

# Prise en charge des patients atteints de Covid-19 en EMS

Formation pour les médecins d'Unisanté

Mardi 7.4.20

Auditoire César Roux

# Remerciements

- Unisanté: Jacques Cornuz, Philippe Staeger
- GER : Eve Rubli Truchard, Christophe Bula
- SPL : Anne Vacanti Robert, Melissa Riat, Jean-Baptiste Mercoli, Ralf Jox, Sophie Ducret, Ghislaine Behaghel, Michel Beauverd
- Aumônerie: Annette Mayer Gebhardt

Thème	Intervenant-e-s	Durée
Introduction	G.D. Borasio	5'
Spécificités des patients gériatriques en EMS	E. Rubli Truchard	20'
Directives anticipées et enjeux éthiques	R. Jox, G.D. Borasio	20'
Prise en charge de la dyspnée et sédation palliative	A. Vacanti Robert, J.B. Mercoli	20'
Collaboration interprofessionnelle, soutien des équipes soignantes	G. Behaghel, S. Ducret	10'
Soutien psychosocial et spirituel des patients, familles et professionnels	M. Riat, A. Mayer Gebhardt	15'
Questions		30'

# le monde de l'EMS

## point de vue du gériatre



Dre Eve Rubli Truchard

Service de gériatrie et réadaptation gériatrique & chaire de soins palliatifs gériatriques

08.04.2020

# Le milieu des EMS

---



**Un/e résident en EMS ≠ patient hospitalisé ≠ personne vivant à domicile**

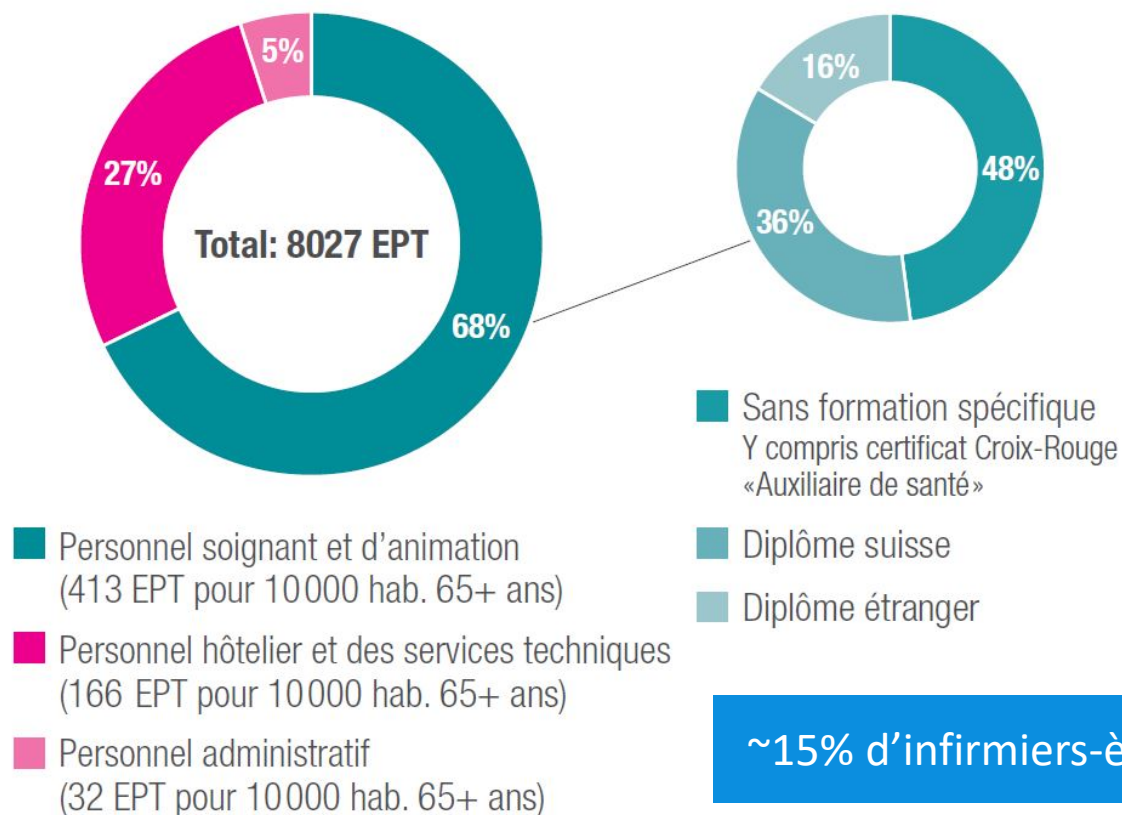
- patient fragile avec co-morbidités, dans ses dernières 2 années de vie
- Troubles cognitifs, proches ++
- Environnement de l'EMS: lieu de vie avec besoins en soins ++, équipes interdisciplinaires très différentes de l'hôpital (aides soignants, service animation, ..)

# EMS dans le canton de Vaud

- 4,7% des personnes >65 ans
- 130 EMS
  - 52 EMS sur le rsrl
- 7000 résidents EMS
  - 2770 résidents sur le rsrl
- Âge moyen 86 ans
- Durée séjour en EMS 2,2 ans

## 3.4 EMPLOIS DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX, VAUD, 2018

SOURCE: STATVD/OFS



# Présentation du COVID 19 en EMS et évolution clinique

---

- Etat fébrile
- Toux
- Dyspnée
- **Diarrhées nouvelles**
- **Chutes à répétition**
- **Malaises non expliqués**
- **Changements dans les symptômes comportementaux liés à la démence**
- **Etat confusionnel aigu**

## **Evolution:**

1. Asthénie, perte d'appétit, guérison
2. Baisse de l'état général, forte dégradation après 5-7 jours, décès
3. Syndrome de détresse respiratoire aigu: urgence clinique!!

# Visites des proches pour la fin de vie d'un résident

---

- **Possible** et à proposer pour les proches qui le souhaitent
- Avec mise en place et accompagnement des mesures de protection et de respect HPCI donc que les proches puissent être accompagnés et encadrés par les professionnels.
- Voir les spécificités avec chaque EMS



# Drapeaux rouges (parmi d'autres)

---

## 1. Liés au patient:

- Médication: "start slow and go slow" SAUF pour dyspnée aigue terminale
- Tr.neurocognitifs majeurs - démence
- État confusionnel aigu

## 2. Liés au contexte de l'EMS

- Staff soignant différent de l'hôpital: connaissances précieuses du résident
- Importance des proches

## 3. Liés à la pandémie COVID-19

- Stress concernant mesures de respect d'hygiène
- Stress pour le patient, les proches, les équipes et soi-même

# Syndrome démentiel

**Troubles  
cognitifs**



**Répercussions  
dans le quotidien**



- **Absence état confusionnel aigu**
- **Absence troubles psychiatriques**



- **Mnésiques**
- **Gnosiques**
- **Praxiques**
- **Exécutifs**
- **Langage**



- **Toilette**
- **Habillage**
- **Transfert**
- **WC**
- **Continence**
- **Alimentation**
- **Téléphone**
- **Commissions**
- **Repas**
- **Ménage**
- **Lessive**
- **Transports**
- **Médicaments**
- **Finances**

# Définition état confusionnel aigu (ECA)

---

Perturbation **aiguë** et **réversible** de l'état de vigilance, à début subit et d'évolution **fluctuante**, associée à un **déficit de l'attention**, des **troubles cognitifs** et, le plus souvent, des **troubles du comportement**.

Toujours associé à un facteur déclenchant, souvent multifactoriel

# CAM (confusion assessment method)

---

## Critère 1: début aigu et cours fluctuant

Y a-t-il un changement aigu (brutal) de l'état cognitif du patient par rapport à son état habituel? Les fonctions cognitives fluctuent-elles au cours de la journée?

## Critère 2: Troubles de l'attention

Est-ce que le patient a de la peine à se concentrer durant une conversation?  
Par exemple perd-il le fil de la conversation, est-il facilement distrait?

## Critère 3: désorganisation de la pensée

Le patient a-t-il un cours de pensée incohérent et non relevant par rapport au contexte de la conversation? A-t-il un discours désorganisé?  
Fait-il des changements imprévisibles de sujet?

