit*, disponible de 19 h à 9 h toute la semaine, week-end inclus, est accessible par le SAMU au numéro unique régional (01 71 18 40 84) pour assurer la continuité des astreintes quotidiennes territoriales. Ses missions sont identiques à celles de l'astreinte de jour.

Les astreintes de nuit et de jour tracent leurs informations et préconisations dans l'outil FILGERIA pour assurer une continuité entre elles et avec les soignants des EHPAD.

L'établissement porteur de l'astreinte aura désigné un référent médical chargé de l'organisation de cette astreinte. Ce référent complète des fiches de territoires recensant toutes les expertises, dont celles des équipes mobiles de soins palliatifs, des réseaux de santé territoriaux et l'astreinte gériatrique territoriale.

Il se fera connaître de l'astreinte départementale de soins palliatifs et réciproquement pour que les dispositifs se complètent et notamment pour repérer les acteurs qui peuvent se déplacer en EHPAD pour assurer la délivrance de soins palliatifs.

4.2 L'astreinte neurologique régionale NeuroCovid²³

pour les structures hébergeant des personnes handicapées avec une pathologie neurologique

Les ESMS handicap pourront s'appuyer, en urgence ou hors urgence, sur l'expertise neurologique de la plateforme NeuroCovid mise en place par la collégiale des neurologues franciliens.

Elle pourra être sollicitée par les professionnels des ESMS²⁴ (médecins ou IDE), par les SAMU, et participer à la décision d'hospitalisation et/ou de gestion de fin de vie des usagers. À cet effet il sera possible d'organiser avec les acteurs concernés par la fin de vie d'un usager donné une téléconférence (afin d'orienter le lieu de fin de vie et le protocole retenu).

²³https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-03/024_ARSIIdF-CRAPS_2020-03-24_Doctrine_ESMS-Handicap.pdf

²⁴ Cf. le site internet de la plateforme NeuroCovid : <https://www.ghu-paris.fr/fr/neurocovid-une-plateforme-de-teleexpertise-neurologique-dediee-aux-medecins-hospitaliers-animee-par>
les demandes et questions peuvent être adressées via la page interne suivante : <https://app.omnidoc.fr/group/803b2f15-714c-4108-99a3-a4c42834a3ef>

5 ANNEXES

I. Fiches de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) sur la prise en charge des détresses respiratoires asphyxiques du Covid-19 (extrait)

Document SFAP complet téléchargeable à l'adresse URL suivante :

http://www.sfap.org/system/files/propositions_therapeutiques_dyspnee_asphyxie_covid.pdf

II. Note de la SFAP sur l'adaptation de l'organisation des soins palliatifs à l'épidémie de Covid-19

Document SFAP téléchargeable à l'adresse URL suivante :

http://www.sfap.org/system/files/note_adaptation_des_soins_palliatifs_a_lepidemie_covid_19_vf.pdf

III. Communiquer de façon effective et empathique malgré la situation de crise et les décisions difficiles.

Document SFAP téléchargeable à l'adresse URL suivante :

http://www.sfap.org/system/files/vitaltalk_covid19_french_yb_final.pdf

IV. Fiche conseils soins palliatifs (SFAP) (extrait)

Document SFAP complet téléchargeable à l'adresse URL suivante :

http://www.sfap.org/system/files/fiches_hopitaux_covid19-v31mars2020.pdf

V. Fiche APHP et ARS IdF sur le Soutien psychologique en Île-de-France aux familles et proches endeuillés par le COVID-19

Document APHP et ARS IdF téléchargeable à l'adresse URL suivante :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/covid-soutien-familles-deuil-idf.pdf>

VI. Recommandation pour l'approvisionnement en médicaments

VII. Funérailles et Covid-19 : ce qu'il faut savoir. Mémo à l'attention des directeurs d'établissements

VIII. Numéros de téléphone des astreintes gériatriques territoriales

Annexe I : Prise en charge des détresses respiratoires asphyxiques du Covid-19 (SFAP) (extrait)

FICHE CONSEIL-URGENCE SANITAIRE PATIENTS COVID+

PRISE EN CHARGE DES DETRESSES RESPIRATOIRES ASPHYXIQUES

A DOMICILE OU EN EHPAD

ETAPE 1 : ANTICIPER L'AGGRAVATION EVENTUELLE DE L'ETAT RESPIRATOIRE

Patient pour lequel il a été statué qu'une prise en charge en USI ou réanimation ne serait pas entreprise

Patient présentant des **facteurs de risque de forme sévère** (cancer, pathologie chronique sous-jacente, insuffisance cardiaque ou rénale...)

Autres signes de gravité clinique (troubles de la vigilance, fièvre très élevée...)



REPERER les premiers signes de DYSPNEE: (Covid 19 :Risque de dégradation rapide de l'état respiratoire)

Gêne respiratoire rapportée par le patient, évaluée sur une échelle de 0 (*je respire normalement*) à 10 (*j'ai une gêne maximale*) ou par une échelle verbale simple (gêne respiratoire absente/ légère / modérée / sévère / très sévère)

Patient non communiquant: **FR>24/min** ou **utilisation des muscles respiratoires accessoires** (élévation de la clavicule durant l'inspiration) ou **respiration paradoxale** (dépression abdominale durant l'inspiration)

ANTICIPER

ANTICIPER UNE AGGRAVATION EVENTUELLE

1- PREPARER LE MATERIEL

- Oxygène prêt à l'emploi si possible (HAD, prestataires privés)
- Disponibilité des médicaments (et des soignants en cas de prise en charge à domicile)
- Matériel de protection des soignants

2- REDIGER DES PRESCRIPTIONS ANTICIPEES QUI AUTORISENT L'INFIRMIERE A DEBUTER L'ADMINISTRATION SI AGGRAVATION .

