Création d'une unité spécifique de soins palliatifs dans un service d'urgences en période de pandémie : étude descriptive qualitative

Catherine Bollondi Pauly

Infirmière spécialiste clinique en antalgie et soins palliatifs, Direction des soins, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

Eliane Dalex

Infirmière spécialiste clinique en oncologie, direction des soins, HUG

Florence Rochon

Infirmière spécialiste clinique en oncologie, direction des soins, HUG

Nathalie Dieudonné Rahm

Médecin adjoint, Département de Réadaptation et de Gériatrie, HUG

Maria Goreti Da Rocha Rodrigues

Infirmière spécialiste clinique en soins palliatifs, direction des soins, HUG
Professeure assistante, Haute école de santé, HES-SO, Genève

Résumé *Création d'une unité spécifique de soins palliatifs dans un service d'urgences en période de pandémie : étude descriptive qualitative* – Cet article décrit l'expérience des professionnels impliqués dans la création d'une unité de soins palliatifs dans un service d'urgences en contexte de la pandémie COVID-19. Une approche descriptive qualitative est utilisée. Les professionnels venant de différents secteurs avec des connaissances diversifiées, se sont retrouvés autour des valeurs partagées de soins palliatifs : l'unicité, la dignité et l'authenticité. Ces valeurs ont été déclinées autour de quatre thèmes : soignant en tant que qui je suis, l'esprit d'équipe, l'être humain, l'environnement. Des pistes en sont proposées pour faire face à de nouvelles crises sanitaires.

Abstract *The creation of a specialist palliative care unit in an emergency department during a pandemic: A qualitative descriptive study* – This article describes the experience of professionals involved in the creation of a palliative care unit in an emergency department during the COVID-19 pandemic. A qualitative descriptive approach is used. Professionals from different sectors and with a diverse range of knowledge came together around shared values of palliative care: uniqueness, dignity, and authenticity. These values were broken down into four themes: the caregiver as who I am, team spirit, the human being, and the environment. We propose some pathways for dealing with new health crises.

Introduction

Alors que la maladie à coronavirus (COVID-19) s'est propagée de manière fulgurante à l'échelle mondiale, avec des récits médiatiques décrivant de nombreuses difficultés à faire face au contexte inédit d'un afflux de patients dans les hôpitaux, les systèmes de santé et la communauté ont été confrontés à de nouveaux défis plus fréquemment rencontrés lors de crises humanitaires[1]. Les symptômes des patients confrontés à une forme sévère d'infection COVID-19 se caractérisent par une détérioration rapide de l'état de santé avec des difficultés respiratoires, dont 20 % nécessitent une hospitalisation[2]. Des réponses en matière de santé ont dû être trouvées rapidement, avec de nouvelles ressources, impliquant des contraintes majeures.

C'est dans ce contexte qu'en mars 2020, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont pris des dispositions particulières et sont devenus le centre COVID-19 pour la région de Genève. Pendant cette épidémie, l'effort a consisté à conjuguer des stratégies pour sauver le plus de vies possible tout en offrant un accompagnement palliatif de qualité qui respecte la dignité des personnes nécessitant des soins de fin de vie, notamment dans les services des urgences ou des soins intensifs[3]. Quel que soit le contexte, personne ne devait souffrir et mourir seul.

Une unité de six lits a été créée au sein du service des urgences adultes en collaboration avec le service de médecine palliative. Une équipe a été réunie en quelques jours. Elle était composée de professionnels issus des soins aigus, appuyés d'un pool de réservistes¹ de l'institution. Pour la grande majorité, le recrutement de collaborateurs animés par un intérêt pour les soins palliatifs s'est fait sur la base du volontariat. Les moyens octroyés rapidement par les services d'exploitation et logistique de l'institution ont permis d'accueillir en toute sécurité et dans les meilleures conditions possibles, les patients et leurs proches, dans le respect des restrictions imposées par le contexte (espace de rencontre spacieux et calme pour les proches). L'utilisation de technologies digitales a été privilégiée pour les échanges avec les proches qui ne pouvaient se rendre sur place (téléphone, applications de visioconférence, SMS, mails). La préoccupation de l'équipe a été de limiter l'impact des restrictions de visite et d'offrir tous les possibles pour que les personnes puissent dire au revoir à leurs proches dans les meilleures conditions[2].