## Critère 4: état de conscience altéré

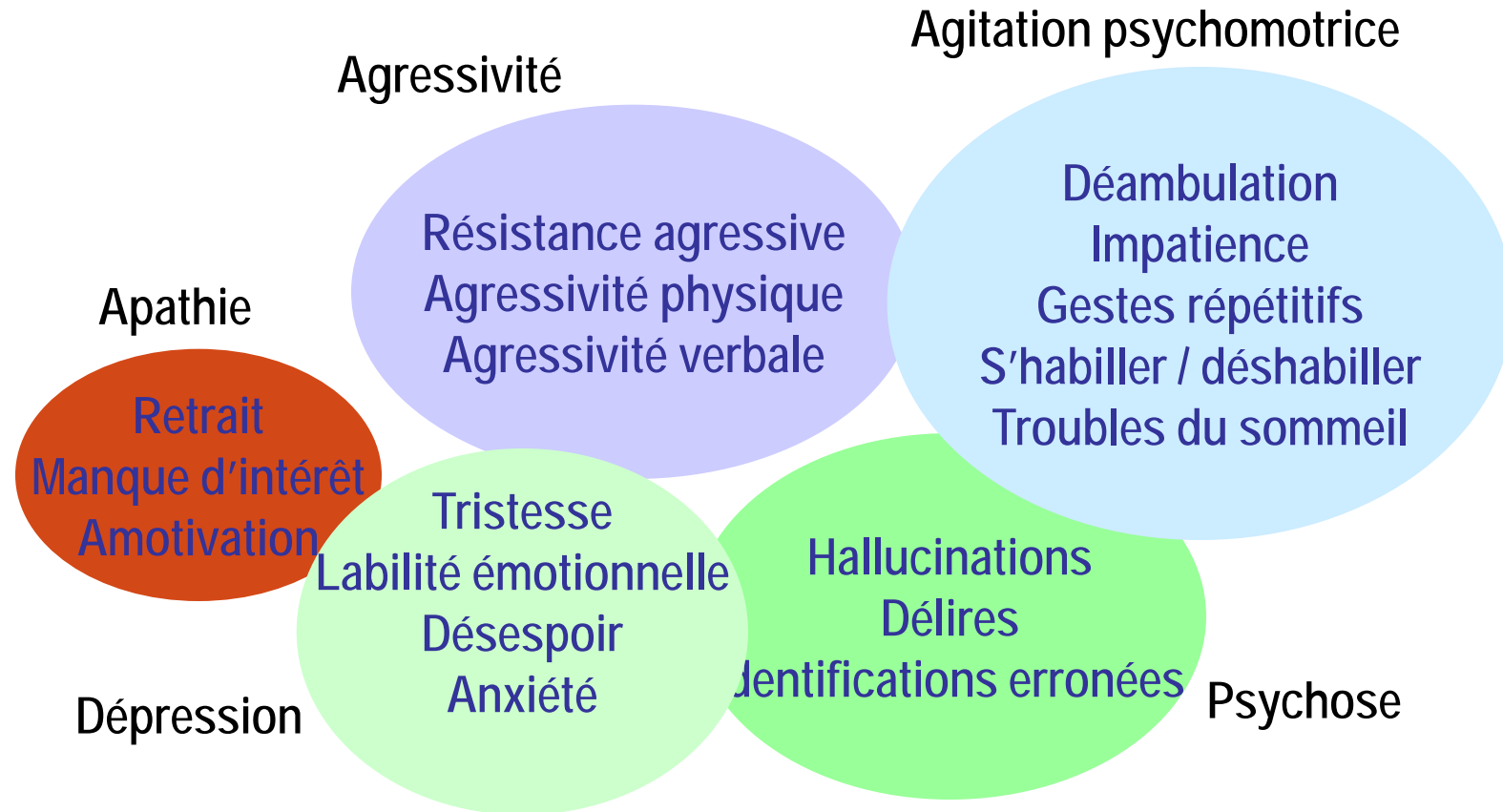
- ❖ Si critères 1 + 2 + 3 ou 1 + 2 + 4 présents, forte probabilité d'état confusionnel aigu
- ❖ Sensibilité 91-94%, spécificité 90-100%

# Diagnostic différentiel entre état confusionnel aigu et démence

---

Paramètre	état confusionnel aigu	démence
Début	<b>subit</b>	progressif
Evolution	<b>fluctuante</b>	stable
Déficit principal	<b>attention</b>	autres domaines cognitifs
Langage	préservé selon état de conscience	aphasie, anomie
Mémoire	immédiate et récente altérée	récente et ancienne altérées
Pensée	incohérente, illogique	appauvrie
Perception	<b>hallucinations</b> fréquentes	hallucinations rares
Rythme veille-sommeil	<b>altéré</b>	altéré tardivement

# Syndromes comportementaux et psychologiques liés à la démence SCPD



# Contexte de l'EMS

---



Staff soignant différent de l'hôpital  
Importance des proches

# Mesures HPCI >>> !! Spécifiques à l'EMS/par EMS

---

- Mise en place des **Mesures Additionnelles Gouttelettes** (MAG): surblouse, masque de soins
- Abandon du **dépistage**, si preuve (test CoVID-19 positif chez 2 ou 3 résidents) que le CoVID-19 circule dans l'établissement.
- **La surblouse** peut-être réutilisée durant 24h si non souillée et si stockée suspendue à un statif, coté externe vers l'extérieur.



# Qui appeler et pourquoi?

1. Le médecin de Unisanté appelle le médecin traitant (clarifier qui prend le lead? Qui fait le suivi?)
2. Si médecin traitant inatteignable, le médecin assistant contacte:
  - Chef de clinique/cadre de Unisanté pour validation des décisions à prendre
  - Équipes mobiles si questions spécifiques ou besoin d'intervention spécifique
3. Retour par tél ou lettre au médecin traitant à la fin de la prise en charge

Equipes mobiles spécialisées	N° de téléphone	Cas de figure
Gériatrie et Soins palliatifs	021/314 86 87 24h/24 Déplacements la journée	Etat confusionnel aigu, chutes, infections, médication
		prise de décisions difficiles (hospitalisation, orientation du traitement..)
		Dyspnée, autres symptômes difficilement contrôlables en fin de vie, détresse chez les proches
Psychogériatrie	021 /314 35 14 Déplacements la journée	<ul style="list-style-type: none"><li>• Troubles du comportement liés à une démence, état dépressif,</li><li>• épuisement des équipes</li></ul>

# Annonce de décès: 2 formulaires: constat de décès et déclaration OFSP

## 1. Sur le lieu du décès : **médecin / équipe soignante** annonce le décès à la famille



1. Annonce du médecin à la famille
2. Présentation du projet : *Soutien aux endeuillés*
3. Téléphone au CET : 021 333 53 00
4. Remplit le constat de décès

## 2. La **centrale d'engagement** de la police cantonale



1. Enregistre l'annonce
2. Localise le lieu du décès et la destination du corps (morgue)
3. Envoie une société de PF (libre choix ou liste générale VD)
4. Envoie l'information au *Soutien aux endeuillés* au domicile du défunt et les coordonnées

## 3. Le **coordinateur** du groupe de soutien aux endeuillés



1. Contacte les familles par téléphone
2. Evalue le besoin de la visite de soutien et ses modalités
3. Envoie un équipier du soutien aux endeuillés
4. Effectue la visite selon protocole standardisé : soutien, écoute, oriente si besoin, répond aux questions urgentes
5. Prend congé au plus tard à l'arrivée des PF

## 4. Les pompes funèbres prennent en charge les familles et les corps

### CET:

Centrale d'engagement de la police cantonale

PF: pompes funèbres

### Groupe de soutien:

équipe e professionnels laïques dédiée et formée spécialement pour ce soutien.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

2020V1  
feuille en blanc

## Coronavirus disease COVID-19

Déclaration de résultats cliniques suite au décès

S.v.p. à remplir et envoyer au médecin cantonal et à l'OFSP dans un délai de 24 heures suivant le décès.<sup>3</sup>  
OFSP Fax: +41 58 463 87 77  
OFSP HIN secured:  
covid-19@hin.infreport.ch

Patient/e

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance:    jour mois année sexe:  f  m

Décédé des suites de la maladie COVID-19: date de décès:    jour mois année

Maladies sous-jacentes & facteurs de risque:

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> immunosuppression
<input type="checkbox"/> hypertension	<input type="checkbox"/> maladie respiratoire chronique	<input type="checkbox"/> cancer
<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> autres: _____	

Hospitalisation:  oui du:    jour mois année au    jour mois année  non

Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_

Complications:  pneumonie (confirmée par imagerie)  ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

autres: \_\_\_\_\_

Formation Médecins d'Unité dans le cadre de la RAU Covid-19  
CHUV, Lausanne, 7 avril 2020