3- PREPARER LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

nécessaires à la réalisation de la sédation, dans le poste de soin.
En cas de nécessité préparer les seringues à l'avance et les conserver dans la chambre du patient.
Il faut alors étiqueter la seringue avec le nom du patient + le contenu de la seringue + la date et l'heure de préparation + le nom du préparateur

DANS TOUS LES CAS : Se renseigner sur les organisations et ressources en soins palliatifs mises à disposition sur son territoire de santé

AVEC LE PATIENT

1- EVALUER LES SYMPTOMES :

dyspnée, encombrement, angoisse, douleur.

2- INFORMER LE PATIENT

s'il est communiquant et de façon adaptée sur la possibilité du recours à une sédation en cas de détresse respiratoire asphyxique.
Rechercher son consentement si possible et **informer la personne de confiance** ou les proches.

3- RECHERCHER D'EVENTUELLES DIRECTIVES ANTICIPEES

4- PLACER UNE VOIE VEINEUSE SI POSSIBLE. UN CATHETER SC PEUT RESTER EN PLACE JUSQU'A 5 JOURS

5- TRACER LES INFORMATIONS

dans le dossier médical et noter la prescription anticipée dans l'observation médicale et dans les transmissions soignantes

**FICHE CONSEIL-URGENCE SANITAIRE
PATIENTS COVID+**

PRISE EN CHARGE DES DETRESSES RESPIRATOIRES ASPHYXIQUES

A DOMICILE OU EN EHPAD

ETAPE 2 : Face à une détresse respiratoire, endormir rapidement le patient pour lui éviter une sensation d'étouffement

REPERER la DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE:

PATIENT COMMUNIQUANT :

sensation d'étouffement avec angoisse massive/agitation et sensation de mort imminente

PATIENT NON COMMUNIQUANT :

FR > 30/min, agitation, utilisation des muscles respiratoires accessoires (élévation de la clavicule durant l'inspiration), respiration paradoxale (dépression abdominale durant l'inspiration), battement des ailes du nez, râles de fin d'expiration, faciès de peur.



PRINCIPES DE TRAITEMENT

Associer morphinique et benzodiazépine

Indication morphiniques : Ils atténuent la sensation de dyspnée.

Indication benzodiazépines : pour sédaté (endormir) le patient

Traiter l'encombrement bronchique par des anti-sécrétoires

Traiter la fièvre

Surveiller le risque de rétention aigüe d'urine

Effectuer des soins de bouche réguliers

RECOMMANDATIONS PERSONNEL SOIGNANT

Faire appel à un autre soignant si possible si le soignant est seul (n'entre pas dans la chambre en l'absence de nécessité mais peut aller chercher les traitements et matériel nécessaire).

Rester calme ou arriver calme (y penser avant d'entrer dans la chambre).

Avertir le médecin si possible

Expliquer simplement la situation au patient, ce que l'on fait, ce que l'on va faire.

Injecter le protocole de sédation prévu

Aérer la pièce, ouvrir la fenêtre, si un ventilateur est disponible, le mettre en route (air froid sur le visage).

Veiller au confort vestimentaire du malade

Avoir une lumière non agressive.

Mettre la personne en position assise ou demi assise dans le lit (remonter la tête)

Rester dans une atmosphère plutôt silencieuse, sans agitation. Musique douce possible.

Après l'épisode, prendre un temps avec la famille et les soignants.

Annexe II : Note de la SFAP sur l'adaptation de l'organisation des soins palliatifs à l'épidémie de Covid-19



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)

- Suspender 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)

Eléments 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, télé médecine, 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 mobiles 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

Annexe III : Communiquer de façon effective et empathique malgré la situation de crise et les décisions difficiles.

COVID-19: Communiquer de façon effective et empathique malgré la situation de crise et les décisions difficiles

Dépistage: quand une personne craint d'être infectée.

<i>Ce qu'ils disent</i>	<i>Ce que vous pourriez dire.</i>
Pourquoi on ne teste pas tout le monde?	Nous n'avons pas assez de tests de dépistage. J'aurais aimé que ce soit différent.
Pourquoi les tests prennent si longtemps?	<i>Le laboratoire est en train de les faire aussi vite que possible. Je sais que c'est difficile d'attendre.</i>
Pourquoi les sportifs ont-ils été testés?	<i>Je ne connais pas les détails, mais ce que je peux vous dire c'est que c'était à un autre moment de la pandémie. La situation change tellement vite que ce que nous faisons la semaine passée n'est plus ce que nous faisons aujourd'hui.</i>

Triage: lorsqu'il faut décider où envoyer le patient.

<i>Ce qu'ils disent</i>	<i>Ce que vous pourriez dire.</i>
Pourquoi ne devrais-je pas aller directement à l'hôpital?	Notre priorité est votre sécurité. Nous tentons d'organiser les admissions. SVP, répondez aux questions en ligne. Vous pouvez aider à accélérer le processus pour vous-même et tout le monde en répondant à ces questions.
Pourquoi est-ce que vous m'empêchez d'aller à l'hôpital?	Je peux imaginer combien vous êtes inquiets et aussi que vous voulez les meilleurs soins possibles. Pour le moment l'hôpital est devenu un endroit risqué sauf si vous en avez vraiment besoin. La chose la plus prudente pour vous est de _____.

Admission: lorsque votre patient doit être admis à l'hôpital ou aux soins intensifs.

<i>Ce qu'ils disent</i>	<i>Ce que vous pourriez dire.</i>
Est-ce que cela veut dire que j'ai le COVID19?	Nous allons devoir vous tester avec un écouvillon nasal, et nous saurons d'ici demain. C'est normal d'être stressé quand on attend un résultat de test. Faites ce qui vous aide à garder votre calme.
Est-ce grave?	D'après les informations dont je dispose ainsi que mon examen, votre situation est suffisamment sérieuse pour que vous deviez rester à l'hôpital. Nous en saurons plus demain et vous tiendrons informé.
Est-ce que mon grand-père va s'en sortir?	Je vois que vous êtes inquiets. Voici ce que je peux dire: étant donné ses 90 ans et les autres maladies qui le fragilisent, il est possible qu'il ne survive pas à l'infection. Mais honnêtement, il est trop tôt pour se prononcer de façon certaine.

