

FLASH INFO Covid-19



CORONAVIRUS

Bulletin d'information du conseil de l'ordre des médecins de l'Aveyron et du Centre Hospitalier de Rodez sur la situation sanitaire en Aveyron

1 SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE CORONAVIRUS EN AVEYRON

Données actualisées au **19 mars 2020**

Le SARS-Cov-2 est désormais implanté en France ; les paramètres épidémiologiques une épidémie de grande ampleur. Les données nationales sont accessibles via Santé Publique France.

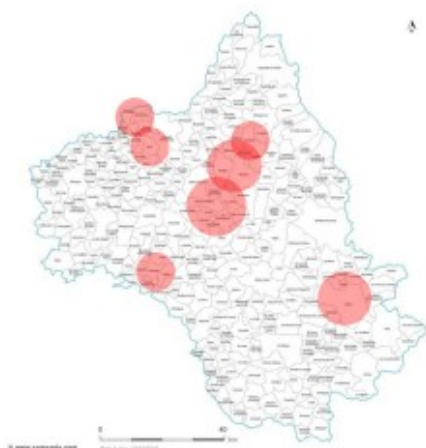
Dans l'Aveyron :

35 Cas

1 décès

8 Patients hospitalisés

2 cas réanimatoires



Nous assistons depuis 48h à une augmentation importante du **nombre de cas qui est largement sous-estimé** puisque la médecine de ville est désormais positionnée et que les tableaux sans critères d'hospitalisation ne sont pas prélevés. Les remontées du terrain font d'ailleurs état de nombreux tableaux respiratoires compatibles.

Nous pouvons considérer que la **circulation virale** est désormais largement réelle sur notre département ; nous sommes en **phase épidémique** claire

Ce flash Covid-19 comprendra désormais
une zone informations départementales.
-une zone informations régionales
-une zone informations nationales

tout ceci dans le but de prendre en charge au mieux nos patients.

L'AVIS DE L'ÉQUIPE D'INFECTIOLOGIE DE RODEZ

Nous sommes en phase 3, correspondant bien à une épidémie avec circulation virale dans notre département.

La médecine de ville est positionnée en première ligne.

L'offre hospitalière actuellement centrée sur Rodez s'étoffe :

- Filière d'urgence dédiée au SAU
- Unité de cas possibles de 8 lits
- Unité de cas confirmés de 16 lits

Le centre 15 doit être sollicité pour les situations urgentes.

Le suivi ambulatoire des patients sera confié dans la mesure du possible à la médecine de ville ; les éléments de lien (courrier par médimail) sont en cours d'élaboration.

Par ailleurs, l'offre hospitalière de territoire se coordonne avec la mise en place prochaine de filière d'urgence dédiée sur Millau et Villefranche de Rouergue. Les patients confirmés avec critères d'hospitalisation seront en revanche toujours centralisés sur l'établissement de référence, Rodez.

Vous serez informés dès que ces dispositifs décentralisés seront opérationnels

LES ORGANISATIONS DE TERRAIN MISES EN PLACE

Différentes équipes de soins primaires ont mis en place des moyens de séparer les flux de patients afin de limiter les risques de contamination lors de la délivrance des soins. Voici ce que la MSP de Laguiole, de Pont de Salars et du faubourg de Rodez ont mis en place. Il ne s'agit que d'exemples et votre CDOM souhaiterait que vous l'informiez vous aussi des solutions que vous avez adoptées, voire des nouveaux lieux dédiés Covid que vous avez mis en place.

CAS DE LA MSP DE LAGUIOLE

- Suppression des consultations sans RdV (annoncé par voie d'affiche)
- Accueil téléphonique par secrétaire et médecin dédié selon arbre décisionnel
- Distance de sécurité entre secrétaire et public accueilli
- Affichage + communication orale pour respect des mesures barrières avec SHA disponible
- 2 filières d'accueil – 2 entrées séparées – 2 lieux d'attente – 2 médecins :
 - 1). patients avec suspicion « CoVid19 » : entrée « Urgences » par interphone – accueil direct par médecin dédié (SHA pour patient + masques patient/soignant + sur-blouse soignant) pris en soins dans le bureau « Urgences » – 2e bureau possible manipulation carte Vitale, paiement espèces par l'intermédiaire d'une lingette désinfectante nettoyage des surfaces et matériels touchés entre chaque patient
 - 2). patients avec problématique « PDSA » courante non infectieuse : entrée principale salle d'attente réorganisée (suppression revues, flyers, jouets, chaises à

- 1 m d'écart) prise en soins dans le bureau du 2e médecin
- Patients avec pathologie chronique stable : appel du MT pour annulation des RdV pris – renouvellement direct par pharmacien pour 1 mois par dérogation
 - Ensemble du personnel soignant masqué
 - Internes SASPAS et Prat Niv1 masquées et préservées de la filière « CoVid19 »

La MSP de Laguiole.