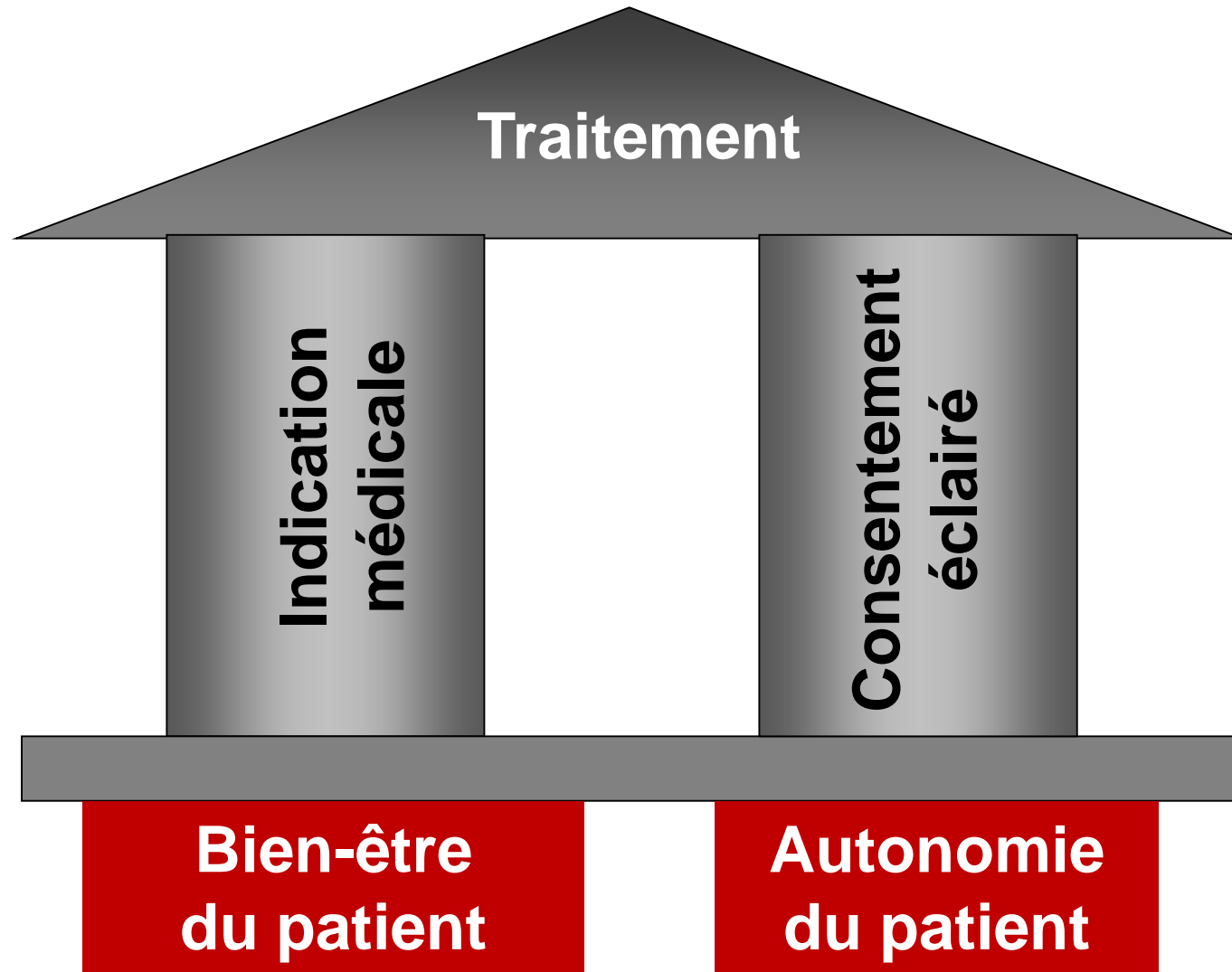
# Prise de décision et enjeux éthiques

Prof. R. Jox, Unité d'éthique  
Prof. G.D. Borasio, SPL

# Plan

1. Indication médicale
2. Volonté du patient
3. Triage

# Cadre juridique



# Indication médicale

## Définition:

Une mesure est médicalement indiquée si elle nécessaire et efficace pour réaliser un objectif thérapeutique qui apporte plus de bénéfices que d'inconvénients ou risques pour un patient concret.

*Borasio GD and Jox RJ,  
Swiss Med Wkly 2016;146:w14369*

# Indication médicale

1. Quelle **investigation** diagnostique ou **intervention** thérapeutique est indiquée dans la situation? (*p.ex. oxygénothérapie si  $SpO_2$  ↓↓*)
2. Est-ce que cette investigation ou intervention peut être faite à domicile/en EMS avec les ressources disponibles? Sinon, une **hospitalisation est indiquée** pour:
  - *Besoins d'examens complémentaires non réalisables à domicile/en EMS*
  - *Besoins de traitement/prise en charge non réalisables à domicile/en EMS*
  - *Besoins de surveillance indisponible à domicile/en EMS*
  - *Situation particulière du patient / DA / avis famille, représentant thérapeutique*

# Indication médicale

- **Jugement** fait par le médecin sur place (MA), validé par le médecin traitant ou le médecin cadre Unisanté
- **Documentation** succincte (« hospitalisation indiquée pour X »)
- L'indication est **indépendante** de l'avis du patient ou de sa famille
- Un traitement clairement non-indiqué ne peut **pas être exigé**
- **Bonne pratique** d'en informer le patient/la famille ainsi que l'équipe et d'expliquer les raisons (par rapport au bien-être du patient)



# Réanimation cardio-pulmonaire

*Outcome de la RCP extra-hospitalière*

	Europe		Suisse
	Moyenne et 95% -CI (%)		Moyenne (%)
Mesures de réanimation effectuées par des secouristes professionnels	67	(34 – 98)	71
Arrêt cardio-circulatoire dû à un problème cardiaque	75	(48 – 92)	71
Collapsus observé	67	(46 – 89)	69
Résultats chez des patients avec un collapsus constaté et des mesures de réanimation réalisées par des secouristes professionnels			
Rétablissement de la circulation spontanée	38	(31 – 65)	31
Survie jusqu'à la sortie de l'hôpital	7,4	(0 – 23)	3,4
Survie après une année	5,1	(0 – 16)	0,3

*Directive de l'ASSM „Décisions de réanimation“*

**Meilleures chances:** < 70 ans, peu de morbidité, arrêt témoins, défibrillation utilisée

# Hospitalisation des patients atteints de démence avancée

- 73% des patients : péjoration de l'état fonctionnel (mobilité, transfert, soins corporels, nutrition)
- Pas d'amélioration après la sortie
- Etude rétrospective : 44% des envois aux urgences et 45% des hospitalisations étaient futiles
- Traitement des pneumonies – mortalité à 6 semaines : hospitalisés 39,5%      non-hospitalisés 18,7%

*Saliba D et al., J Am Geriatr Soc 48:154, 2000*

*Thompson RS et al., J Am Board Fam Pract 10:82, 1997*

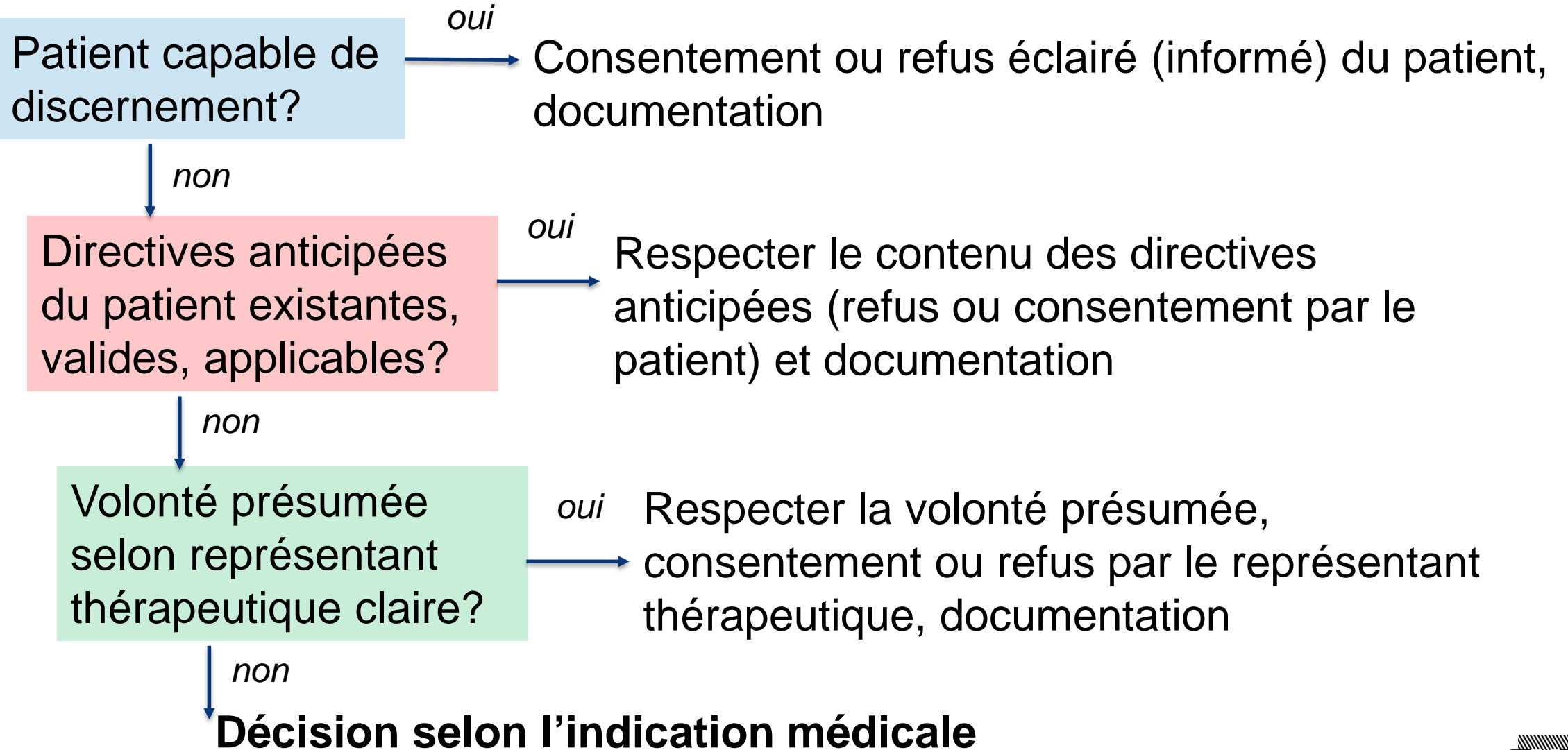
# Plan

1. Indication médicale

**2. Volonté du patient**

3. Triage

# Volonté du patient



# Directives anticipées

- **Valides** si par écrit, datées et signées (pas de date d'expiration)
- **Applicables** si la situation actuelle est couverte par les situations décrites et si les mesures prévues sont couvertes par les mesures décrites
- **Présomption** que l'auteur était capable de discernement lors de la rédaction et qu'elles n'ont pas été révoquées
- Il incombe au **médecin** de regarder dans le dossier et demander l'équipe traitante et le représentant thérapeutique s'il y a des DA (mais pas plus)