Êtes-vous en train de dire que personne peut me rendre visite?	Je sais que c'est difficile de ne pas avoir de visiteurs. Le risque de disséminer le virus est tellement élevé que malheureusement, je ne peux autoriser de visiteurs. Le danger pour eux serait encore plus grand s'ils venaient vous voir à l'hôpital. J'aurais vraiment souhaité que les choses soient différentes.
Comment pouvez-vous m'empêcher de rendre visite à mon [proche] ?	Le risque de disséminer la maladie est tellement élevé que malheureusement nous ne pouvons autoriser les visites. Nous pouvons vous aider à rester en contact de façon électronique. J'aurais souhaité que vous puissiez lui rendre visite, je sais que c'est important, mais ce n'est pas possible actuellement.

Soutien: lorsqu'il y a besoin d'un coup de pouce pour faire face ou que les émotions s'emballent

Ce qu'ils disent	Ce que vous pourriez dire.
J'ai peur.	C'est une situation tellement difficile. Je pense que tout le monde aurait peur. Pouvez-vous m'en dire plus?
J'ai besoin d'espoir.	Dites-moi que ce que vous espérez? J'aimerais mieux comprendre .
Vous êtes incompetents!	Je peux comprendre que vous ne soyez pas content de la situation. Je voudrais faire tout mon possible pour améliorer les choses pour vous. Que pourrais-je faire pour vous aider?
Je veux parler avec votre supérieur.	Je peux voir et comprendre que vous n'êtes pas contents. Je vais demander à mon supérieur de venir vous voir dès que possible. Il faut comprendre qu'ils sont en train de gérer plusieurs crises en ce moment.
Dois-je faire mes adieux?	J'espère que cela ne sera pas le cas, et en même temps je crains en effet que le temps puisse être compté. Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus maintenant?

Décisions: Lorsque les choses vont mal, niveaux de soins, objectifs de soins.

Ce qu'ils disent	Ce que vous pourriez dire.
Je veux que tout soit fait. Je veux vivre.	Nous faisons tout ce que nous pouvons. Nous vivons une situation difficile. Pourrions-nous prendre un moment pour que j'apprenne à mieux vous connaître? Que dois-je savoir à propos de vous pour vous soigner au mieux?
Je ne pense pas que [ma grand-mère/mon grand-père] aurait voulu cela.	OK, prenons un moment pour parler de ce qu'il/elle aurait voulu. Pourriez-vous me dire ce qu'il/elle considérait comme étant le plus important dans la vie. Qu'est-ce qui avait le plus de valeur pour lui/elle, qu'est-ce qui donnait un sens à sa vie?
Je ne veux pas être un légume. Je ne veux pas être branché à une machine.	Merci, c'est très important pour moi de savoir ça. Pourriez-vous m'en dire plus sur ce que cela signifie pour vous?

Je ne suis pas sûr de ce que [ma grand-mère /mon grand-père] aurait voulu, nous n'en avons jamais parlé.	Vous savez, nombreuses sont les personnes à se retrouver dans cette situation. C'est une situations vraiment difficile. Pour être honnête, compte tenu de son état general actuel, si nous devons avoir recours à un ventilateur ou le réanimer, il ne survivrait pas. Les chances sont malheureusement contre lui. Je pense que nous devons accepter qu'il ne vivra plus très longtemps et je préconise que nous lui permettions de mourir aussi paisiblement que possible. Je sais que cela est difficile à entendre. [Pause] Qu'en pensez-vous?
--	---

Limitation des ressources: lorsque la limitation des ressources vous force à prendre des choix difficiles.

<i>Ce qu'ils disent</i>	<i>Ce que vous pourriez dire et pourquoi</i>
Pourquoi [ma grand-mère/mon grand-père/proche] ne peut pas être admis aux soins intensifs?	<i>Ceci est une situation sans précédent. Nous tentons d'utiliser les ressources de la façon la plus équitable pour tous.</i> <i>Aujourd'hui, la situation de votre [grand-mère/grand-père/proche] ne remplit pas les critères pour être admis aux soins intensifs. J'aurais espéré que la situation soit différente.</i>
Ne devrais-je pas être admis aux soins intensifs?	Votre situation ne remplit pas les critères d'admission aux soins intensifs actuellement. L'hôpital utilise des règles spécifiques pour l'admission aux soins intensifs car nous essayons d'utiliser nos ressources de la façon la plus équitable pour tous. Si nous étions un an en arrière, la décision aurait pu être différente. Nous vivons une situation sans précédent. J'aurais espéré avoir plus de ressources, mais ce n'est pas le cas.
[Ma grand-mère/mon grand-père/proche] a besoin des soins intensifs, sinon elle va mourir!	Je sais que cette situation fait peur et je suis moi-même inquiet pour votre [grand-mère/grand-père/proche]. Ce virus est tellement mortel que même si on pouvait transférer votre [grand-mère/grand-père/proche] aux soins intensifs, je ne suis pas sûr qu'elle/il survivrait. Nous devons donc nous préparer à ce qu'il/elle puisse mourir. Nous allons faire tout ce que nous pouvons pour elle/lui.
Êtes-vous en train de discriminer tout simplement à cause de son âge?	Non. Nous utilisons des recommandations développées par des experts dans notre société (médecins, infirmières, cliniciens, décideurs et patients) pour se préparer à des événements graves comme ceux-ci et ne discriminer personne. Ces recommandations ont été développées sur plusieurs années et n'ont pas été faites hier. Je sais que c'est dur à entendre.
Vous nous traitez différemment à cause de la couleur de notre peau.	<i>Je peux m'imaginer que vous avez eu des expériences négatives avec le système de santé dans le passé simplement à cause de qui vous êtes.</i> <i>Ce n'est pas juste et j'aurais souhaité que les choses aient été différentes. La situation aujourd'hui est que nos ressources</i>

