



Messages clés sur la COVID-19 et les soins palliatifs



14 octobre 2020

MESSAGES CLÉS

- Compte tenu de près de 10 000 décès au Canada à la suite de la première vague de la COVID-19, en plus des 265 000 personnes au Canada qui décéderont en 2020, il est impératif que les soins palliatifs et l'approche palliative des soins demeurent la pierre angulaire des soins infirmiers^{1,2}.
- L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) et le Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens (GI-SPC) croient que des soins palliatifs accessibles et spécialisés de grande qualité fournis par un nombre suffisant d'infirmières et infirmiers réglementés au sein d'une équipe interdisciplinaire doivent être offerts à toutes les personnes en cas de pandémie. Il faut également soutenir une approche palliative des soins tout au long de la pandémie, puisque ce type d'approche permet d'« aider les gens à bien vivre jusqu'à leur décès, pendant toute la durée de vie et dans tous les milieux de pratique »³.
- Durant la pandémie, les soins palliatifs fournis par les infirmières et infirmiers sont essentiels pour aborder la prise en charge de la douleur et des symptômes; faire progresser la planification préalable des soins et les discussions sur les objectifs des soins; les dilemmes éthiques; le deuil blanc et le deuil compliqué vécus par les membres de la famille et les personnes soignantes ainsi que les besoins en soins complexes des patients à risque élevé, notamment les aînés, les personnes ayant des conditions médicales sous-jacentes et celles qui sont immunodéficientes⁴.
- Les soins palliatifs de grande qualité fournis aux patients *qui ne sont pas atteints de la COVID-19* ne doivent pas être éliminés durant la pandémie. Le gouvernement a le devoir d'assurer la prestation de soins à des niveaux adéquats afin de limiter les risques d'exposition à la COVID-19⁵.
- Les restrictions imposées aux visiteurs en soins palliatifs et en soins de fin de vie doivent se fonder sur une évaluation des risques au cas par cas. Les politiques doivent prendre en compte les graves préjudices qui peuvent découler de l'absence de la famille au chevet du patient et ne pas utiliser un modèle « universel ».
- Il faut limiter l'isolement imposé aux patients en soins palliatifs qui ont été exposés ou ayant obtenu un diagnostic positif à la COVID-19 à la durée minimale nécessaire afin d'atténuer les risques d'infection. Cette recommandation vise les milieux où une telle stratégie de contrôle des infections est défendable.
- L'AIIC appuie les protocoles de visite compatissants pendant la pandémie qui permettraient aux personnes mourantes de recevoir la visite de leurs proches tout en respectant les mesures de sécurité, comme

SUITE DES MESSAGES CLÉS

l'utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI), comme l'énonce l'Agence de la santé publique du Canada⁶. Les visites représentent un besoin éthique pour la sécurité des patients, car cela favorise la représentation et la défense des droits⁷. Ces visites doivent avoir lieu avant les derniers 48 heures de vie, alors que le patient est encore lucide et en mesure de communiquer.

- Il faut maintenir l'équité en accordant plus d'attention aux patients qui sont défavorisés – y compris les sans-abri, les personnes incarcérées, les Autochtones et les populations rurales – puisque les inégalités systémiques augmentent lors de contraintes dans le système de santé⁸. De plus, les interventions agressives en fin de vie et les décès dans les unités de soins intensifs sont liés aux communautés racialisées et immigrantes au Canada, ce qui met en évidence la nécessité d'approfondir la recherche dans ce domaine pour appuyer

l'accès égal aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie ainsi que la prestation équitable de ces soins^{9,10}.

- La détresse morale et le stress traumatique secondaire (une réaction au stress qui se produit lorsque l'on connaît ou aide une ou des personnes qui vivent des traumatismes) causés par la pandémie de même que le deuil sont des enjeux importants auxquels sont confrontés en ce moment les travailleurs de la santé¹¹.
- Il est essentiel d'aborder la planification préalable des soins compatissants et d'engager la conversation sur les objectifs des soins dès que possible avec tous les patients, leurs familles, les mandataires spéciaux et les travailleurs de la santé, de préférence avant que le patient ne développe une maladie grave, et sur une base continue par la suite^{12,13,14}.