CAS DE LA MSP DE PONT DE SALARS

Voici les actions mises en place au sein de notre Maison de Santé par rapport au Covid 19 :

- les espaces d'attentes ont été emménagés de façon à ce que les chaises soient espacées d'au moins un mètre, et tous les accessoires (fleurs, magazines, fontaine à eau,...) ont été enlevés
- une salle d'attente à l'extérieur de la maison de santé a été mise en place pour les patients présentant des symptômes suivants : toux, fièvre, courbatures, nez qui coule, mal à la gorge, maux de tête, diarrhées, vomissements.
- les patients présentant ces mêmes symptômes sont reçus sur rendez-vous uniquement l'après-midi, les autres patients sont reçus sur rendez-vous le matin
- les patients ayant besoin de renouveler leur traitement chronique ne sont pas reçus, ils ont pour consigne de demander leur traitement à la pharmacie avec l'ancienne ordonnance
- les infirmières ont supprimé les soins non urgents, les soins qui peuvent être réalisés par un aidant naturel
- la pédicure, la thérapeute familiale et la diététicienne ne reçoivent plus de patients jusqu'à nouvel ordre
- les kinés reçoivent les urgences respiratoires, les lumbagos en urgence, les actes post-op immédiats tels que PTH, PTG, ligamentoplastie, ...qui ne passent pas par un centre de rééducation et qui rentrent directement chez eux jusqu'à nouvel ordre
- le dentiste ne peut traiter que les urgences sévères (traumatiques, infectieuses, douloureuses), les rendez-vous ne sont donnés que par téléphone, consultations ont lieu le matin uniquement
- le secrétariat n'est ouvert que par téléphone et a été déplacé dans un bureau fermé

L'ensemble des professionnels a pris ces dispositions dans un premier temps pour diminuer le nombre de contacts afin de limiter la probable propagation du virus ainsi que si nécessaire répondre aux besoins liés au COVID 19.

Face à ces mesures, malheureusement, les professionnels n'ont pas assez de masques chirurgicaux (un par jour par soignant) et non aucun masque FFP2.

Sandrine GALIBERT
Présidente de l'APMSPS

CAS DE LA MSP DU FAUBOURG DE RODEZ

Mesures « barrière »

- Deux filières sales et propres
- Patients se lavent les mains en entrant et en sortant
- Lignes au sol de marquage des limites devant les secrétariats.
- Mise en place des téléconsultations
- Masque

- Blouses
- Nettoyage renforcé des surfaces

Accueil téléphone .

- Un médecin retraité régule avec les secrétaires et passe les appels après aux médecins .
- Renforcement de l'accueil téléphonique .

Réunion de coordination entre les médecins

- Mise en commun de nos pratiques .
- Rappel des patients en télé consultations entre j7 j8 et j2 les « comorbides » par leur médecin traitant .
- Cas suspects toux et fièvre.
- Rappel téléphonique par les volontaires des autres professions : kine , dentistes.
- Recueil des cas pour étude statistiques

Les médecins de la MSP

LE COVID EN EHPAD DANS LA VRAIE VIE

Nous vous transmettons le courrier d'un confrère, coordonnateur en EHPAD dans l' Hérault.

Vous y verrez que tous les arbres décisionnels basés sur la **seule constatation de signes respiratoires** sont à prendre avec précaution, du moins dans ce cadre de patients très âgés

Chères Amies, chers Amis,

J'ai eu au téléphone ce matin le médecin coordonnateur de l'EHPAD qui est l'un des clusters de l'épidémie de COVID sur Montpellier. Ils ont fait hospitaliser deux patients qui sont décédés récemment.