	<i>médicales sont tellement limitées que nous devons utiliser des critères développées par des experts de la société, incluant des personnes représentant les minorités visibles, pour être juste et équitable avec tous. Ces recommandations ne traitent pas les patients selon leur race ou la couleur de leur peau. Je ne veux pas non plus traiter les patients selon la couleur de leur peau.</i>
On dirait que vous rationnez?	Ce que nous faisons, c'est essayer d'utiliser nos ressources de la meilleure façon possible. C'est un moment où j'aurais voulu avoir plus pour chaque patient admis à l'hôpital.
Vous jouez à Dieu, vous ne pouvez pas faire cela.	Je suis désolé. Je ne voulais pas vous laisser cette impression. Je ne suis qu'un clinicien qui fait de son mieux. À travers le pays, chaque hôpital travaille ensemble pour essayer d'utiliser les ressources de la façon la plus équitable pour tous. Je me rends compte que nous n'avons pas assez de ressources. J'aurais souhaité en avoir plus. Je vous en prie, essayez de comprendre que nous travaillons tous du mieux que nous le pouvons.
Pourquoi ne pouvez-vous pas obtenir 15 ventilateurs de plus d'ailleurs?	À l'heure actuelle, l'hôpital travaille au-delà de ses capacités. Ce n'est pas possible d'augmenter notre capacité comme cela du jour au lendemain. Je réalise aussi que c'est décevant à entendre.

Anticipation: vous vous inquiétez de ce qui pourrait arriver

Ce que vous craignez	Ce que vous pouvez faire
Le fils de ce patient va se mettre très en colère.	Avant d'aller dans sa chambre, prenez un moment pour respirer profondément. Quelle est la cause de cette colère? Amour, responsabilité, crainte?
Je ne sais pas comment dire à cette grand-mère adorable que je ne peux pas l'admettre aux soins intensifs et qu'elle va mourir.	Rappelez-vous ce que vous pouvez faire: vous pouvez écouter ce qui la préoccupe, vous pouvez expliquer ce qui se passe, vous pouvez l'aider à se préparer, vous pouvez être présent. Ces choses sont précieuses.
J'ai travaillé toute la journée avec des personnes infectées et j'ai peur d'infecter mes proches.	Parlez leur de ce qui vous inquiète. Vous pouvez décider ensemble de ce qui convient le mieux. Il n'y a pas de réponse simple, mais vos inquiétudes sont plus faciles à gérer quand vous les partagez avec autrui.
Je m'inquiète de m'épuiser, et de perdre mon empathie.	Pouvez-vous trouver des moments dans votre journée où vous connectez avec quelqu'un, partagez quelque chose, appréciez quelque chose? Il est possible de trouver des instants de paix au milieu de la tempête.
Je m'inquiète d'être dépassé et de ne pas être capable de	Vérifiez votre propre état intérieur, même si vous n'avez qu'un petit moment. Si un extrême est d'être anéanti, et l'autre se sentir fort, où est-ce que je me situe actuellement?

faire ce qui est le mieux pour mes patients.	Rappelez-vous que quelque soit votre état intérieur, ce que vous ressentez fait partie de la nature humaine. Pouvez-vous l'accepter, ne pas le repousser, puis décider de ce dont vous avez besoin?
--	---

Deuil: lorsque vous avez perdu quelqu'un

Ce que je pense	Ce que je peux faire
J'aurais dû être capable de sauver cette personne.	Note: suis-je en train de me juger, de m'évaluer? Puis-je faire une pause et simplement éprouver ce que je ressens? Peut-être est-ce de la tristesse, ou de la frustration, ou juste de la fatigue. Ces émotions sont normales. Et ce que nous vivons ne l'est pas.
Ce n'est pas possible, je ne peux pas croire que nous n'avons pas le bon équipement/à quel point cette personne a été méchante avec moi/à quel point tout ce que je fais semble échouer!	Note: est-ce que je catastrophise? Est-ce que tous ces jugements ne sont pas en fait liés à autre chose? Comme par exemple à quel point la situation est triste, à quel point je me sens impuissant, ou à quel point nos efforts paraissent piteux par rapport à la situation. Dans les conditions actuelles, ce genre de ressenti est normal et attendu. Mais nous n'avons pas à les laisser prendre le dessus. Pouvons-nous les reconnaître, les éprouver, et peut-être les partager? Et puis, demandez-vous: puis-je me mettre dans un état d'esprit moins réactif, plus équilibré, tout en avançant vers la prochaine étape?

Version originale:

https://docs.google.com/document/d/1gibA_5bFuwZuFLcYoz3kTPcluseZNYsB/edit#heading=h.gidgxs

Référence : <https://www.vitaltalk.org/>

Traduction et adaptation : Patrick Archambault – Yvan Beussant

Annexe IV – fiches conseil soins palliatifs (SFAP) – extrait



Les éléments qui suivent sont des suggestions sur lesquelles vous pouvez vous appuyer. Chaque équipe peut bien sûr élaborer ses propres solutions et chacun doit utiliser les mots qui lui semblent les mieux adaptés. Il est important de dire des mots « vrais » et non des mots « appris ».

Il est important de ne pas mentir, mais tout ne peut pas toujours être dit...

Je suis le Dr X

Comme vous le savez, vous êtes [probablement] atteint par le Coronavirus.