Une attention particulière a été portée à la mixité des compétences des professionnels issus de différents services avec des missions variées (administration, enseignement, consultance, unités de soins, soins palliatifs spécialisés). Les plannings des infirmiers, des auxiliaires de soins comme les assistants en santé et soins communautaires ou aides-soignants ont été élaborés pour assurer un service vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept. Un référentiel de standards de pratique basés sur des recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)[4], de l'Association suisse palliative.ch [5], de l'Association européenne des soins palliatifs (EAPC)[6] et des HUG [7] a été constitué afin d'apporter un cadre de référence pour des soins en garantissant qualité et sécurité. Il regroupait des recommandations pour le soulagement des symptômes liés au COVID-19, l'accompagnement psychologique et spirituel, les mesures de protection pour le personnel, les modalités institutionnelles de visites et, pour les démarches à suivre en cas de décès, dans le respect des pratiques religieuses de la personne. Ces recommandations étaient adaptées au contexte local dans le respect des normes internationales. Enfin, un encadrement à l'arrivée dans l'unité a été organisé pour chaque collaborateur.

La mission de cette unité a été ajustée de façon dynamique aux activités et aux besoins des secteurs COVID-19 de l'institution. Au-delà de l'objectif d'accueillir dans les lieux dédiés des patients atteints de COVID-19 en fin de vie, et à la demande des cadres, des tournées pluriquotidiennes ont été effectuées pour soutenir les équipes de réanimation, des soins intensifs et des soins intermédiaires, notamment dans le processus des retraits thérapeutiques. Effectivement, les recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) de mars 2020 laissaient entrevoir des moments difficiles. En effet, selon les capacités d'accueil, les patients devaient être triés sur la base du meilleur pronostic [8]. Il était ainsi nécessaire de se préparer à soutenir les équipes, face à la perte de patients et à la souffrance des proches, d'autant plus car certains professionnels issus du domaine de l'anesthésie étaient peu familiarisés avec des situations de retraits thérapeutiques.

Dans ce contexte exceptionnel de pandémie générant des processus de changement organisationnels et humains et afin de répondre à une mission particulière de soins palliatifs, il nous est paru intéressant d'explorer l'expérience vécue par les professionnels qui ont participé à cette mission.

¹ Service dédié à la réaffectation des professionnels selon les besoins liés à la pandémie.

Méthodologie

Une approche descriptive qualitative a été choisie afin d'explorer l'expérience des professionnels de la santé impliqués dans cette mission. Cette méthode est recommandée pour décrire les expériences personnelles et les réponses des individus à un événement ou à une situation [9]. Nous cherchions à explorer la manière dont chacun a donné du sens à sa réalité et les significations qu'il y a attribuées. Ce devis qualitatif permet d'explorer des phénomènes peu étudiés. Une invitation à participer a été envoyée à tous les membres de l'équipe (N = 21) par courrier électronique. Ces derniers étaient invités à décrire leur vécu, les éléments facilitants ou limitants, les améliorations possibles et les apprentissages réalisés. Les retours pouvaient se faire par courrier électronique ou postal selon leur souhait du respect de l'anonymat. Le processus d'analyse est inspiré de Huberman et Miles [10] avec une étape de codage des résultats par deux auteures de façon indépendante puis validée par une troisième personne, suivie d'une structuration en thèmes, d'une analyse des données et enfin d'une discussion par l'ensemble des auteures.

Résultats

Treize infirmières, une étudiante et un médecin ont répondu à l'appel, pour la majorité par courrier électronique. L'analyse des textes a permis de mettre en évidence des thèmes en lien avec les valeurs des professionnels :

Les valeurs

Tout d'abord, c'est l'adhésion aux concepts fondamentaux des soins palliatifs tels qu'ils sont décrits dans la définition de l'OMS [11] qui émerge comme thème commun et principal.

Participant 10 : « [...] des valeurs communes tacites liées à la spécialité "soins palliatifs" qui ont créés cette forme de connivence, comme une certaine complicité : nous parlions, pensions le même langage ».