Leur travail est exemplaire et cet EHPAD permet un retour d'expérience important car ils ont 47 résidents sur 70 infectés (tous n'ont pas eu évidemment de tests) mais ils ont tous une symptomatologie de type COVID typique (cf ci-dessous) et tous les soignants symptomatiques ont été testés positifs. Le médecin coordonnateur est lui aussi malade mais continue à travailler, comme de nombreux soignants dans la même situation.

Voici, suite à la discussion que nous avons eue ce matin avec ce médecin coordonnateur tous les retours d'expériences potentiellement utiles pour nous:

- *Le premier patient qui a été adressé au CHU de Montpellier le 6 mars et qui est décédé hier a été adressé non pas pour symptôme respiratoire mais pour diarrhée. Les symptômes respiratoires sont apparus 3 jours après et le diagnostic a été confirmé le 10 mars. Sur les 47 patients infectés dans cet EHPAD, près d'une dizaine ont commencé leur "maladie" par des symptômes digestifs avant de développer des symptômes typiques.*
- *Le second patient qui est décédé a été adressé au CHU suite à une chute avec fracture du poignet début mars, les chutes étant non habituelles chez ce patient. Les symptômes respiratoires sont apparus quelques jours après avec diagnostic porté 4 jours après l'entrée au CHU. Depuis lors, plusieurs patients de cet EHPAD ont présenté des chutes inhabituelles ou ont eu des signes hypoactifs de confusion avant de développer des symptômes respiratoires et une fièvre. C'est ce délai au diagnostic lié au caractère non*

respiratoire ni fébrile du début de la symptomatologie qui est probablement responsable du fait que l'EHPAD a été très vite débordé avec maintenant des cas très nombreux.

- Les autres patients avaient une lymphopénie inexpliquée sur le bilan biologique avec un syndrome inflammatoire léger (CRP < 30) et un fébricule léger (jamais beaucoup de fièvre au début). Les symptômes respiratoires sont apparus ensuite, de même que des variations de température et hémodynamiques extrêmes (avec hypothermie à certains moments).

- En effet, quand les patients sont atteints, ce médecin est marqué par le caractère très labile de la symptomatologie avec tantôt un très grand niveau de fièvre tantôt une hypothermie, tantôt des troubles hémodynamiques majeurs avec marbrures et hypotension sévère (nécessitant une hydratation, compliquée à mettre en place en EHPAD : seulement sous-cutanées possibles dans cet EHPAD), au point de faire suspecter le décès imminent puis retour à un état normal avant de nouveau de récidiver. Cela explique que certains patients adressés par cet EHPAD au CHU dans un état de choc avec cyanose n'ont pas été acceptés car à l'arrivée du MIT, la situation n'était pas jugée suffisamment grave mais la situation s'est ensuite re-dégradée.

De ces éléments, ce médecin s'est adapté en faisant une zone de l'EHPAD avec des patients indemnes de tous ces symptômes et tous les patients qui développent diarrhée, ou changement brutal du comportement (confusion, chute, comportement inhabituel), bénéficient des mêmes règles d'isolement que les patients infectés. Dans presque tous les cas, pour ces derniers patients apparaissent dans les 4 à 5 jours des symptômes respiratoires ou de la fièvre. Cela a permis à l'EHPAD de ralentir considérablement la progression du nombre de cas en anticipant les mesures de protection et de faire que un tiers des résidents restent indemnes malgré tout.

A mon sens, il faut informer nos EHPAD mais aussi nos services recevant des sujets âgés que le COVID peut commencer chez le sujet âgé fragile par

- une diarrhée ou des vomissements

- une lymphopénie

- un changement brutal de l'état de santé par rapport à l'état habituel (avec confusion ou chutes par exemple)

- un fébricule avec variations de température d'un moment à l'autre avec oscillations entre hyper et hypothermie, nécessitant de prendre plusieurs fois la température dans la journée pour évoquer le diagnostic

- une instabilité hémodynamique

indépendamment des signes plus typiques chez des patients (signes respiratoires, haut niveau de fièvre) qu'il ne faut pas attendre pour évoquer le diagnostic.

Ces symptômes étant très fréquents chez nos patients, peut-être faut-il informer les médecins gériatres et plus généralement les médecins voyant des patients âgés fragiles qu'en présence de ces symptômes, il faut suspecter une forme débutante de COVID19 et prendre les précautions contact et gouttelettes avec ces patients pendant quelques jours (1 semaine ?) et évoquer le diagnostic dès que les symptômes respiratoires commencent, permettant de gagner du temps sur la propagation de l'épidémie en EHPAD et de confirmer le plus tôt le diagnostic des premiers cas.