# Représentant thérapeutique

1. la personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'inaptitude;
2. le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical;
3. son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière;
4. la personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière;
5. ses descendants, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
6. ses père et mère, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
7. ses frères et sœurs, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière.

*Code civil suisse  
art. 378*

# Rédiger des directives anticipées (DA)

- Les résidents qui ont leur capacité de discernement devraient être **informé** de l'option des DA et accompagnés dans la rédaction
- Cet **accompagnement** est une responsabilité des soignants et médecins
- Nous mettons à disposition un formulaire **DA pour Covid-19** et un guide d'entretien, basés sur les standards de *l'Advance Care Planning*
- Ces documents vous seront envoyés dès que finalisés

# Plan

1. Indication médicale
2. Volonté du patient
- 3. Triage**



# Triage

## Définition:

Le triage est une forme de rationnement (priorisation) dans une situation d'urgence aiguë (guerre, épidémie) où il n'y a pas assez de ressources pour prodiguer des traitements médicalement indiqués et voulus à toutes les personnes qui en ont besoin, surtout quand il s'agit de sauver la vie.

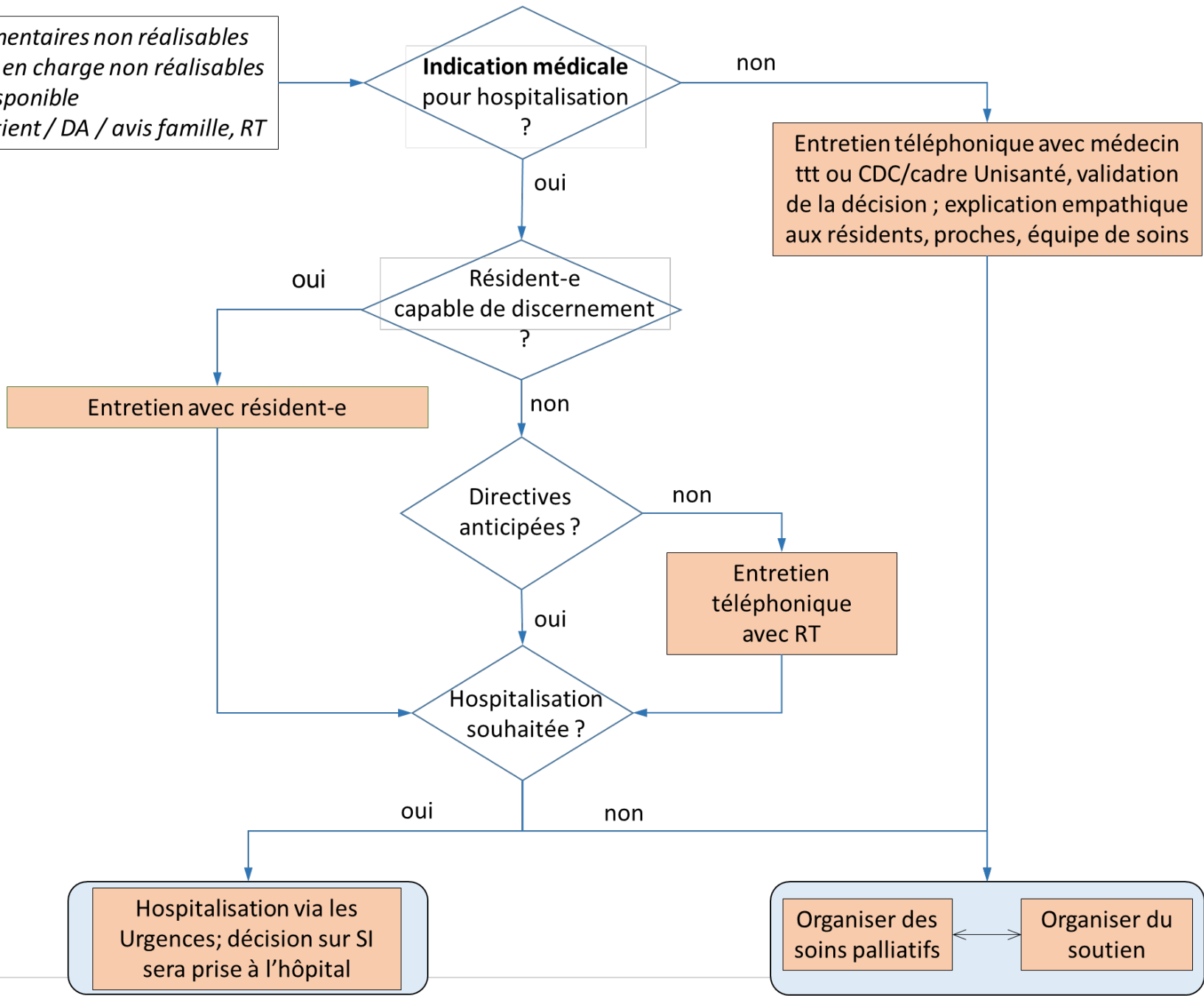
# Triage

- La logique éthique change d'une éthique individualiste à une **éthique de santé publique** (éthique sociale)
- **L'objectif** est de sauver le plus grand nombre de vies
- L'opérationnalisation reste sur des critères d'évidence médicale qui reflètent le pronostic à court terme (**chances de survie**)
- La décision de triage reste sur des critères prédéfinis et est prise par au minimum **deux médecins** expérimentés
- **Directive institutionnelle** du CHUV, basée sur les recommandations de l'ASSM et de la SSMI, en cours d'être finalisée

# Triage

A: Lits soins intensifs/interméd limités	B: Pas de lits soins intensifs/interméd.
Survie estimée < 12 mois	Survie estimée < 24 mois
Maladie oncologique (espérance de vie < 12m)	Traumatisme sévère
Maladie neurodégénérative terminale	Brûlures étendues (> 40 % BSA) avec inhalation
Atteinte neurologique centrale sévère+ irréversible	Déficits cérébraux sévères après un AVC
Maladie chronique: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance cardiaque de stade NYHA IV</li> <li>- BPCO de stade GOLD 4 (D)</li> <li>- Cirrhose de stade Child-Pugh &gt; 8</li> <li>- Démence sévère</li> </ul>	Maladie chronique: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance cardiaque de stade NYHA III ou IV</li> <li>- BPCO GOLD D ou A-C avec VEMS &lt;25%, ou HTP, ou oxygénothérapie à domicile</li> <li>- Cirrhose du foie avec ascite réfractaire au traitement ou encéphalopathie &gt; stade I</li> <li>- Insuffisance rénale chronique stade V</li> <li>- Démence modérée démontrée</li> </ul>
Insuffisance circulatoire sévère réfractaire au traitement initial (hypotension et/ou perfusion mineure d'organe persistante)	Age > 75 ans et au moins un critère: 1) Cirrhose du foie 2) Insuffisance rénale stade III KDIGO ou 3) Insuffisance cardiaque stade NYHA > 1
Arrêt circulatoire sans témoin, arrêt circulatoire	Age > 85 ans

Besoins d'examens complémentaires non réalisables  
Besoins de traitement/prise en charge non réalisables  
Besoins de surveillance indisponible  
Situation particulière du patient / DA / avis famille, RT