Dans les valeurs apparaissent l'authenticité, la dignité et l'unicité (figures 1 et 2). Ces principes constituent un socle fondamental et se déclinent à plusieurs niveaux (individu, équipe, patient et proches). Ils se reflètent dans le discours de manière explicite ou implicite dans chaque thème et sous-thème que nous définirons plus loin.

Figure 1. Les thèmes

Figure 2. Déclinaison des valeurs

a) L'authenticité touche à la fois la manière d'incarner ou de vivre les valeurs définies. Il s'agit d'une attitude vraie congruente avec soi, ses valeurs, ses pensées, l'écoute et en témoignage à l'autre ; dans ses actes.

Participant 1 : « Les soins de fin de vie, l'accompagnement des derniers instants demandent une présence authentique et vraie. Après cela on se sent vidé d'énergie, certains ont besoin d'en parler d'autres pas. »

Participant 7 : « Concepts incarnés dans la pratique des professionnels. »

b) L'unicité se réfère à la singularité de chaque personne et de chaque expérience vécue. Pour veiller à l'unicité de chaque situation, l'authenticité est incontournable, l'une étant intimement liée à l'autre.

Participant 10 : « Ce type d'accompagnement est à chaque fois une expérience inédite qui se réinvente à chaque départ de patient. L'intensité émotionnelle de ce moment unique invite à un mode relationnel simple, délicat et authentique. »

Participant 8 : « j'ai appris à écouter les personnes et à laisser des temps de pause dans une conversation difficile qui je pense sont facilitateurs pour tous. J'ai aussi appris à voir les soins autrement ».

c) La dignité correspond au respect, à la considération et aux égards que mérite chaque être humain. Ce principe inclut le respect de son unicité et de la singularité de chaque instant de la vie, quelles que soient les circonstances.

Participant 1 : « Accompagner la personne dans la dignité, le respect de ce dernier et unique moment. »

L'adhésion à ces principes s'exprime en particulier à travers les quatre domaines (figure 1) que sont : 1) soignant en tant que qui je suis, 2) l'esprit d'équipe, 3) l'être humain et 4) l'environnement.

Le soignant en tant que qui je suis

Ce domaine (figure 3) renvoie au soignant en tant qu'individu et à son rôle professionnel. Cette expérience a permis l'expression des choix et des qualités personnelles, le déploiement des capacités d'adaptation et la valorisation de l'engagement professionnel.

Ce thème se décline en : a) le sens donné, b) l'engagement et c) le rehaussement des compétences.

a) Le sens donné

L'expérience vécue a renforcé la conscience du sens donné aux rôles et aux choix professionnels.

Figure 3. Thème 1 : soignant en tant que qui je suis

Participant 4 : « j'ai rencontré des personnes extra qui m'ont encore plus donné goût d'être infirmière, très beau partage d'expérience. Elles/ils ont su me rassurer et m'aiguiller concernant les prises en soins palliatifs que je ne connaissais pas du tout. »

Participant 10 : « Tout en me sentant en rupture avec mon quotidien, je me suis sentie "à ma place". »

b) L'engagement

Cette expérience a offert l'opportunité d'exprimer l'engagement des professionnels. Le sentiment d'appartenance à une équipe et à une institution partageant les mêmes valeurs a renforcé et donné corps à cet engagement, répondant au sentiment d'urgence sanitaire, motivant l'émergence d'un élan de solidarité pour soutenir la communauté et un besoin de se sentir utile pendant la crise.

Participant 9 : « Très important pour moi de participer comme mes collègues, ne pas rester cachée à l'arrière ». »

Participant 3 : « J'ai plus que jamais ressenti ce sentiment d'appartenance à la grande maison des HUG, ce qui est un cadeau dans une période si troublée. »

c) Rehaussement des compétences

Confrontés à de nouveaux défis et exigences leur imposant de sortir de leur zone de confort, les professionnels ont mobilisé leurs compétences et en ont déployé de nouvelles. La spontanéité dans la posture valorise cet aspect.