Il semble que ces spécificités de présentation clinique chez les sujets âgés fragiles soient observées dans d'autres endroits.

A Paris, Mulhouse, et plus généralement dans le Grand-est, puisque nous avons un peu "d'avance" sur les autres villes, avez-vous des observations identiques de manière à ce que nous puissions communiquer en ce sens vers nos EHPAD voire remonter l'information sur la plan national ?

Bien amicalement à vous,

Pr Hubert BLAIN

*Chef du Pôle de Gériatrie du CHU de Montpellier
Coordonnateur du DES de Gériatrie pour la Région Occitanie
Centre Antonin Balme
39, avenue Charles Flahault
34295 Montpellier Cedex 5, FRANCE*

Dont acte, la gériatrie s'écarte souvent de la symptomatologie de masse !

COMMUNIQUÉ IMPORTANT DU PRÉSIDENT DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Chers confrères,

**Nouvelles modalités d'organisations professionnelles contre "l'ennemi de l'humanité"
(agence OMS)**

Nous aurons besoin de tous les médecins : généralistes et spécialistes. Les spécialistes doivent **dès à présent** se documenter pour connaître cette pandémie, notamment :

- La présentation clinique qui est simple : toux, fièvre, diarrhée, mais pas seulement.
- Les conduites à tenir voir le référentiel simplifié dans le bulletin épidémiologique de ce jour.

Afin de répondre à l'inquiétude de nos patients et de décharger collectivement nos standards. Il convient d'utiliser nos secrétariats au maximum , permanence téléphonique par médecins au maximum, faire de la téléconsultation, du renseignement téléphonique, car il n'y a rien de pire qu'un téléphone qui ne répond pas à l'angoisse de nos patients.

En cas de réquisition généralisée une fois l'état d'urgence sanitaire voté par décret tous les médecins seront réquisitionnés pour faire du Covid 19.

Le Président

Docteur Alain VIEILLESZES

RAPPEL :

SITUATIONS EN URGENGE VITALE : 15
AUTRES SITUATIONS 05 65 55 22 80
smit@ch-rodez.fr

OUTIL RÉGIONAL DE SUIVI DES PATIENTS

l'ARS Occitanie communique :

Ce courriel est envoyé à l'ensemble des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins d'Occitanie, au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins et à l'URPS Médecins Libéraux, pour diffusion auprès des médecins généralistes d'Occitanie

Madame, Monsieur,

Un nouvel outil numérique est mis à disposition des médecins généralistes et infirmiers libéraux, ainsi que des services des maladies infectieuses des hôpitaux (SMIT), pour orienter et partager le suivi des patients, cas confirmés ou suspects covid-19, en Occitanie.

Dans le contexte de lutte contre l'épidémie de coronavirus, l'ARS Occitanie a missionné le Groupement e-santé Occitanie, en partenariat avec l'ORU, pour développer en urgence **une fiche dématérialisée, partagée et sécurisée** qui permet :

- **D'identifier la gravité de l'état de santé d'un patient cas suspect ou confirmé covid-19** en fonction des réponses apportées à certaines questions ;
- **D'orienter ce patient vers la prise en charge adaptée** (suivi à domicile, suivi en cabinet médical) ou, au besoin avec le conseil du SAMU, hospitalisation pour les cas les plus graves ;
- **De suivre l'évolution de l'état de santé d'un patient en échangeant les informations entre professionnels de santé**, soit médecin généraliste-infirmier pour un patient à domicile soit médecin généraliste - hôpital pour un patient hospitalisé ;
- **De partager les informations entre médecins généralistes** en consultant les fiches d'orientation et de télésuivi créés par des confrères pour des cas similaires, dans le respect de la confidentialité des données et du consentement du patient.

L'outil « télésuivi ville-hôpital Covid-19 » est déployé progressivement sur l'ensemble de la région, pour assurer la priorité des cas les plus sévères et apporter le support adéquat aux utilisateurs (cf. informations dans le flyer joint). Toutefois, l'ensemble des médecins généralistes peut demander la création de son compte dès le jeudi 19 mars 8h00 auprès du GIP e-santé Occitanie, en se connectant sur la page

<https://www.esante-occitanie.fr/les-services/covid-19-138-247.html>

Je vous remercie, Madame, Monsieur, de votre engagement aux côtés de la population occitane dans cette période si particulière.