Service de Soins palliatifs et de Support

# Gestion de la détresse respiratoire dans le contexte CoViD-19 en EMS

Dr J-B Mercoli

Dre A Vacanti-Robert

Avril 2020

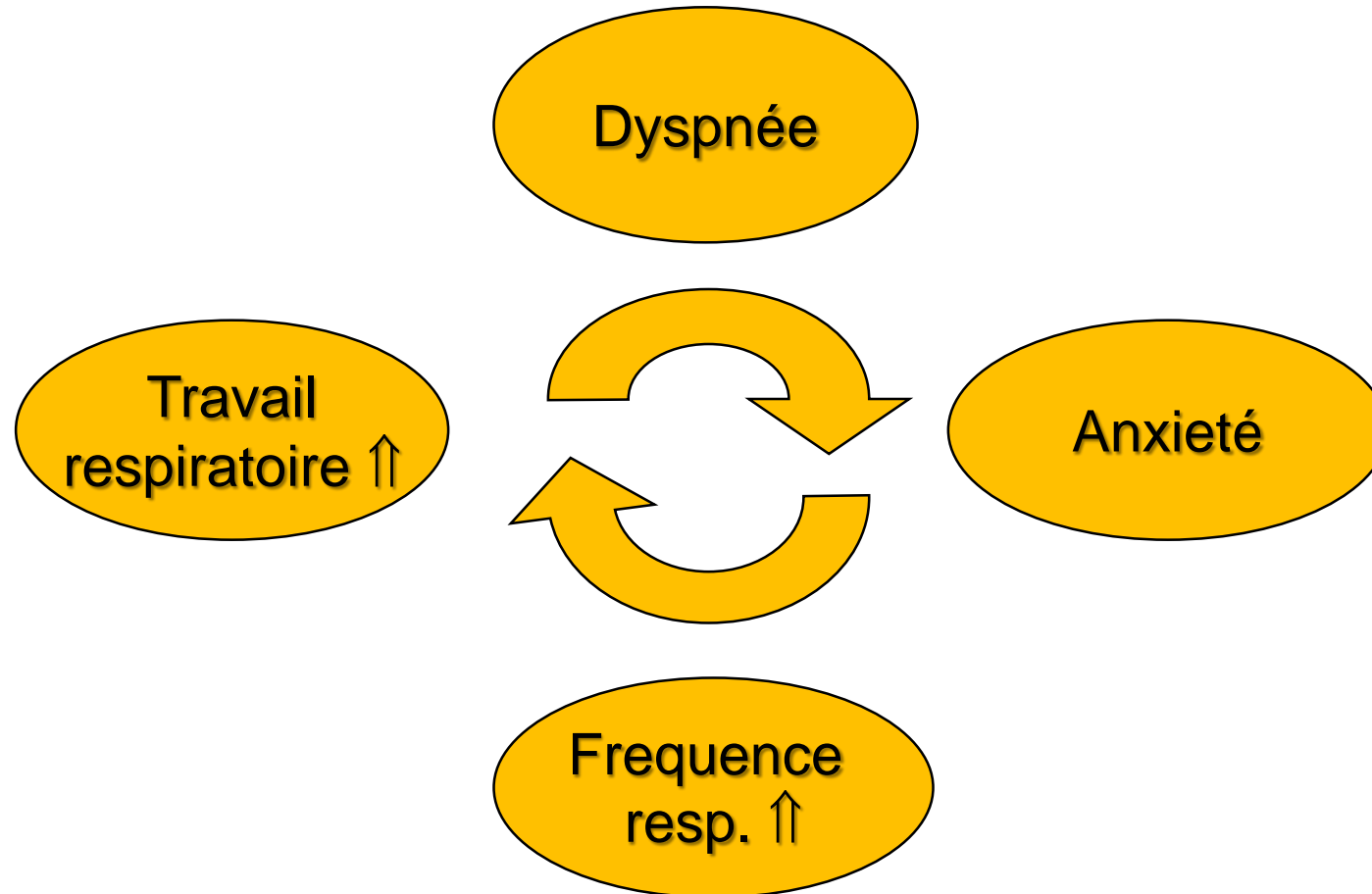


# Dyspnée / Définition

« [...] expérience subjective d'inconfort respiratoire, consistant en des sensations qualitativement distinctes, d'intensité variable [...] générée par l'interaction de multiples facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux. »

American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med* 1999

# Le cercle vicieux



# Signes de détresse respiratoire :

- Rythme cardiaque accéléré (>90-100/min)
- Rythme respiratoire augmenté (>20-26/min)
- Agitation
- Respiration paradoxale : l'abdomen se creuse à l'inspiration
- Utilisation des muscles respiratoires accessoires
- Râles en fin d'expiration
- Battement des ailes du nez
- Faciès apeuré



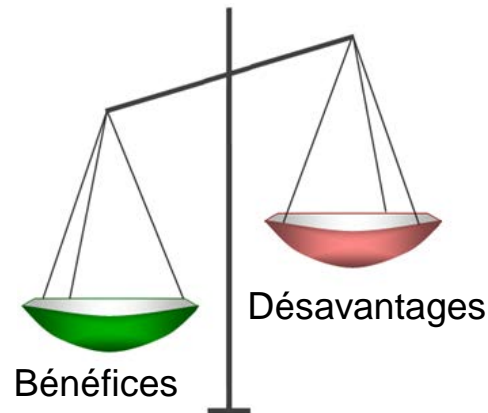
# Prise en charge

Etiologique

et/ou

Symptomatique

- ▶ Si possible
- ▶ Si appropriée



## Approche non pharmacologique

- Positionnement du patient
- Mesures générales

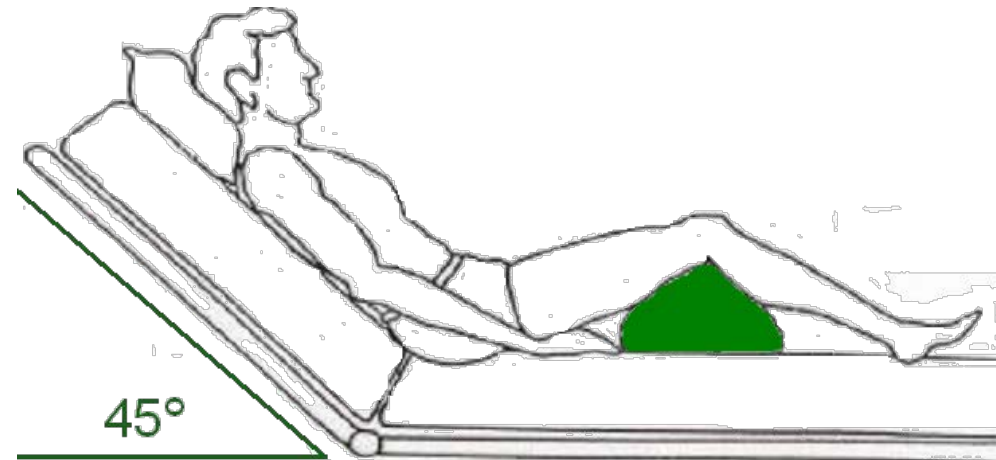
## Approche pharmacologique

- Opiïdes
- Psychotropes
- Autres

# Approche non pharmacologique

Approche générale :

- Position dans le lit
- Confort vestimentaire
- Répartir les soins
- Ouvrir la fenêtre
- Lavette froide sur visage



# Approche pharmacologique

## Un opioïde en première intention, par voie sc

- Seul traitement symptomatique reconnu pour soulager la perception de la gêne respiratoire. Ne doit pas être utilisé comme sédatif ni anxiolytique.
- Introduire de la **morphine** (ampoule 10mg/ml), d'office et en réserve
  - chez patient naïf - par ex 2-3mg sc aux 4h + 2-3mg sc en R max aux heures et 6x/j
  - chez patient déjà sous opioïdes : augmenter la dose de fonds de 20 à 30% + réserves équivalentes
- Alternative: **hydromorphone** (ampoule 2mg/ml) (= ~ 5x + puissant que la morphine)
  - chez patient naïf - par ex 0.4-0.6 mg sc aux 4h + 0.4-0.6mg sc en R max aux heures et 6x/j
  - chez patient déjà sous opioïdes : augmenter la dose de fonds de 20 à 30% + réserves équivalentes

**Titrer les doses de 30-50% si dyspnée persistante après 3 doses de morphine ou hydromorphone**

**Si pour des raisons techniques, voie SC impossible, adaptation du traitement PO ou IR, à discuter (ligne COVID pour conseils)**

# Approche pharmacologique

## Une benzodiazépine per os /sous cutanée si anxiété ou panique associées (très fréquemment)

- Par ex: lorazepam (Temesta®) 0.5-1mg 3x/j + 0.5 à 1 mg en R max 3x, clonazepam (Rivotril®) 0.25mg sc 1 à 2x/j

## Selon évaluation clinique: si œdème aigu du poumon (OAP)

- Par ex: furosémid sc (Lasix®), **si bronchospasme**
- Par ex : salbutamol sc (Ventolin®) CAVEAT aérosols et COVID-19