Participant 9 : « Pour vivre le changement j'ai dû sortir de ma zone de confort, quitter une posture d'expert pour pratiquer d'autres soins, rencontrer des nouveaux collègues, expérimenter d'autres pratiques. C'est un exercice intéressant que celui de vivre une rupture, le connu de sa propre "routine" pour apprendre du nouveau. »

Participant 8 : « Il est vrai qu'en arrivant dans le service, je n'en menais pas large. Inconnu qui subsiste à tous les niveaux (nouvelle équipe, nouveaux service, nouveau patient) dans le contexte anxio-gène du COVID qui a contribué fortement à cette situation. »

L'esprit d'équipe

L'esprit d'équipe (figure 4) traduit la capacité des professionnels à participer à une mission commune, à collaborer et à privilégier la réussite du groupe plutôt que la réussite individuelle. Il se caractérise par la complémentarité et le sentiment d'appartenance.

a) La complémentarité des compétences est mise en avant comme un facteur facilitant, une chance, une opportunité, chaque participant se reconnaissant comme un maillon de la chaîne.

Participant 3 : « L'adaptation a été aisée du fait des compétences cliniques et humaines de chacun, d'une collaboration constructive avec les autres unités, du soutien quotidien du psychologue et de l'aumônerie. »

Participant 6 : « A sollicité les compétences et ressources de chacun pour le mettre au service [...] offert une opportunité de contribuer ».

b) L'appartenance : ce sentiment est une source de confort, de soutien, de sécurité. La cohésion de l'équipe a été nourrie par un climat de bienveillance et une vision partagée.

Participant 12 : « Si c'était à refaire, même équipe car sans le vouloir mêmes valeurs humaines et considération de ce qu'est une relation avec les collègues, les patients et les familles ».

Participant 13 : « Ce qui a été aussi très aidant c'était l'aide de chacun, la valeur ajoutée des compétences : commande de matériel, DPI² [...]. Tout s'est fait de façon bienveillante et avec le respect des uns et des autres, ainsi que le rythme de chacun. »

L'Être humain

L'Être humain (figure 5) comprend à la fois la personne soignée et ses proches. Le terme Être signifie que chaque individu est un être à part entière, ce qui le détermine, son existence ; le terme humain valorise l'humanité dans les soins. Les soignants ont exprimé leurs préoccupations de prendre en soins, soutenir et accompagner avec humanité, les personnes malades en fin de vie et leurs familles dans le respect de l'unicité et de la dignité.

À plusieurs reprises, il est relevé l'importance du maintien de la communication entre les patients et leurs proches grâce aux moyens digitaux disponibles limitant ainsi l'isolement des patients et de leurs proches.

Participant 8 : « Un autre point facilitant était de savoir que l'on avait la possibilité de joindre la famille et que les personnes pouvaient être accompagnées dans leur fin de vie par deux membres de leur famille. »

Figure 4. Thème esprit d'équipe

Figure 5. Thème être humain

Participant 13 : « Tout au long de cette expérience nous avons essayé d'adapter de moment en moment les offres de prise en charge aux personnes soignées et à leur famille. Par exemple, téléphones, SMS pour venir, rencontre en salle d'attente, discussion avec les autres membres de la famille. »

L'environnement

L'environnement regroupe des systèmes à différents niveaux (macro-méso-micro), c'est-à-dire la structure, l'organisation, les lieux, les conditions, les ressources, avec des facteurs facilitants pour une mission aboutie (figure 6). Les points possibles d'amélioration concernent les conditions dans lesquelles la mission a été adaptée au fil des jours puis terminée.

Participant 2 : « Un classeur de protocole de soins, d'informations, de démarche à suivre et des brochures étaient à disposition dans l'unité. Cet outil de grande qualité d'informations face à la situation m'a rassurée car tout avait été pensé, réfléchi, répondait à toutes les interrogations. »

² L'application DPI : Dossier patient intégré, HUG.