CONTEXTE

- **Soins palliatifs** : « une approche qui cherche à améliorer la qualité de vie des personnes et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie limitant la qualité de vie, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le traitement de la douleur et d'autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels qui lui sont liés. »¹⁵
- **Approche palliative des soins** : « une philosophie et un ensemble de principes qui s'appliquent à toutes les personnes atteintes d'une maladie limitant la qualité de vie et qui en meurent. La stratégie palliative intègre les philosophies et les principes des soins palliatifs dans les soins primaires, les soins de longue durée et tous les services de santé généraux. »^{16,17}

Les soins palliatifs sont axés non seulement sur les soins de fin de vie, mais également, de manière plus générale, sur l'identité individuelle, la qualité de vie et le soulagement des souffrances, sans tenir compte du décès imminent de la personne¹⁸. Par conséquent, en plus d'influencer le nombre de personnes qui pourraient être emportées par la COVID-19, le risque de la prestation de soins palliatifs inadéquats a aussi des effets sur les personnes dont le plan de soins palliatifs actuel est modifié par la pandémie¹⁹.

Les soins palliatifs sont menacés par la pandémie. À la suite de la mise en place de politiques sur les restrictions imposées aux visiteurs, les patients et leurs familles choisissent de ne pas accéder aux soins palliatifs, comme l'admission en résidences, même s'ils ne bénéficient pas du soutien nécessaire dans leur emplacement actuel. En outre, la notion fondamentale d'une « bonne santé », définie par chaque patient pour lui-même et qui inclut souvent la famille à son chevet, est gravement menacée par les restrictions imposées aux visiteurs. Les difficultés rencontrées avec l'aide médicale à mourir (AMM) sont aussi préoccupantes à ce jour. Lorsque le service médical est jugé non urgent, l'accès à l'AMM peut être restreint dans certains hôpitaux²⁰. Les limites en matière de ressources et la distanciation physique peuvent entraîner des problèmes de conformité avec les exigences prévues par la loi, comme la nécessité que deux témoins indépendants signent une demande pour obtenir l'AMM²¹. La fourniture de l'AMM peut aussi être retardée dans certaines circonstances²².

Une analyse documentaire effectuée par l'Institut canadien d'information sur la santé avant la pandémie révèle que, dans le monde, entre 62 % et 89 % des patients qui décèdent pourraient bénéficier des soins palliatifs²³. Il est donc essentiel que, pendant cette période, les soins soient également maintenus pour les personnes qui ne sont pas atteintes de la COVID-19. Pour assurer la prestation continue de ces soins, l'AICC croit que le gouvernement doit soutenir l'embauche du personnel approprié et des niveaux de dotation dans tous les secteurs, en accordant une attention aux soins de longue durée (SLD), car ces enjeux représentent des vulnérabilités de longue date dans ce secteur²⁴. Le gouvernement fédéral a élaboré un [Cadre sur les soins palliatifs](#) qui est déjà en cours et qui peut appuyer davantage une réponse à la COVID-19 dans le secteur des soins palliatifs²⁵.



PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS ET OBJECTIFS DES SOINS

- **Planification préalable des soins** : un processus qui dure toute la vie au cours duquel les patients examinent leurs valeurs et leurs volontés en matière de soins, tiennent des conversations avec les membres de leur famille et leurs amis concernant leurs volontés futures en matière de soins de santé et choisissent un mandataire spécial²⁶.
- **Objectifs des soins** : une conversation visant à déterminer les valeurs et les volontés en matière de soins des patients en rapport avec leur situation clinique *actuelle*²⁷. Ces discussions sont particulièrement importantes en ce moment en raison du risque de détérioration rapide des patients atteints de la COVID-19 et peuvent entraîner la prise de décisions concernant le traitement médical et le soulagement des symptômes qui s'alignent sur ce qui revêt la plus grande importance pour les patients et leurs familles²⁸.

Faire participer proactivement les patients et leurs proches à la planification préalable des soins et à la conversation sur les objectifs des soins est capital afin d'éviter de fournir aux patients des traitements indésirables et de maintien de la vie. De tels traitements sont particulièrement problématiques en période de contrainte supplémentaire du système de santé²⁹. Ce type de conversations fournit l'orientation pouvant contribuer à réduire le fardeau psychologique sur les patients, les familles et les fournisseurs de santé, de même que le stress financier sur le système de santé, particulièrement en ce moment.