# Approche pharmacologique

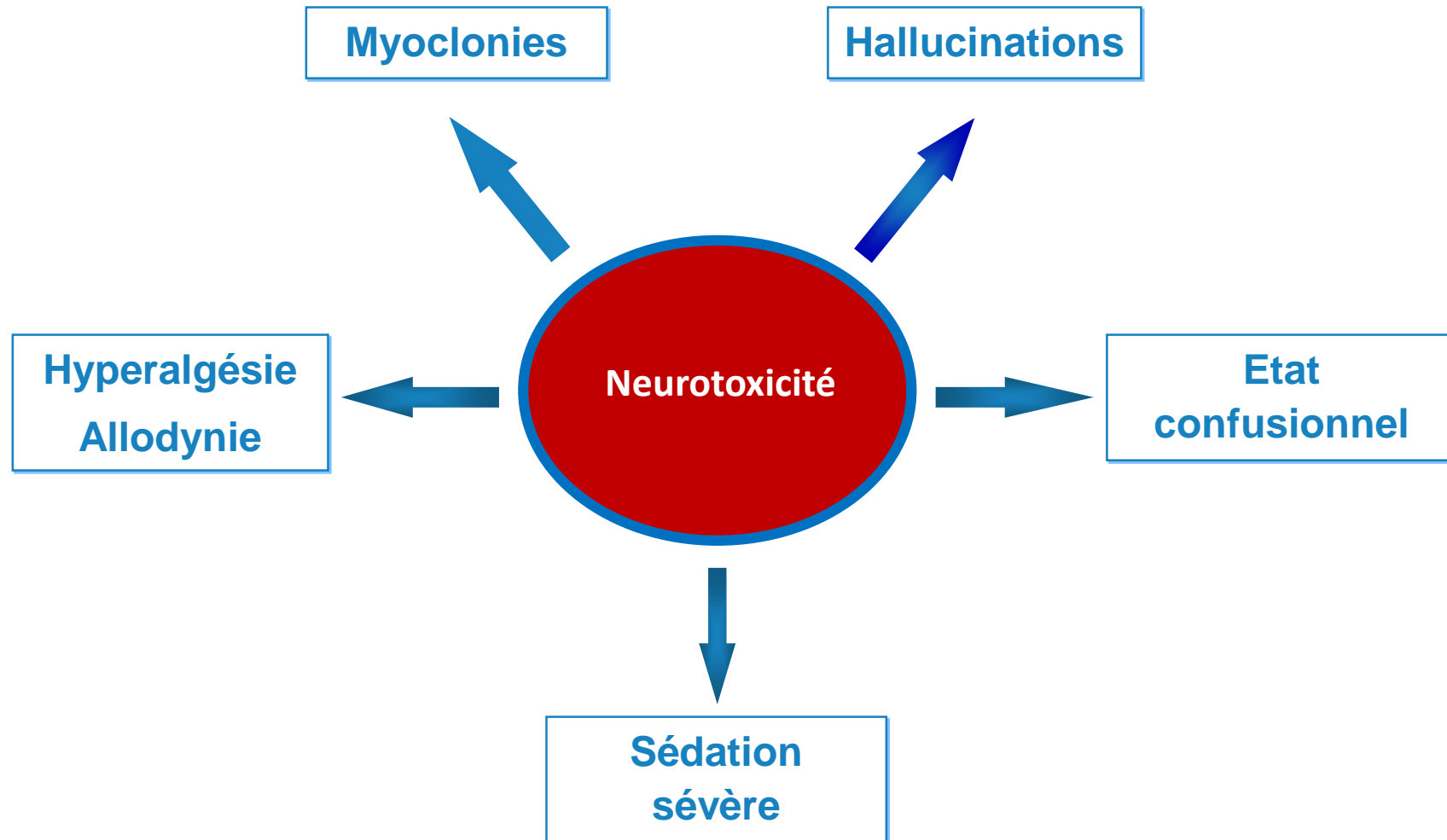
**Dans le contexte du CoViD-19, la dyspnée peut s'aggraver rapidement et le patient peut décéder en quelques heures.**

**→ Il est important de mettre en place des prescriptions anticipées d'opioïdes à action rapide, et un anxiolytique si nécessaire.**

# Effets secondaires des opioïdes

- **Constipation** Laxatifs en systématique (po : Importal ; ir : Bubloid, Dulcolax)
- **Nausées, vomissements** métoclopramide, halopéridol, passage des traitements en sc
- **Sécheresse buccale** Soins de bouche, salive artificielle, glaçons
- **Somnolence** Palier prolongé, rotation opioïde éventuellement
- **Syndrome de neurotoxicité** Rotation opioïde, hydratation, réduction des doses si pas de rotation possible

# Syndrome de neurotoxicité des opioïdes



**Si les signes de détresse respiratoire sont toujours présents malgré une titration progressive des opioïdes et un traitement adéquat de l'anxiété, dans un délai de temps acceptable :**

**La détresse respiratoire est considérée comme réfractaire :**

- **L'équipe infirmière vous appellera pour un avis médical pour débiter un protocole qui associe un traitement symptomatique de la dyspnée et une sédation**



# Sédation palliative: définition

« La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté du patient. »

# Objectif

**Soulager la souffrance intolérable du patient,  
sans intention d'abrégéer sa vie.**

# Intention

## Sédation ≠ euthanasie

- Euthanasie : recherche de **la mort** du patient
- Sédation : recherche du **confort** du patient avec une **titration progressive** de la dose du médicament jusqu'à obtention d'un soulagement, qui peut nécessiter une sédation + ou - profonde.

# Prérequis à la mise en place

- **Informé le patient** et rechercher son accord
- Si patient incapable de répondre: informer et rechercher l'accord du représentant thérapeutique
- Informer la famille
- **Briefing avec l'équipe soignante**

# Protocole de détresse respiratoire

- Opiïdes → traitement de la dyspnée  
morphine en 1ère intention
- Sédatifs → sédation palliative  
1<sup>ère</sup> intention: **midazolam** (Dormicum®)  
2<sup>ème</sup> intention: si pénurie de midazolam ou de pompe/pousse-seringue:
  - **clonazepam** (Rivotril®)
  - **lorazepam** (Temesta®)

# Pharmacologie: midazolam

## Propriétés/effets

Benzodiazépine

Action anxiolytique, anticonvulsivante, myorelaxante et sédative.

## Métabolisation et élimination

$\frac{1}{2}$  vie d'élimination: entre 1h30 et 3h30 (CAVE s'allonge avec la durée de perfusion)

**Voie d'administration:** Sous-cutané

**Délai d'action:** 10 à 30 minutes (variabilité individuelle)

**Pic d'action:** 30-60 min

# Modalités pratiques: protocoles

**CHUV** Service de soins palliatifs et de support  
Chaire de soins palliatifs gériatrique  
Service de gériatrie et réadaptation gériatrique

Recommandations et protocole de prise en charge de la détresse respiratoire avec MORPHINE - MIDAZOLAM (Dormicum®) dans le contexte de l'épidémie de COVID 19 à l'intention des médecins traitants et des infirmières en EMS (version 1 du 26 mars)

**RAPPELS CONCERNANT L'INDICATION au protocole :**  
Ce protocole est remis en complément à une formation courte sur l'évaluation de la dyspnée et la gestion des symptômes respiratoires dans le cadre de l'épidémie de COVID 19.

En amont de ce protocole, un certain nombre de situations de dyspnée pourront être gérées avec la morphine seule + ou - une benzodiazépine à des doses anxiolytiques. (cf formation courte)

Dans le cadre de ce protocole, le traitement symptomatique de la dyspnée se fait essentiellement avec la morphine, qui ne doit en aucun cas être utilisée pour sédativer ou pour soulager l'anxiété. Les benzodiazépines comme le midazolam, n'ont pas d'effet direct sur la perception de la dyspnée, mais soulagent l'anxiété et à plus hautes doses provoquent une sédation permettant de déconnecter le patient d'une réalité potentiellement vécue comme intolérable.

**CONDITIONS D'UTILISATION**  
L'EMS dispose de morphine sc, midazolam sc, pousse seringue ou pompe PCA. Si absence de pousse seringue/pompe PCA, ou Midazolam indisponible, voir document recommandations avec Clonazépam (Rivotril®).

**PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES**  
Au préalable, nous recommandons au médecin de REDIGER DES PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES pour tout patient susceptible de développer des complications respiratoires. Cela permettra à l'infirmier-ère de débiter l'administration du protocole sur ordre médical, au téléphone, 7/7 24h/24.  
NB : en cas d'absence de prescription et médecin injoignable appelez les équipes mobiles régionales (les numéros de téléphone se trouvent à la fin de ce document).

**SIGNES CLINIQUES DE LA DÉTRESSE RESPIRATOIRE**  
Polypnée (fréquence respiratoire supérieure à 20-30 fois/min), tachycardie, 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.  
NB : tous les signes ne sont pas forcément présents simultanément et peuvent être d'intensité variable.

**PROTOCOLE MÉDICAMENTEUX**  
Avant de débiter l'administration des traitements médicamenteux : installer le patient en position respiratoire (position semi-assise, coussin sous les genoux), aérer la pièce (ouvrir la fenêtre, ventilateur).