Vous présentez des facteurs de risque et votre situation nous inquiète. Nous avons réfléchi avec plusieurs médecins et il nous semble qu'un transfert en réanimation ne serait pas adapté pour vous. Mais il faut garder espoir et nous restons bien sûr présents à vos côtés. Si vous présentez des symptômes d'inconfort, et notamment des difficultés à respirer, notre équipe mettra tout en œuvre pour les faire disparaître. **Nous savons le faire, et nous mettrons toute notre compétence en œuvre pour vous soulager quel qu'il arrive, c'est notre rôle.**

Si nous y étions obligés pour vous soulager, nous pourrions aller jusqu'à vous faire dormir suffisamment pour que vous ne ressentiez plus aucune gêne (sauf si vous nous dites que vous refusez d'être endormi si le besoin s'en faisait sentir).

Nous sommes dans une situation critique mais **nous vous garantissons que tout sera fait pour vous, quel qu'il arrive afin que vous ne ressentiez pas de souffrances.**

Dans cette situation d'épidémie, vos proches ne vont pas pouvoir venir vous voir. Nous savons que c'est très dur et nous en sommes désolés. Nous restons en revanche en contact avec eux et nous les tiendrons au courant. Nous réfléchissons aussi aux moyens que nous pourrions utiliser pour vous permettre de leur parler, ou de les voir. Nous vous transmettrons tous leurs messages.

Avez-vous un message pour eux que nous pourrions leur transmettre ?

Nous sommes avec vous, soyez-en sûr.





FICHE SOUTIEN DES FAMILLES

Les éléments qui suivent sont des suggestions sur lesquelles vous pouvez vous appuyer, pour tous les contacts téléphoniques ou directs. Chaque équipe peut bien sûr élaborer ses propres solutions et chacun doit utiliser les mots qui lui semblent les mieux adaptés.. Il est important de dire des mots « vrais » et non des mots « appris ».

Malheureusement votre proche a une forme très grave de l'infection liée au Covid 19. Les médecins qui le prennent en charge pensent qu'un transfert en réanimation ne lui apporterait pas de bénéfice en raison de la fragilité de son état. Tout sera fait pour passer cette période de crise. **Nous allons faire en sorte qu'il soit le plus confortable possible, quel qu'il arrive.** Il bénéficie d'une prise en charge adaptée à son état. Il recevra bien sûr tous les médicaments qu'il faut pour soulager la douleur ou les difficultés respiratoires par exemple. **Malheureusement, la médecine ne pourra peut-être pas le sauver mais elle peut le soulager. Soyez sûrs que nous faisons tout notre possible pour cela, c'est notre engagement.**

Il n'est pas possible pour vous de le voir mais nous pouvons lui transmettre vos messages et nous resterons proches de lui. L'équipe soignante sera très vigilante et fera tout son possible, dans ces circonstances difficiles, pour l'accompagner au mieux.

La situation de votre proche nous inquiète. Si nous avons besoin de vous joindre, voulez-vous nous laisser un numéro de téléphone ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez également être rappelé par une personne de l'équipe ou un psychologue. Nos associations de bénévoles sont aussi disponibles.

La situation actuelle ne nous permet pas de répondre facilement au téléphone. Nous souhaiterions donc pouvoir donner des nouvelles à une personne qui pourra ensuite se charger de les transmettre à la famille et aux proches. Cela nous aiderait beaucoup.

Soyez sûr en tous cas que toute l'équipe soignante fait le maximum pour chacun de ses patients.





Les éléments qui suivent sont des suggestions. Chaque équipe peut élaborer ses propres solutions et chacun doit utiliser les mots qui lui semblent les mieux adaptés. Il est important de dire des mots « vrais » et non des mots « appris ».

Il est normal de se sentir triste, d'avoir envie de pleurer, de se sentir impuissant ou en colère, si on ne peut sauver un patient de la mort. Il est normal aussi d'avoir peur pour soi ou pour ses proches.

Néanmoins il est très important de permettre à un patient de mourir apaisé et non inconfortable. Dans la situation actuelle, certaines vies ne peuvent être sauvées mais toutes méritent nos soins pour les soulager.

Nous devons donc déployer tous les moyens disponibles pour que la mort soit la moins difficile possible pour le patient et pour ses proches.

Tous les traitements proposés ont pour objectif de soulager et accompagner les patients conformément à la loi française. Ils n'ont pas pour but d'abrégier la vie.

Un soutien psychologique de groupe est organisé pour prendre soin de vous car vous vivez des choses difficiles et aussi par ce que nous avons besoin de vous. Ce n'est pas obligatoire mais il est recommandé d'y participer, pour votre propre santé. Si besoin, des entretiens individuels peuvent aussi vous être proposés. N'hésitez pas à solliciter les psychologues de votre établissement, les cellules d'urgence médicopsychologiques ou certaines associations de bénévoles. Une cellule d'écoute est disponible : Numéro vert 0800130000 24h/24.

N'hésitez pas à vous accorder les temps de pause nécessaires, avant la survenue d'un épuiement qui sera avant tout nuisible aux patients. Parlez de vos sentiments, n'oubliez pas que vous êtes forcément (comme tout le monde) fragilisé par cette situation inédite à laquelle aucun de nous n'était préparé.

Si vous ne comprenez pas une décision ou si vous ne vous sentez pas en accord, n'hésitez pas à en parler.



Annexe V : Approvisionnement en médicaments pour la dyspnée de fin de vie

Dans le cadre de la prise en charge des patients à visée palliative qu'ils soient COVID + ou non, des recommandations de la SFAP ont été édités spécifiquement dans le cadre de cette pandémie.

Elles préconisent, en cas d'indisponibilité du midazolam, la prescription de benzodiazépines pour répondre aux besoins des patients :

- Rivotril® (Clonazepam) injectable (disponible à l'hôpital et en ville) : Rivotril® peut être dispensé hors AMM par les pharmaciens d'officine sur présentation d'une ordonnance médicale portant la mention « **Prescription hors AMM dans le cadre du Covid-19** » (Décret n° 2020-360 du 28 mars 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire) ;
- Tranxène® (Clorazepate) injectable (disponible à l'hôpital) : retrocédé par la PUI d'un établissement de santé si la prescription mentionne « dans le cadre de soins palliatifs » ;
- Valium® (Diazepam) injectable (disponible à l'hôpital et en ville).