La situation épidémique soulève, en dehors des problèmes purement médicaux, de nombreux soucis éthiques.

Nous vous fournissons deux éclairages dans ce domaine.

FAQ-COVID-19 : FAIT PAR UN URGENTISTE

L'épidémie :

Actuellement (18/3/2020 à 14h33 et 12 secondes)

204 255 cas confirmés (décès 8.243, guérison 82.107) dans le monde (157 pays). La situation est donc une pandémie (épidémie mondiale). L'incidence de cette épidémie dans la région de Wuhan (la plus touchée) est de 1,1% de la population. La même incidence en France donnerait 660.000 cas confirmés...

Actuellement 7.696 en France avec 148 décès et 12 guérisons.

En Italie : 31.508 cas confirmés, 2.503 décès et 2.941 guérisons.

Recommandations concernant l'imagerie pour les patients suspects de CODIV avec critères d'hospitalisation à leur prise en charge initiale : Il n'y a pas de place pour la radiographie thoracique, si une imagerie est indiquée, il faut réaliser un scanner sans injection.

Durée de contagiosité serait en médiane de 20 jours [17-24] après le début des signes cliniques avec un maximum de 37 jours selon une étude chinoise sur 191 patients.

La période d'incubation a été revue, elle serait en médiane de 2 jours avec des extrêmes entre 0 et 24 jours.

Profil clinique du COVID-19 chez le sujet âgé (série de 47 patients) : profil atypique : syndrome abdominal (diarrhées ou vomissements), lymphopénie isolée, confusion, fébricule transitoire, instabilité hémodynamique.

Profil clinique du COVID-19 chez les enfants (série de 20 patients) : premiers symptômes fièvre (60%) et toux (65%). De manière surprenante, une co-infection est détectée chez 40% à la phase initiale (rare chez l'adulte). La symptomatologie est moins « bruyante » par rapport à l'adulte. La pro-calcitonine élevée semble plus informative que la CRP (à l'inverse de l'adulte), cette élévation est peut-être en rapport avec une co-infection bactérienne. Les images de scanner sont superposables aux adultes.

Intubation d'un patient COVID-19 : c'est une période à risque. Intubation à séquence rapide. Utilisation préférentielle d'un vidéo-laryngoscope pour maintenir la tête de l'opérateur la plus éloignée possible de la bouche du patient. Filtre sur circuit expiratoire et inspiratoire, BAVU. Technique orotrachéale la plus rapide possible. Si branchement ou débranchement du patient au respirateur : éteindre le respirateur avant le branchement ou le débranchement (évite pollution de l'air par le virus). Utilisation d'un circuit fermé. Opérateur habillé en protection complète (charlotte, lunette, masque, surblouse, gants). Hydroxychloroquine (Plaquenil®) et COVID-19. Une publication (Raoult D et al.) sous-pression compare trois groupes : prise d'hydroxychloroquine seul (200 mg x3/jour pendant

10 jours) (N=14), associé avec de l'azithromycine (500 mg le premier jour et 250 mg les jours suivants) (N=6), ou rien (N=16). Tous les patients étaient positifs à J0. A J6, 100% du groupe hydroxy + azythromysicne avaient une PCR négative vs. 57% dans le groupe hydroxy seul et 12% dans le groupe « rien ». Attention ! Ces résultats sont à prendre avec des pincettes : absence de randomisation, nombreux perdus de vue, groupes non comparables, et surtout effectifs ridiculement faibles qui rend les comparaisons très aléatoires. Prudence... Mais des médecins commencent les prescriptions face au buzz...

Facteurs associés à la mortalité des patients intubés COVID-19 (série de 101 patients décédés) : âge > 70 ans, existence comorbidité (HTA (58%), diabète (22%). Le décès survenait à J4 [2-7]. Le profil biologique des patients décédés révélait une élévation de la troponine, de l'urémie, de la PCT et de l'acide lactique. CD3 et CD8 étaient significativement abaissées.