<https://www.chuv.ch/fr/soins-palliatifs/spl-home/professionnels-de-la-sante/gestion-des-symptomes-respiratoires-covid-19/>

- Protocoles pour médecins avec midazolam/pousse-seringue ou avec clonazepam/sans pousse seringue
- Protocoles de préparation pour équipe soignante

# Surveillance

Infirmière : aux 15 minutes pendant la 1ère heure puis au minimum 3x/24h

- **Profondeur-tolérance de sédation** : Fréquence respiratoire et échelle Rudkin.
- **Signes d'inconfort** : Si agitation, évaluer :
  - Douleur
  - Inconfort respiratoire
  - Globe urinaire
  - Constipation
- **Prise en charge** selon évaluation : test avec réserve de morphine, sonde urinaire, traitement constipation



# Conclusion

- Ces protocoles sont proposés dans le contexte de Covid-19 uniquement.
- Le soulagement des détresses respiratoires associe des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques.
- L'administration des médicaments se fait selon un schéma structuré et progressif pouvant aller jusqu'à une sédation.
- La sédation palliative est un acte médical validé de dernier recours. L'objectif est de soulager la souffrance.
- La pratique de la sédation palliative nécessite un processus de prise de décision

# Ressources à disposition

Formation et protocoles de détresse respiratoire, pour médecins et infirmiers :

<https://www.chuv.ch/fr/soins-palliatifs/spl-home/professionnels-de-la-sante/gestion-des-symptomes-respiratoires-covid-19/>

Si questionnements cliniques en lien avec le Covid-19 : Ligne Covid EMSP-GC: 021/314 86 87

# Bibliographie Sédation palliative

**Cherny NI, Portenoy RK.** Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10:31–38

**Cherny NI.** European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009 Oct;23(7):581-93

**De Graeff A, Dean M.** Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007 Feb;10(1):67-85

**Gurschick L, Mayer DK, Hanson LC.** Palliative Sedation: An Analysis of International Guidelines and Position Statements. *Am J Hosp Palliat Care* 2015 Sep;32(6):660-71

**Maltoni M et al.** Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol.* 2009 Jul;20(7):1163-9

**Quill TE, Lo B, Brock DW.** Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997 Dec 17;278(23):2099-104

## SFAP

**Campbell L Margaret,** Assessing Respiratory distress when patient cannot report dyspnea. *Nursing Clinic North America.* 2010; 45:363-73

# Les soins en EMS

## La collaboration interprofessionnelle

### Le soutien des équipes soignantes

S. Ducret, ICUS

G. Behaghel, ICLS

Equipe Mobile Soins Palliatifs RSRL

7 avril 2020

# Les soins en EMS : un niveau de dépendance élevé

Lourdeur en soins : moyenne 8.8 (échelle Plaisir de 1 à 12),  
classe 12 = plus de 20% des résidents  
12% des résidents nécessitent plus de 4h de soins/j

(Bilan CIVESS 2016)

# Les soins en EMS : une diversité de situations

Contexte pandémie Covid-19 : Cohabitation de résidents

- en isolement (mais parfois en chambre double)
- en fin de vie
- déambulant
- à mobiliser/stimuler
- dépendants

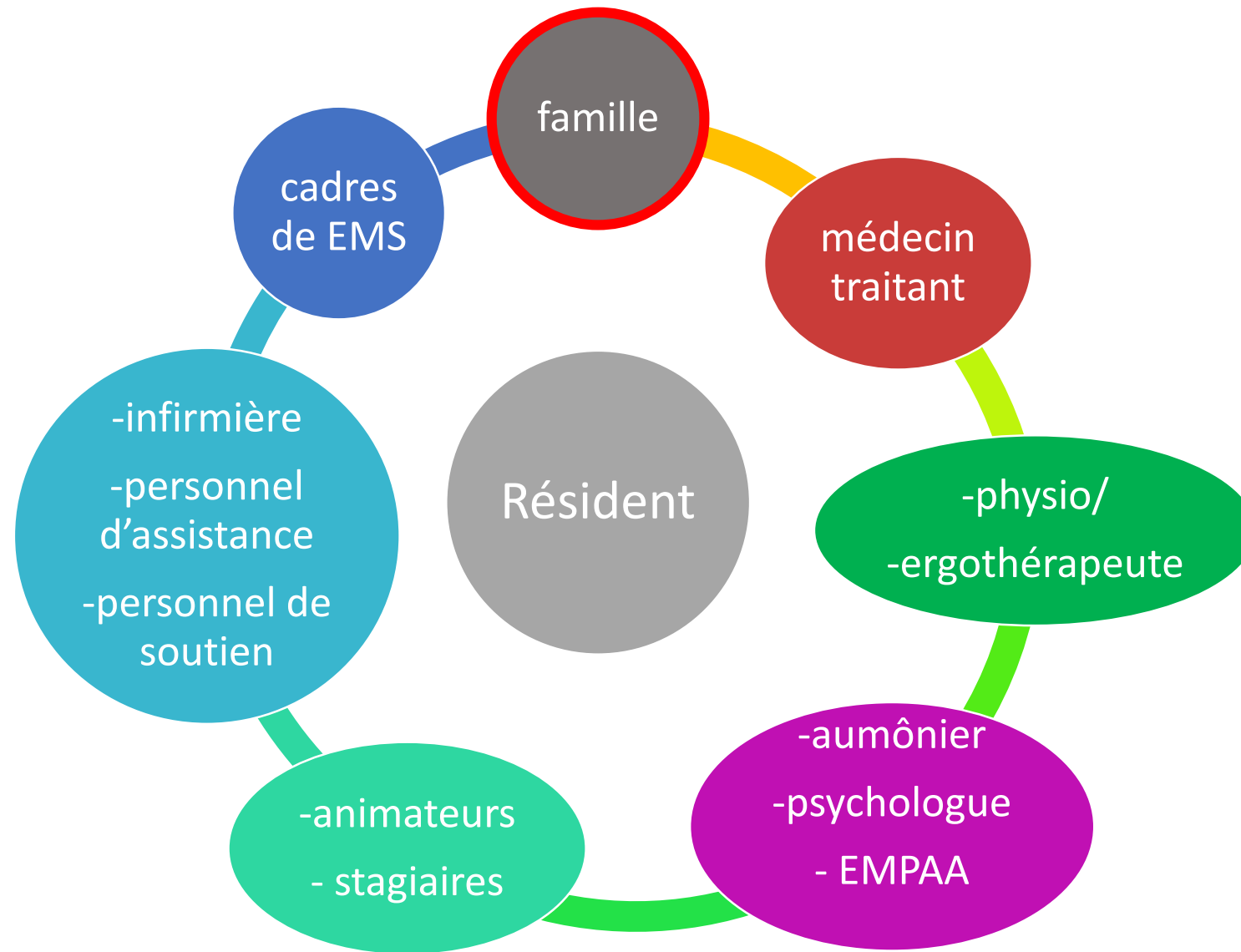
[https://www.letemps.ch/opinions/une-infirmiere-ems-travillons-actuellement-conditions-doivent-dites-grand-jour?utm\\_source=facebook&utm\\_medium=share&utm\\_campaign=article](https://www.letemps.ch/opinions/une-infirmiere-ems-travillons-actuellement-conditions-doivent-dites-grand-jour?utm_source=facebook&utm_medium=share&utm_campaign=article)

# Les soins en EMS : des limitations matérielles

- Matériel isolement : blouses, masques : peu de stock
- Pompes à perfusion, pousse-seringues : souvent aucuns
- Injections sc (cathéters : peu de stock)
- Pas d'injections IV
- Oxygénothérapie : extracteurs rares, quelques bonbonnes
- Appareils d'aspiration : rares



# EMS : la collaboration interprofessionnelle





# Personnel de soins en EMS

Exigence cantonale, cible 2020 :

- **15% minimum de personnel niveau expertise** (infirmier-ère HES/ES)  
dont 1 infirmier-ère 8h18 par jour, 7/7
- **22.5% minimum de personnel niveau assistance** (ASSC, infirmier-ère assistant-e, assistant-e socio-éducative)
- **62.5% maximum de personnel niveau soutien** (aide soignant-e, auxiliaire Croix Rouge, aide en soins et en accompagnement)

**Nuit** : présence de l'infirmier-ère diplômé-e non obligatoire,  
mais déplaçable dans les 35 min qui suivent l'appel téléphonique

(Directive cantonale dotation accompagnement 2014, avenant 2017)

# EMS : la collaboration interprofessionnelle

pour soins aigus, lourds, complexes

⇒ Limitations en RH, habilités professionnelles et matériel

avec une **grande variabilité selon les EMS**

+ Craintes des équipes sur : accompagnement des proches  
inconnu du Covid-19  
contamination  
conditions de travail

**Avant de prescrire :**  
**Connaitre les ressources à disposition**  
**Adaptation**

# EMS : la collaboration interprofessionnelle

Des équipes expertes de leurs résidents et des proches

Rôle pivot de l'infirmier-ère

Souvent attentes infirmiers-ères  $\neq$  médecins :

- Infirmier : prise en compte de leur point de vue
- Médical : suivi de leurs instructions et anticipation des besoins

**Communication – Confiance – Complémentarité**

⇒ Représentation partagée de la situation clinique

⇒ Projet commun

(Gerber et al, Bulletin des médecins suisses, 2018)

(SFAP, L'infirmier et les soins palliatifs, 2009)