Il y a de nombreux obstacles à ces discussions dans le contexte actuel, tels que les problèmes de confiance (liés aux craintes de rationnement des ressources de la santé, ce qui est notamment le cas de certaines personnes noires et de groupes minoritaires ethniques, ainsi que d'autres communautés qui connaissent de la discrimination, telles que les groupes LGBTQIA+); le manque de temps à consacrer aux patients parmi le personnel; les lacunes en matière de modèles, d'outils et de systèmes appropriés en situation de pandémie ainsi que les préoccupations liées à la communication avec les familles compte tenu des mesures liées à la distanciation physique³⁰. Il est d'autant plus important de tenir ces conversations tôt à la lumière des politiques sur les restrictions imposées aux visiteurs en raison de la pandémie de COVID-19.

Veillez vous reporter à la section des [Ressources](#) pour obtenir d'autres renseignements sur la planification préalable des soins et la conversation sur les objectifs des soins pour soutenir les patients qui sont atteints et qui ne sont pas atteints de la COVID-19.



**CHAGRIN
ET DEUIL**

L'expérience de la mort et du processus de la mort pendant la pandémie de COVID-19 peut entraîner des problèmes émotionnels pour les familles et les travailleurs de la santé. En raison des mesures liées à la distanciation physique, bien des patients ne peuvent pas dire au revoir en personne et les travailleurs de la santé doivent aider les patients à établir un lien avec leurs proches durant leurs derniers moments par téléphone ou vidéoconférence³¹. Les travailleurs de la santé doivent également informer les familles du décès à l'aide de ces moyens de communication³². Les restrictions imposées aux visiteurs provoquent de la détresse chez la personne mourante et ses proches, puisque cela limite la possibilité de tenir la main de la personne, de lui dire au revoir, de lui demander pardon ou d'avoir une dernière conversation significative avec elle³³. Les mesures liées à la distanciation physique influencent négativement les rituels entourant les funérailles et le deuil, puisqu'elles compliquent le rassemblement des personnes endeuillées³⁴. En outre, les mesures liées à la distanciation physique l'obligeant, de nombreuses ressources, telles que les services de répit et les centres de jour, ont cessé, ce qui a accru la charge de travail des soignants à domicile.

Le deuil blanc et le deuil compliqué après la mort en raison des restrictions imposées aux visiteurs et d'autres problèmes découlant de la pandémie sont des résultats possibles pour les membres de la famille et les soignants en ce moment³⁵. Les infirmières et infirmiers doivent établir une communication de grande qualité avec les patients et leurs familles, y compris reconnaître et valider les réponses émotionnelles, en plus d'intervenir face à celles-ci, de même qu'aider en vue d'un décès possible³⁶. Ce mode de communication consiste en une stratégie afin d'aborder le deuil blanc, qui, à son tour, améliore les résultats pour les familles en période de deuil³⁷. Les infirmières et infirmiers peuvent aussi mettre en relation les patients et les familles avec les ressources de la télésanté, comme celles offrant du soutien en vue de la planification et du chagrin qui suivent le deuil³⁸.

D'autres complications que peuvent connaître les travailleurs de la santé en raison de la pandémie de COVID-19 comprennent la détresse morale, le stress traumatique secondaire et le chagrin en général qui sont liés à la pandémie³⁹. Les infirmières et infirmiers et d'autres travailleurs de la santé peuvent aussi éprouver du chagrin en raison de leur incapacité à prodiguer des soins aux patients comme ils le souhaiteraient⁴⁰.



SOINS PALLIATIFS POUR LES PATIENTS QUI NE SONT PAS ATTEINTS DE LA COVID-19 DURANT LA PANDÉMIE

Malgré les contraintes actuelles dans le système médical, il est impératif que les patients en soins palliatifs qui *ne sont pas atteints* de la COVID-19 continuent d'avoir accès à des soins de grande qualité⁴¹. Cela a de l'importance, car les soins palliatifs sont un droit de la personne et, en leur absence, il pourrait y avoir une aggravation de la maladie et de la souffrance; de plus, le système de santé pourrait devenir encore plus saturé^{42,43}. Les patients en soins palliatifs ayant une maladie préexistante ou un âge avancé peuvent décéder de la COVID-19⁴⁴. Ainsi, il faut prodiguer des soins qui réduisent le plus possible l'exposition éventuelle au virus.

Le transfert des patients ayant une maladie limitant leur espérance de vie vers des soins hospitalisés ne sera plus possible si le système de santé est saturé par les soins aux patients atteints de la COVID-19. Dans cette éventualité et pour aider à réduire l'exposition des populations vulnérables en soins palliatifs à la COVID-19, il est essentiel d'établir des soins palliatifs à distance et des soins à domicile⁴⁵. Les fournisseurs de soins primaires doivent s'associer avec les experts en soins palliatifs et les organismes de soins à domicile afin de surveiller leurs patients et de fournir du soutien en vue de la gestion continue des symptômes⁴⁶. Les complications liées à cette transition incluent la possibilité que le personnel en soins à domicile devienne dépassé en cas d'augmentation de la charge de travail. Une vaste formation et un soutien considérable à l'intention des soignants à domicile s'avéreront également nécessaires⁴⁷.