Figure 6. Thème environnement

Participant 5 : « Clarifications de “qui prescrit”, les médecins qui transféraient les patients ne savaient pas forcément qu’ils allaient devoir prescrire [...] clarification de notre mission auprès des soins intensifs, [...] ajustement des horaires. »

Discussion

Les professionnels venant de différents secteurs avec des connaissances spécifiques se sont retrouvés autour des *valeurs* partagées (l'unicité, la dignité, l'authenticité). Ces valeurs étaient au centre de leurs préoccupations ; ils souhaitaient accompagner avec humanité. Face aux restrictions des visites, la présence de la famille au chevet du patient a été limitée. Les soignants ont comblé cette absence par leur présence et facilité l'accès à distance pour les proches[12]. Les mesures de protections telles que le port du masque pour tous ont rendu la communication difficile particulièrement auprès de la population âgée et ont nécessité une approche et une posture affinée[13]. Le respect de l'unicité de chaque personne considère chaque expérience vécue de manière unique et en synchronisant les rythmes. Cette approche de soins s'inscrit dans un courant de pensée infirmière qualifié de « paradigme unitaire-transformatif » selon Newman[14]. Cette manière de conceptualiser les soins dépasse les propositions décrites par Fawcett[15] de soins, santé, environnement et être humain pour proposer le *caring* dans l'expérience de la santé humaine. Le *caring* définit la nature des soins, la présence, la résonance et la signification ; ce sont des éléments importants à considérer pour une approche visant l'unicité de chaque personne. Les concepts essentiels sont liés à la relation soignant-soigné. Il s'agit d'un phénomène

unitaire d'intégralité personne-environnement-santé ininterrompu, vécu dans un processus mutuel transformatif au moment présent[16]. Cette intégralité est relevée par notre analyse, car les domaines *soignant en tant que qui je suis, esprit d'équipe, être humain et environnement* sont imprégnés par ces valeurs. Dans un contexte de pandémie, accompagner des personnes en fin de vie peut être source de souffrance psychologique. Les recommandations sont de garantir le bien-être des professionnels en offrant un soutien par des experts mais aussi par les pairs comme en témoignent nos participants[12]. C'est peut-être cette bienveillance et bienfaisance qui ont permis aux soignants de se sentir ressourcés par cette expérience et ce, en l'absence de tout esprit de concurrence avec l'objectif de se concentrer essentiellement sur les besoins des patients et de leur famille[17]. La collaboration constructive et fructueuse a été relevée dans le thème l'esprit d'équipe avec une volonté de se découvrir et de s'enrichir mutuellement.

Les différents besoins auxquels cette équipe a répondu ont été décrits dans d'autres centres. Les soins palliatifs doivent permettre de prendre les meilleures décisions, de prodiguer des soins aux familles et d'offrir un soutien psychosocial et spirituel essentiel dans ce contexte de crise sanitaire et de fin de vie[3,18,19]. L'importance de ne pas banaliser l'impact des visites en fin de vie, même en contexte de pandémie a été relevée par différents auteurs[1,2]. L'accès à des soins palliatifs doit être facilité pour les équipes généralistes qui s'occupent de ces patients[18]. En ce sens, l'équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs peut développer et mettre à disposition des équipes des outils pour garantir le meilleur accompagnement en soins palliatifs dans un tel contexte[20].

Durant la pandémie COVID-19, les soins palliatifs doivent s'adapter à un style de soins palliatifs d'urgence car l'état de santé des patients peut se détériorer rapidement et nécessite des décisions rapides et des plans de traitement clairs. Ceux-ci doivent être facilement suivis par les professionnels dans les unités de soins[21]. L'environnement est un élément influant dans l'expérience rapportée des soignants. Les dispositifs de protections adéquats ont renforcé le sentiment de sécurité des collaborateurs. Des locaux et équipements adaptés, ainsi qu'un nombre suffisant de professionnels font également partie des éléments importants relevés dans la littérature[22]. Dans cet environnement composé de pratiques non familières pour beaucoup d'entre eux, chacun a trouvé sa place et s'est engagé face à ces nouveaux défis de prise en charge. Cependant, comme le

souligne le rapport du Conseil fédéral sur les soins palliatifs de 2018, actualisé en septembre 2020 suite au COVID-19, cette adaptation à un nouvel environnement est plus aisée dans un contexte hospitalier rattaché à une structure de gouvernance cantonale que dans des structures à gouvernance privée comme certains EMS, par exemple [23].

L'expérience de cette situation de crise a été une occasion de développement personnel exprimé dans le thème *soignant en tant que qui je suis*. Les valeurs des soins palliatifs telles qu'authenticité et unicité se sont traduites par une communication transparente et rassurante qui a contribué à instaurer un sentiment de confiance et de contrôle. Démontrer une attitude bienveillante, qui transmet le soutien à la fois en tant que professionnel de la santé et en tant qu'individu, contribue à maintenir les performances individuelles et collectives à long terme [19], à un rehaussement des compétences et à un ancrage dans les valeurs partagées.