Frédéric ADNET

ENJEUX ÉTHIQUES DE L'ACCÈS AUX SOINS

(réanimation et autres soins critiques (sc) en contexte de pandémie covid-19)

Pistes d'orientation provisoires (16 mars 2020)

Résumé d'un texte de recommandation professionnelle pluridisciplinaire opérationnelle (RPMO) intégrant le recours à la réanimation dans une vision globale du parcours patient.

Contexte

Dans un contexte d'exception et d'incertitude de pandémie COVID-19, où les ressources humaines, thérapeutiques et matérielles pourraient être ou devenir limitées, il est possible que les praticiens sur-sollicités dans la durée soient amenés à faire des choix difficiles et des priorisations dans l'urgence concernant l'accès à la réanimation, les limitations de traitements et l'accompagnement de fin de vie. L'absence de traitement spécifique établi renforce les besoins de soins de support attentionnés. Les principes éthiques de justice distributive, de non malfeasance des décisions, d'autonomie et de respect de la dignité de tous les patients sans oublier les plus vulnérables ainsi que l'indispensable confidentialité des données médicales sont des guides pour la prise en charge des patients atteints de formes graves de COVID-19, mais également de ceux nécessitant des soins de réanimation pour une pathologie non liée au COVID-19 1 .

Propositions

1. Décisions éclairées par des éléments objectifs potentiellement évolutifs concernant l'état de gravité, l'état antérieur de santé et d'autonomie, prises dans les meilleures conditions possibles ; tenant compte de l'avis du patient (ou à défaut de la personne de confiance ou des proches en l'absence de personne de confiance identifiée), tout au long du parcours
2. Différentes orientations possibles (cf algorithme joint)
 - Admission en réanimation, avec ou sans restriction

- Réanimation d'attente avec réévaluation précoce si incertitude ou données manquantes
- Si pas de bénéfice attendu :
 - Gravité et/ou fragilité extrêmes - proposition soins palliatifs, pour assurer une fin de vie digne et apaisée, en présence d'un proche chaque fois que possible
 - Gravité modérée autres services ou structures médicales, en anticipant une éventuelle décision d'admission en réanimation si aggravation

3. Absence de traitement spécifique établi, besoins de soins de support et de confort renforcés ; urgence de la mise en œuvre de la recherche thérapeutique ; si tentative de traitement à titre compassionnel : surveillance, traçabilité et suivi standardisé en vue d'une analyse rétrospective

4. Si limitation de soins envisagée, des soins de fin de vie appropriés et empreints de compassion sont indispensables à l'hôpital, en EHPAD ou à domicile. En cas de fin de vie à l'hôpital, la présence d'un proche du patient doit pouvoir être rendue possible, sous réserve du strict respect des mesures de protection. Rendre également possible l'utilisation de moyens de communication entre patients et proches

5. Procédures locales spécifiques pour accueil, communication, accompagnement des familles nécessaires. Proposition d'un soutien des patients et de leurs proches par des psychologues

6. Mesures de prévention de l'épuisement des professionnels de santé : respect des limitations légales des horaires de travail en ménageant des périodes de pause, accompagnement logistique et psychologique des soignants

7. Parcours patient à anticiper ; question centrale de la gestion fluide des lits pour limiter les tensions en amont et en aval

En pratique, quelques pistes

-Comment favoriser les décisions éclairées ?

Il s'agirait de rassembler une liste d'éléments objectifs (et non réaliser un calcul de score combiné) pour favoriser une décision à partir d'une conjugaison équilibrée de facteurs en intégrant la capacité des lits disponibles et la dynamique de l'épidémie :

o Recueil de la volonté ou du refus du patient d'être pris en charge en service de soins critiques, ou à défaut de sa personne de confiance ou des membres de sa famille. Avis du médecin traitant si disponible

o Etat préalable sous-jacent du patient :

1).âge, comorbidités, état cognitif, fragilité, autonomie, état de nutrition et environnement social avec : Score de fragilité clinique validé en français ou s'ils sont déjà à notre disposition score GIR, échelle d'autonomie de Katz et indice de performance de l'OMS.

2.)Évaluation de l'état nutritionnel (critère idéalement guidé par l'indice de masse corporelle et un dosage de l'albuminémie).