La SFAP a également proposé dans ses recommandations l'usage de la voie orale pour les patients qui ne peuvent être perfusés dans le cadre de la prise en charge de la dyspnée en remplacement de la morphine IV et des benzodiazépines :

- des morphiniques à libération immédiate (actiskenan®, oramorph®, oxynorm®) et/ou à libération prolongée (Skenan®, Oxycontin®) voire des patchs de Durogesic® à utiliser en dernier recours car il présente des effets indésirables (fièvre).
- associés à des benzodiazépines per os : Seresta® (oxazepam), Temesta® (lorazepam), Valium® (diazepam) sol buv, Lyzanxia® (prazepam) sol buv, Lexomil® (bromazepam) cp.

La majorité de ces produits sont disponibles à l'hôpital et en ville et il est recommandé aux pharmacies d'assurer un suivi régulier de leur stock pour ces produits afin d'être en mesure de toujours répondre aux besoins des patients.

Annexe VI : Fiche APHP et ARS IdF sur le Soutien psychologique en Île-de-France aux familles et proches endeuillés par le COVID-19

ACCOMPAGNER

Soutien psychologique en Île-de-France aux familles et proches endeuillés par le COVID-19

sêyatôssou	lutto	இழவு	ሓዘን	lütu	траур	শোক
deuil						
sin'nou	saya	ماتم كول	துக்கம்	grief	الجداد	fotgui

Madame, Monsieur,

Vous avez perdu un proche des suites du COVID-19.

Les conditions particulières de ce décès peuvent rendre le deuil plus difficile. Le décès a pu être soudain, les derniers contacts avec votre proche restreints. Vous n'avez peut-être pas pu le revoir et les obsèques sont contraintes par le confinement.

Pour vous accompagner dans l'épreuve douloureuse que vous traversez, vous pouvez contacter un membre de notre équipe dans les jours ou les semaines qui viennent.

Ce soutien psychologique permettra un espace de parole libre et d'écoute bienveillante, pour vous, votre famille et/ou vos enfants.

Ces entretiens téléphoniques sont confidentiels et gratuits réalisés par des psychologues et psychiatres du Centre Régional du Psychotraumatisme Paris Nord - CRPPN.

Pr Thierry Baubet et l'équipe
du Centre Régional du Psychotraumatisme Paris Nord

Vous pouvez nous contacter :

- **Par téléphone au 01 48 95 59 40**

Du lundi au vendredi de 10h à 17h

En dehors de ces horaires, merci de laisser un message sur la boîte vocale en indiquant vos coordonnées.

- **Par email : psychotrauma.avicenne@aphp.fr**

afin qu'un professionnel vous rappelle.

Direction de la communication de l'AP-HP - Avril 2020



Quelques conseils pour les enfants

- *Soyez disponible pour parler avec vos enfants de la personne décédée sans le forcer à le faire.*
- *Soyez attentif à son propre ressenti d'enfant, vous pouvez commencer par lui demander ce qu'il a compris avant de répondre à ses questions.*
- *Vous ne pourrez peut-être pas répondre à toutes ses questions, vous pouvez dire que vous n'avez pas toutes les réponses.*
- *Utilisez des mots simples, évitez les mots qui pourraient laisser entendre que le défunt pourrait revenir (parti, endormi).*
- *Ne soyez pas étonné si l'enfant a besoin d'être davantage avec les adultes qui l'entourent et favorisez les liens avec les personnes importantes pour lui.*
- *Dans la mesure du possible, compte tenu du confinement, maintenez une routine quotidienne, rassurante pour l'enfant, tout en veillant à ce qu'il ne s'isole pas trop.*
- *Si possible, protégez les enfants des conversations entre adultes, de l'exposition aux médias trop anxiogènes.*

Nous sommes aussi disponibles pour vous accompagner autour de la mort et du deuil auprès de vos enfants.

Vous pouvez aussi vous tourner vers des associations qui rassemblent des familles et des proches endeuillés et pouvant vous appuyer dans vos démarches :

• **Vivre son deuil : 06 15 14 28 31,**
fedevivresondeuil@gmail.com
<http://vivresondeuil.asso.fr/>

• **Empreintes, accompagner le deuil : 01 42 38 08 08,**
accompagnement@empreintes-asso.com
<https://www.empreintes-asso.com/>

>> **Plus de ressources sur le site www.cn2r.fr**

Annexe VII : Funérailles et Covid-19 : ce qu'il faut savoir. Mémo à l'attention des directeurs d'établissements



FUNERAILLES ET COVID-19 : CE QU'IL FAUT SAVOIR Mémo à l'attention des directeurs d'établissement

L'organisation de la prise en charge des corps a été profondément bouleversée par la crise sanitaire.²⁵ Ce document présente de façon synthétique les évolutions intervenues dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, et répond à quelques questions concrètes que vous pourrez être amenés à vous poser dans ces situations difficiles.

Si la plupart des modifications ne concernent pas directement les établissements mais plutôt les pompes funèbres et les mairies, vous pouvez être amenés à répondre à de nombreuses questions, notamment des familles endeuillées.

La mise en bière immédiate, désormais obligatoire pour tous les décès liés au COVID, implique en effet que les familles doivent prendre des décisions très rapidement - et notamment contacter immédiatement un opérateur de pompes funèbres – et, dans la grande majorité des cas, ne pourront pas voir le défunt une dernière fois. Il convient de leur rappeler ce contexte difficile dès l'annonce du décès. À cette procédure s'ajoutent évidemment les contraintes spécifiques à l'organisation des cérémonies funéraires, qui devront souvent être différées au-delà des délais habituels, et qui ne pourront pas réunir plus de vingt personnes du fait des mesures de distanciation sociale et de confinement.