La nature même de cette pandémie a nécessité une nouvelle approche des soins et de nouvelles méthodes de travail. Celles-ci peuvent s'avérer très stressantes pour les soignants, devant s'adapter à une augmentation du volume et de l'intensité de leur travail, mais également à de nouveaux protocoles et une tout autre « normalité » [12]. Dans ce sens, les infirmières spécialistes cliniques identifient les recommandations et élaborent un référentiel de bonnes pratiques [24]. L'analyse des expressions des participants révèle que le leadership est certes influencé d'une part par la philosophie et l'attitude des décideurs mais repose en pratique sur la plupart des acteurs de terrain en période d'épidémie, à l'instar de ce qui est décrit par les experts en gestion de crises humanitaires [25]. La mise en œuvre des directives institutionnelles a ainsi été le fruit d'une concertation afin de les adapter autant que nécessaire aux besoins observés (laissant place aux exceptions) ou jugés comme des standards minimaux et incontournables (ex. visites des proches) [26]. De Lima Thomas *et al.* soulignent par ailleurs la remarquable capacité des équipes soignantes à se réinventer, à s'adapter et à déployer de nouvelles connaissances lors de situation de crise telle que celle du COVID-19 [20].

Perspectives

Pour le futur, nos sociétés et institutions de soins doivent sans aucun doute se préparer à une prochaine situation d'épidémie. L'anticipation doit être réfléchie selon plusieurs axes : la formation indispensable pour s'entraîner à répondre à une nouvelle

crise sanitaire [27] devrait comporter des connaissances fondamentales de soins palliatifs [28], notamment au sujet de la considération des besoins des proches des personnes en fin de vie et des principes éthiques à intégrer dans toutes les prises en soins. Il faudrait prévoir également une formation continue des professionnels à la gestion de crise, [28] avec par exemple la simulation de scénarios nécessitant une gestion collaborative et un leadership partagé entre plusieurs équipes nouvellement composées, à l'image de ce que proposent Fausto *et al.* dans leur article de mars 2020 [29].

Conclusion

Retracer les étapes de la mise en place d'une unité de soins palliatifs dans un temps record a montré comment les institutions pouvaient faire confiance aux professionnels qui ont su réagir et faire face à cette crise. La mise à disposition de référentiels a permis de guider les professionnels face au domaine peu familier, l'urgence palliative. Explorer l'expérience des soignants engagés dans cette unité en révélant les valeurs qui ont guidé ces derniers, a mis en évidence l'importance de réfléchir à une philosophie de soins partagée dans un système.

L'établissement d'un bilan des apprentissages réalisés lors de la crise permettrait de suggérer une réflexion sur les rôles dans lequel chaque collaborateur souhaiterait s'engager en prévision d'une nouvelle crise sanitaire. L'identification des compétences et des capacités individuelles en congruence avec le centre d'intérêt de chacun permettrait à chaque professionnel de trouver sa place et de déployer au mieux son potentiel de manière ciblée. Œuvrer dans la même direction donne de la force dans la collaboration, permettant de surmonter les obstacles et offrir des soins de qualité.

Remerciements

Les auteures remercient les professionnels qui se sont engagés dans l'unité de soins palliatifs au sein du service des urgences et qui ont témoigné de leur expérience ; M^{me} Marie-José Roulin et M^{me} Camille Thentz pour leur relecture. Des remerciements particuliers sont adressés à la direction des soins, à la direction médicale, à la P^{re} Sophie Pautex et à M. Miguel Ferreira pour le soutien dans la création de l'unité.