# Soutien des équipes soignantes : ressources

- Médicaments/Matériel : kits (1 à 2/EMS)
  - pousses-seringues, pompes (stock cantonal)
  - injections sc (à disposition d'office)
- Renfort personnel soignant : Ligne Covid-Unisanté 021 314 76 77
- Expertise soins palliatifs-gériatrie : Ligne Covid EMSP-GC 021 314 86 87
  - soutien aux actes techniques (pose cathéter sc, pompes ; mise en pratique des protocoles, réalisation de sédations...)
  - réflexion sur l'orientation des soins
  - aide évaluation de symptômes
  - aide mise en route-adaptations des protocoles et traitements

CONTACT AVEC LES FAMILLES  
&  
OFFRES DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Melissa Riat  
Psychologue psychothérapeute FSP  
Psychologue associée Service de  
soins palliatifs et de support et  
Service de Psychiatrie de liaison -  
CHUV

# REMARQUES GÉNÉRALES

On anticipe le pire, sans savoir s'il se produira, ni s'il ressemblera à ce qu'on a anticipé – un enjeu = supporter qu'on ne sait pas

En cas d'intervention, vous vous trouverez subitement projetés dans une réalité institutionnelle et dans une situation clinique singulière inconnues – perte de repères pour vous comme pour eux eux (équipes EMS, résidents et familles)

Habiletés et compétences – notamment quant à l'annonce de mauvaises nouvelles – restent utiles, restent un appui

# INTERVENIR EN EMS QUAND ON TRAVAILLE À UNISANTÉ, AUPRÈS D'UN PATIENT QU'ON NE CONNAÎT PAS, EN COLLABORANT AVEC DES ÉQUIPES QU'ON DÉCOUVRE

Quelques réflexions et propositions relatives à votre possible intervention en EMS

Énoncer des éléments qui vous sembleront peut-être évidents, mais l'évidence se perd parfois dans l'urgence

Pas un mode d'emploi sur la conduite de l'entretien, plutôt des pistes, des suggestions – ce qui importera et vous guidera sur le moment = ce que vous dira le proche

# LES FAMILLES DE RÉSIDENTS D'EMS EN SITUATION PALLIATIVE COVID-19

## **Ce que nous pouvons craindre du vécu des proches**

Anxiété importante

Culpabilité

- De ne pas pouvoir être présent
- De ne pas pouvoir protéger, sauver

Méfiance

- Est-ce qu'il/elle est vraiment soigné ? Est-elle/il abandonné ?

Représentations possibles autour de la sédation palliative

- Euthanasie/meurtre
- Une mort seul, abandonné de tous

En cas de décès, risque de deuil compliqué sinon pathologique



# APPELS AUX FAMILLES

- **Uniquement si le médecin traitant ne peut pas s'en charger**
- On les imagine difficiles, douloureux, confrontant
- Mais ils ne vont pas forcément mal se dérouler

# ANNONCE DE LA DÉCISION MÉDICALE – AVANT L'APPEL

C'est l'urgence, mais...

- Êtes-vous au clair avec l'attitude décidée? Zones à clarifier?
- Que sait la famille de la situation du résident ? Quelles informations ont été transmises ?
- Discuter avec l'équipe de l'organisation d'une visite si c'est le désir de la famille
- Avez-vous un endroit calme à disposition pour réaliser cet appel?

# ANNONCE DE LA DÉCISION MÉDICALE – DEBUT DE L'APPEL

- Vous présenter, expliquer que vous intervenez en renfort dans l'EMS
- D'emblée demander si la personne se trouve dans un environnement favorable (≠ en voiture, ≠ au supermarché)

# ANNONCE DE LA DÉCISION MÉDICALE – DURANT L'APPEL (1)

- Conserver une posture médicale claire
- Recourir à un vocabulaire simple
- « Vous avez appris que votre X est atteint... je dois malheureusement vous annoncer que son état se dégrade (mentionner que vous l'avez examiné + décrire état clinique en termes courants) »
  - ↳ selon réaction: clarifier vs poursuivre

## ANNONCE DE LA DÉCISION MÉDICALE – DURANT L'APPEL (2)

Annnonce d'absence de transfert et de soins palliatifs sur le lieu de vie – en l'absence de directives anticipées

« Face à l'état de votre X, j'ai discuté avec Dr Médecin traitant et/ou mon CDC, **nous** avons pris le temps d'étudier son dossier et nous arrivons malheureusement à la conclusion qu'un transfert à l'hôpital serait délétère. En effet (expliquer décision médicale, emploi de termes courants) »

# ANNONCE DE LA DÉCISION MÉDICALE – DURANT L'APPEL (3)

## Annnonce de sédation palliative:

- « Tous les médicaments se sont avérés inefficaces à le/la soulager, le **seul soin** dont nous disposons pour lui apporter du confort »
- « Il s'agit d'une procédure qui se réalise par étapes, **nous resterons à ses côtés**, il/elle ne sera pas seul/e »; « c'est une option qui implique que nous restions près d'elle/de lui »

## ANNONCE DE LA DÉCISION MÉDICALE – DURANT L'APPEL (4)

- Éviter les fausses réassurances (« tout va bien se passer »)
- Demander à la personne si elle a des questions, des difficultés à comprendre ce que vous lui expliquez
- L'informer que si elle le souhaite, une visite peut être organisée
  - Si la personne exprime des réticences/sa peur de venir à l'EMS/ sa culpabilité de ne pas oser venir: souligner que sa réaction est compréhensible au vu de la situation actuelle et que bien que ça puisse être difficile, il importe qu'elle fasse ce qu'elle pense le mieux pour elle
- Assurer la personne qu'elle sera tenue informée de l'évolution de l'état de son proche

# ANNONCE DE LA DÉCISION MÉDICALE – TERMINER L'APPEL

- Souligner que vous avez conscience de la dureté de votre annonce et que les heures à venir pourraient être éprouvantes, demander si la personne est seule, si elle peut être entourée physiquement ou virtuellement
- Informer que le canton a mis en place une cellule de soutien psychologique à destination de la population, demander à la personne si elle souhaiterait que vous contactiez la hotline pour demander que quelqu'un la rappelle pour prendre de ses nouvelles

vs

Souligner votre inquiétude, votre intention de contacter la cellule pour demander que quelqu'un rappelle pour prendre des nouvelles

- Mentionner qu'une fois la crise passée, il leur sera possible de revenir à l'EMS et qu'ils auront la possibilité de discuter de ce qu'il s'est passé



# OFFRES DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE - POUR EUX

**Si inquiétude pour un membre de l'équipe EMS, lui proposer:**

Hotline professionnel

0848 477 477

**Pour un soutien de l'équipe rencontrée:**

Dr Karsten Ebbing, Equipe Mobile de Psychiatrie de l'Age Avancé

(qui coordonnera avec les autres ressources)

079/556.18.44

**Pour les familles contactées:**

Hotline santé population

0800 316 800

# OFFRES DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE - POUR VOUS

## **Supervision/ soutien individuel (et groupe):**

Dre Tânia Sofia Gonçalves Alvane, Drs Régis Marion-Veyron et Kostantinos Tzartzas

021/314.60.62

Dr Michael Saraga, Psychiatrie Liaison

michael.saraga@chuv.ch

## **Questionnements plus spécifiques SPL :**

Melissa Riat

079/556.88.18

melissa.riat@chuv.ch

(présente tous les jours sauf mercredi dès 15h)

# Soutien spirituel et religieux en temps de pandémie de Coronavirus

Contexte: Prise en soins holistiques de la personne malade en fin vie

Spiritual care **général** par tous les professionnels de santé (valeurs, critères de qualité de vie, appartenance à une communauté de foi, pratiques...)

Spiritual care **spécialisé** par les accompagnants spirituels / aumôniers



Pour la situation actuelle de crise:

3 structures de soutiens spirituel, religieux et socio-pastoral

## **Assistance spirituelle et religieuse en fin de vie**

**021 683 00 30**

**Qui appelle?**

**Médecins et soignants en EMS si pas de réponse  
par aumônier de l'institution**

**Médecins et soignants à domicile, proches aidants**

**Qui répond?**

**Pasteurs, diacres, théologiens cath et prot**

**Quand?**

**24/24 – 7/7**

**Pilotée par qui?**

**Les deux Eglises (mise en route par l'EERV)**

# **Hotline «Abraham»**

## **021 612 23 33**

**Qui appelle?**

**Toute personne qui souhaite une écoute empathique et un soutien. Médecins et soignants peuvent orienter des personnes vers cette ligne.**

**Qui répond?**

**1<sup>ère</sup> ligne triage, 2<sup>ème</sup> ligne prend appel selon critère. 60 collaborateurs / collaboratrices pastorales ECVD**

**Quand?**

**7h30 – 20h – 7/7**

**Piloté par qui?**

**Eglise catholique VD (ECVD) – service pour tous**

# **Groupe de soutien pour «Endeuillés»**

**Information par qui  
aux médecins/soignants?**

**Par Santé Publique VD**

**Groupe de soutien?**

**40 aumôniers cath et prot  
Guidés par EMCC**

**Piloté et organisé par qui?**

**EMCC (personne en charge:  
Mme Marie-Claude Grivat)**