3.)Question sur l'environnement social et le mode de vie antérieur, sans oublier que le critère « d'utilité sociale » n'est pas un critère acceptable

o Estimation de la gravité à l'aide des éléments cliniques et paracliniques à disposition, éventuellement aidée par le score prédictif de mortalité SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)

o Cellule pluridisciplinaire et pluri-professionnelle d'appui

Comment réévaluer ? Cellule pluri-professionnelle et pluridisciplinaire incluant les personnels paramédicaux,

avec le soutien d'un praticien bénéficiant d'une expertise indépendante et adaptée à la situation ; gériatre, médecin de SP, médecin traitant ou autre praticien en vue d'une stratégie collégiale

o Conférence de famille avec les praticiens en charge du patient

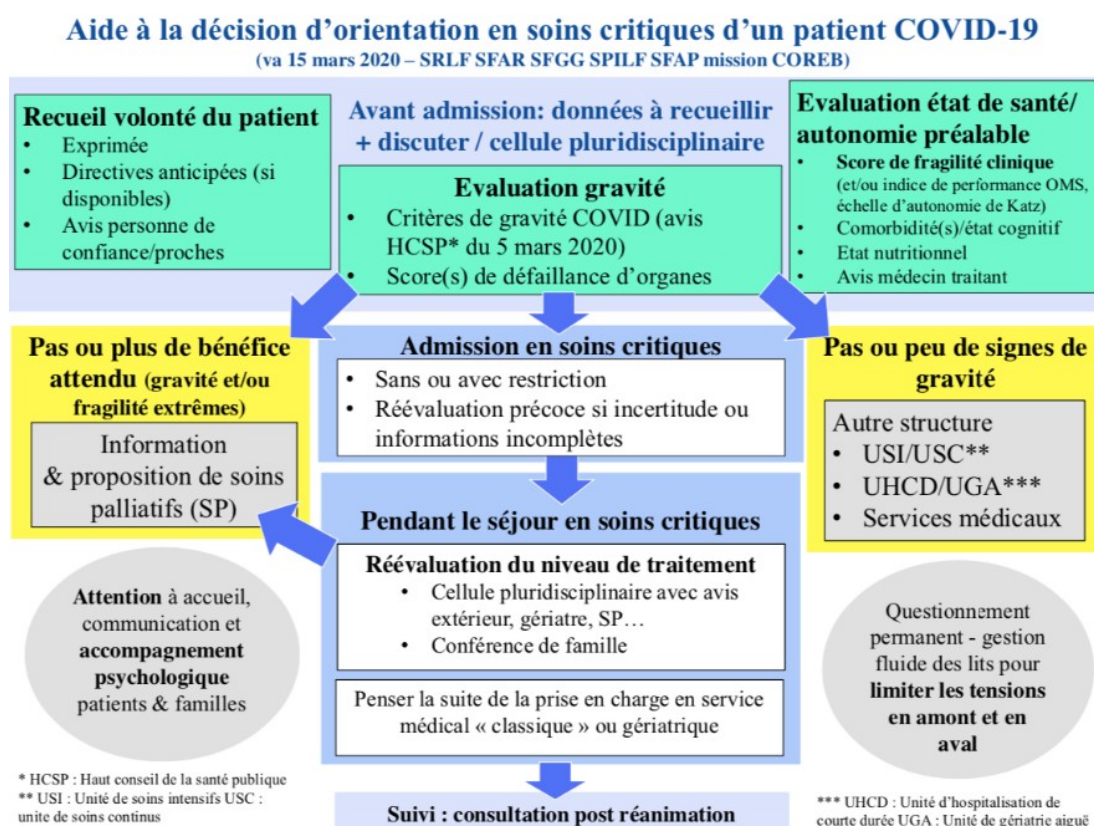
o Dans les situations complexes, envisager l'aide des comités d'éthique locaux

Comment prévenir l'épuisement des professionnels de santé ?

Respecter les durées légales de temps de travail pour favoriser la disponibilité des professionnels de santé sur la durée et prévenir l'épuisement professionnel et réaffecter ou recruter des professionnels pour accompagner les services

Favoriser des temps de paroles et d'échanges pour prévenir et repérer les professionnels fragilisés par cette situation. Ces temps individuels ou collectifs sont animés par des psychologues des services de soins, ou sollicités en renfort

Accompagner logistiquement les professionnels de santé pour faciliter leur vie quotidienne



Résumé RPMO Ethique réanimation COVID19, 16 mars 2020

Demain nous vous communiquerons l'avis du Comité Consultatif National d'Ethique.