Références bibliographiques

- Humanitarian health ethics. Alleviating suffering and upholding dignity in the midst of Covid 19 response 2020 [Available from: <https://humanitarianhealthethics.net/home/hheat/hhe-covid-19-resources/>].
- Bajwah S, Wilcock A, Towers R, Costantini M, Bausewein C, Simon ST, et al. Managing the Supportive Care Needs of Those Affected by COVID-19. *European Respiratory Journal*. 2020; 55(4): 2000815.
- Downar J, Seccareccia D. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010; 39(2): 291-295.
- Office fédéral de la santé publique. Nouveau coronavirus 2020 [Available from: www.bag.admin.ch/bag/fr/home.html].
- Palliative.ch. Focus Corona 2020 [Available from: www.palliative.ch/fr/professionnels/task-forces/focus-corona/].
- European Association for Palliative Care. Coronavirus and the Palliative Care Response 2014 [Available from: www.eapcnet.eu/publications/coronavirus-and-the-palliative-care-response].
- HUG. Coronavirus de la maladie Covid-19 2020 [Available from: www.hug-ge.ch/coronavirus].
- ASSM. Pandémie Covid-19: Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources [cited 2020 04.07]. [Available from: assm.ch/fr/coronavirus].
- Paillé P, Mucchielli A. *L'Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (4^e éd.). 430 p.
- Miles M, Saldaña J, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3^e éd.). Los Angeles, Sage Publishing. 2014, 381 p.
- OMS. Soins palliatifs 2002 [cited 2020 06.07]. [Available from: www.who.int/cancer/palliative/fr/].
- Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting Nurses' Psychological and Mental Health. *Journal of Clinical Nursing*. n/a(n/a).
- Schlögl M, A. Jones C. Maintaining Our Humanity Through the Mask: Mindful Communication During COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020; 68(5): E12-E13.
- Newman MA, Smith MC, Pharris MD, Jones D. The Focus of the Discipline Revisited. *ANS Advances in Nursing Science*. 2008; 31(1): E16-E27.
- Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2^e éd.). Philadelphie, F.A. Davis, 2005. 623 p.
- Smith MJ, Fitzpatrick JJ. Perspectives on the Unitary Transformative Person-Environment-Health Process for the Knowledge Base of Nursing. *ANS Advances in Nursing Science*. 2019; 42(1): 43-57.
- Cina C, Lischer A, Merlo C, Studer C, Hadorn L. Soins palliatifs et médecine de famille. *Bulletin des médecins suisses*. 2020; 101(1920): 610-612.
- OMS. Considérations liées à la santé mentale et au soutien psychosocial pendant la pandémie de COVID-19 2020 [Available from: <https://www.who.int/fr/publications-detail/mental-health-and-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak>].
- Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce during the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*. 2020; 323(15): 1439-1440.
- De Lima L, Thomas J, Leiter RE, Abraham JL, Shameklis JC, Kiser SB, Gelfand SL et al. Development of a Palliative Care Toolkit for the COVID-19 Pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020; 60(2): e22-e25.
- Fusi-Schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi C. Conservative Management of COVID-19 Patients – Emergency Palliative Care in Action. *Journal of Pain and Symptom Management*.
- Radbruch L, Knaut FM, de Lima L, de Jongheere C, Bhadelia A. The Key Role of Palliative Care in Response to the COVID-19 Tsunami of Suffering. *Lancet* (London, England). 2020; 395(10235): 1467-1469.
- Le Parlement suisse. Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie [Available from: www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20183384].
- Corless IB, Nardi D, Milstead JA, Larson E, Nokes KM, Orsega S et al. Expanding Nursing's Role in Responding to Global Pandemics 5/14/2018. *Nursing Outlook*. 2018; 66(4): 412-415.
- Phillips JP, Ragazzoni L, Burel WG, Burkle FM, Keim M. Report from the COVID-19 Virtual Summit, Disaster Experts Speak Out, March 31, 2020. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2020: 1-6.
- Nouvet E, Sivaram M, Bezanson K, Krishnaraj G, Hunt M, de Laat S et al. Palliative Care in Humanitarian Crises: A Review of the Literature. *Journal of International Humanitarian Action*. 2018; 3(1): 5.
- Forster BB, Patlas MN, Lexa FJ. Crisis Leadership During and Following COVID-19. *Canadian Association of Radiologists Journal*. 2020: 0846537120926752.
- Anneser J. Dying Patients with COVID-19: What should Hospital Palliative Care Teams (HPCTs) be Prepared For? *Palliat Support Care*. 2020: 1-3.
- Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D et al. Creating a Palliative Care Inpatient Response Plan for COVID-19 – The UW Medicine Experience. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020; 60(1): e21-e26.