Un dispositif de soutien psychologique dédié aux familles endeuillées est mis en place par l'ARS Île-de-France, l'AP-HP et le Centre Régional du Psycho traumatisme Paris Nord au numéro suivant : 01 48 95 59 40.

La mise en bière immédiate, qu'est-ce que cela veut dire ?

Attention, l'obligation de mise en bière immédiate concerne uniquement les défunts atteints ou probablement atteints du COVID-19.

Le médecin qui rédige le certificat de décès d'un défunt atteint ou probablement atteint du COVID doit cocher la case « mise en bière immédiate » du certificat de décès. C'est le certificat de décès seul qui ouvre la possibilité d'une mise en bière immédiate : en l'absence d'une telle mention dans le certificat, par exemple pour le décès d'une personne qui ne serait pas cas probable ou confirmé Covid-19, la mise en bière immédiate n'est pas obligatoire.

²⁵ Les règles du droit funéraire ont été modifiées dans le cadre de la crise sanitaire par deux textes :

Le décret n° 2020-384 du 1er avril 2020. Il interdit les soins de conservation sur toutes les personnes décédées. Il impose la mise en bière immédiate et interdit la toilette mortuaire uniquement pour les défunts atteints ou probablement atteints du covid-19.

Le décret n° 2020-352 du 27 mars 2020 qui simplifie les règles funéraires pour tous les décès pour toute la durée de la crise.

À partir du moment où le médecin a coché cette case, cela a ensuite pour conséquence :

- que le corps doit être mis en bière **dans les plus brefs délais** (24h) ;
- qu'en aucun cas le corps ne peut être transporté sans cercueil depuis l'établissement ;
- que le corps ne peut faire l'objet ni d'une présentation en chambre funéraire, ni d'une toilette.

La mise en bière immédiate s'impose aux opérateurs funéraires comme à la famille : il faut que ces dernières contactent un opérateur funéraire dès l'annonce du décès. Les directions d'établissement sont invitées à signifier très clairement cette nécessité aux familles et à les relancer afin qu'un choix d'opérateur leur soit communiqué au plus vite.

Si la famille arrive sur le lieu du décès après la mise en bière, elle ne pourra pas voir le corps.

Les consignes données par le ministère de l'Intérieur prévoient qu'à l'issue d'un délai de dix heures suivant le décès, le directeur de l'établissement, peut, s'il n'a pas pu joindre un membre de la famille (ou l'organisme de tutelle) saisir le maire afin que celui-ci décide de la mise en bière immédiate et de la fermeture du cercueil.

Qui paye l'opérateur des pompes funèbres ?

Les modalités de prise en charge financière de la mise en bière et du transport du corps hors de l'établissement restent à ce stade inchangées.

Le règlement des opérateurs funéraires incombe donc à la famille. Si la personne défunte n'a pas de famille et est dépourvue de ressources, la commune pourvoit aux funérailles (article [L.2223-27](#) du code général des collectivités territoriales).

Lorsque le transfert vers une chambre funéraire du corps d'une personne décédée dans un établissement de santé public ou privé ne disposant pas de chambre mortuaire a été effectué à la demande du directeur de l'établissement, les frais résultant du transport à la chambre funéraire restent à la charge de l'établissement, ainsi que les frais de séjour du corps durant les trois premiers jours suivant l'admission (article [R. 2223-7](#) CGCT).

Les soins de conservation et les toilettes sont-ils autorisés ?

Non, les soins de conservation du corps ne sont plus autorisés, pendant la période d'état d'urgence sanitaire, pour toutes les personnes décédées, quelle que soit la cause du décès.

Les toilettes du corps (mortuaires, funéraires, rituelles) ne sont autorisées que pour les défunts qui n'étaient pas atteints du COVID et ne sont donc pas obligatoirement mis en bière immédiatement.

En revanche, le retrait des prothèses fonctionnant avec une pile (pacemakers, défibrillateurs implantables, etc.) reste obligatoire pour tous les défunts, et doit être réalisée par le médecin constatant le décès ou par un thanatopracteur, soit dans la chambre du résident, soit en chambre mortuaire.

Quel est le rôle de la mairie avant l'arrivée des pompes funèbres à l'établissement ?

La mairie doit toujours produire l'acte de décès et l'autorisation de fermeture du cercueil à la famille ou à l'opérateur funéraire, mais, dans le cadre de la crise, ces documents peuvent être envoyés par voie dématérialisée. C'est également le maire qui décide de la mise en bière immédiate et de la fermeture du cercueil au vu du certificat de décès rempli par le médecin.

Exceptionnellement, si l'autorisation de fermeture du cercueil n'a pas été donnée 12 h avant l'inhumation ou la crémation, les pompes funèbres peuvent y procéder sans autorisation, à condition de recueillir celle-ci dans les 48 heures suivant la fermeture.

Les opérations de transport de corps ne sont plus soumises à déclaration préalable obligatoire auprès des mairies. Les opérateurs funéraires disposent d'un délai supplémentaire d'un mois pour effectuer cette démarche.

Que faire en cas de problème avec l'opérateur funéraire ?

La famille ou le directeur d'établissement n'arrive pas à joindre un opérateur funéraire disponible ?

Le directeur peut se référer à la liste des opérateurs funéraires disponible en délégation départementale de l'ARS.

Les pompes funèbres n'ont plus de cercueils ou plus de place au funérarium ?

Les petites pompes funèbres doivent se fournir auprès des gros opérateurs (OGF, FUNECAP, Services Funéraires-Ville de Paris notamment), qui ont proposé leur aide dans le contexte de la crise et de mettre leurs stocks de cercueils ainsi que leurs funérariums à disposition de leurs confrères. Ils ont également la possibilité, permise par le décret n°2020-384 du 27 mars 2020 d'ouvrir un dépositaire.

Le corps a été mis en bière mais les pompes funèbres disent qu'elles repasseront chercher le cercueil plus tard ?

Une fois le corps mis en bière, l'opérateur funéraire est responsable de celui-ci, et n'a donc pas à le laisser dans l'établissement.

Les pompes funèbres annoncent qu'elles ne pourront pas venir dans un délai de 24 h ou refusent d'emporter le cercueil dans un funérarium ?

L'établissement, en particulier s'il ne dispose pas d'une chambre mortuaire ou si les capacités de celle-ci sont saturées, alerte immédiatement la délégation départementale de l'ARS. Celle-ci transmet à la préfecture de département, en charge des relations avec les pompes funèbres, afin que les délais d'intervention puissent être raccourcis.

L'établissement est invité à communiquer les informations suivantes : date de décès, date de mise en bière prévue par l'opérateur, date prévisionnelle d'emport du cercueil, nom et coordonnées de l'opérateur funéraire.

Si les pompes funèbres tardent à effectuer la mise en bière, le corps peut-il être transféré à Rungis ?

Non, Rungis est un dépositaire, et non pas une chambre mortuaire. Il n'accueille que les défunts en cercueil fermé. Il ne peut pas y avoir d'admission avant mise en bière à Rungis, et Rungis ne constitue donc pas une solution en cas d'absence de choix de l'opérateur funéraire par la famille ou de délais importants d'intervention des pompes funèbres.

La mise en bière doit-elle être surveillée par un officier de police ?

Non, pour tous les décès et pendant toute la durée de la crise, lorsque le corps doit être transporté hors de la commune de décès ou de dépôt et qu'aucun membre de la famille n'est présent pour assister à la fermeture du cercueil, il n'est plus nécessaire pour les fonctionnaires de police de procéder à la surveillance de la fermeture du cercueil ni d'y apposer de scellés. La surveillance par un OPJ du scellement du cercueil demeure cependant obligatoire lorsque le corps est destiné à la crémation.

Une personne décédée du COVID-19 peut-elle faire don de son corps ?

Non, une personne décédée du COVID-19 ne peut pas faire don de son corps à la science. Les règles qui régissent le don du corps à la science prévoient en effet que le don peut être refusé en présence de certaines infections transmissibles, dont le COVID-19.

Les délais pour procéder aux funérailles sont-ils les mêmes ?

Non, les délais sont allongés. Le délai de 6 jours pour procéder à la crémation a été allongé à 21 jours. Par ailleurs, si le corps est placé dans un cercueil hermétique, il peut désormais être placé dans un dépositaire²⁶ pour une durée allant jusqu'à 6 mois.

Et si le défunt doit être enterré à l'étranger ?

Rien ne change ; c'est le droit commun qui s'applique. En particulier, quelle que soit la cause du décès, un rapatriement n'est possible que lorsque le défunt est placé dans un cercueil hermétique.

Si le pays de destination du corps refuse provisoirement le rapatriement de corps, ou dans le cas de délais supplémentaires liés au ralentissement du trafic aérien international, le cercueil devra soit être inhumé en France, soit être déposé de manière provisoire pendant une durée maximale de six mois si le corps est placé dans un cercueil hermétique.

²⁶ L'utilisation des dépositaires, qui n'était plus possible depuis 2011, est à nouveau autorisée. Elle permet d'offrir aux familles une possibilité d'attendre le retour à une situation plus favorable pour l'organisation des obsèques correspondant aux souhaits du défunt. Un dépositaire peut être un équipement ou local situé hors de l'enceinte du cimetière - à défaut ceux-ci sont assimilés juridiquement à des caveaux provisoires – et, notamment, situés dans un local indépendant, dans une annexe ou dans un bâtiment juxtaposé à l'édifice cultuel, dans un bâtiment juxtaposé au cimetière, dans un cimetière désaffecté, dans un local provisoire déterminé par le maire etc.

Annexe VIII : Numéros de téléphone des astreintes territoriales de soins palliatifs

Département	Réseau de santé	Date de mise en place	Numéro communiqué au territoire
95	AGVMRS	Nuit, WE et fériés depuis 2007 Journée du Lundi au Vendredi : lundi 6 avril 2020	01 34 29 75 73
95	COORDINOV		
95	OPALIA		
94	ONCO 94 OUEST	Samedi 04 avril 2020 ou lundi 6 avril au plus tard	Nuit 01 45 17 95 18
94	PARTAGE 94		Jour Ouest : 01 46 63 00 33 Est : 01 45 17 57 83
93 nord	ARC EN CIEL	31/03/2020	01 75 34 39 22
93 sud	OCEANE		en attente
92	ASDES	30/03/2020	9h à 18h 06 43 23 47 12 pour le Sud 06 64 34 36 56 pour le Centre 06 47 74 08 60 pour le Nord 18h à 9h 01 71 90 50 40
92	OSMOSE		
92	RESEAU 92 NORD		
91	NEPALE	04/04/2020	01 83 53 87 16
91	SPES		
78 nord est*	GRYN	27/03/2020	01 34 74 24 19 01 30 61 70 16
78 nord ouest*	ODYSSEE		01 30 94 03 68
78 sud*	REPY		01 30 88 88 90 01 30 88 88 92
77	GOSPEL	31/03/2020	07 79 73 37 96
77	RT2S77 - DAC SUD 77		
75	ENSEMBLE - M2A PARIS SUD	03/04/2020	Journée 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14e : 01 42 17 05 73 11, 12, 20e : 01 44 74 12 58 7-15-16 : 01 71 90 50 50 8, 9, 10, 17, 18, 19ème : 01 43 36 20 27 Nuit et WE 01 83 75 28 75
75	HUMANEST		
75	M2A PARIS OUEST Pôle soin palliatif		
75	QUIETUDE		

Nota : pour les Yvelines (78) la nuit chaque numéro est basculé sur l'astreinte départementale