Les effets actuels de la distanciation physique sur les patients en soins palliatifs qui n'ont pas la COVID-19 doivent aussi être pris en compte. Même s'ils ne sont pas atteints de la COVID-19, de nombreux patients peuvent demeurer isolés de leurs proches en raison de protocoles hospitaliers, des mesures de restriction de voyage et des pratiques en lien avec la distanciation physique⁴⁸.



MESURES À PRENDRE

- Les mesures qui peuvent être prises pour réduire les répercussions de la pandémie sur le système de soins palliatifs comportent l'assurance⁴⁹ :
 - ▶ Qu'il y a suffisamment de médicaments, d'équipement pour administrer les médicaments et d'EPI disponible, spécialement en SLD et en milieux communautaires;
 - ▶ Que les règlements limitant la disponibilité et la prescription de morphine et d'hydromorphone injectables sont suspendus;
 - ▶ Que les travailleurs de la santé sont formés sur les besoins en soins palliatifs et, qu'au moyen de la planification de la pandémie régionale, le personnel ayant de l'expérience en soins palliatifs est mobilisé pour veiller à ce que les fournisseurs de soins palliatifs spécialisés ne soient pas débordés durant une période de pointe;
 - ▶ Que l'espace est optimisé au moyen de l'utilisation de lits dans les centres de soins palliatifs, notamment pour les patients qui ne sont pas atteints de la COVID-19, et que des unités de soins palliatifs sont établis pour les patients atteints de la COVID-19;

- ▶ Que l'équité est maintenue et que les fournisseurs de la santé et le gouvernement accordent de l'attention aux personnes défavorisées, y compris les sans-abri, les personnes incarcérées, les Autochtones et les populations rurales, puisque les inégalités systémiques sont aggravées en période de contrainte du système de santé.
- L'accès rural aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie doit être maintenu durant toute la pandémie, car ces populations pourraient rencontrer encore plus de difficultés à accéder aux ressources et aux services.
- En l'absence de visiteurs et de divers membres interdisciplinaires en raison des mesures liées à la distanciation physique dans certains établissements, les infirmières et infirmiers ont maintenant des responsabilités supplémentaires. Cette hausse de la charge de travail est accablante, augmente le risque de détresse et réduit le temps nécessaire à consacrer à chaque patient. Ces changements ne sont pas pris en considération dans l'affectation des ressources humaines. Il faut évaluer les attentes actuelles des infirmières et infirmiers et mieux les soutenir dans leurs rôles.
- Les infirmières et infirmiers doivent s'assurer que la communication est maintenue avec les familles et les patients qui ne sont pas en mesure de se voir en personne en raison des mesures de contrôle de l'infection⁵⁰. Les établissements de soins de santé devraient offrir des téléphones intelligents, des tablettes ou des ordinateurs portatifs aux patients et fournir une connexion Internet gratuite durant la pandémie⁵¹. Les patients qui ne peuvent pas utiliser ces moyens de communication en raison de leur condition doivent obtenir du soutien en priorité de la part des travailleurs sociaux et des conseillers spirituels en santé⁵².
- Concernant le deuil, il est crucial que les infirmières et infirmiers se soutiennent entre elles en ce moment afin qu'ils puissent continuer à prodiguer des soins aux patients^{53,54}. Des réunions de soutien virtuelles régulières sont recommandées pour que le personnel se réunisse et réfléchisse à ses propres sentiments au cours de la pandémie et soit précis lorsqu'il s'agit de fournir des soins de fin de vie⁵⁵. Les services de soutien en période de deuil doivent aussi être accessibles aux personnes qui perdent un membre de leur famille, un proche ou un collègue lors de la pandémie⁵⁶.
- En cas de ressources limitées et de possibilité d'exposition des patients à la COVID-19, il est possible de donner la priorité aux patients en soins palliatifs qui sont atteints et qui ne sont pas atteints de la COVID-19. Cela comprend identifier les patients qui nécessiteront très probablement des soins directs en personne, peu importe le milieu, ceux qui peuvent être gérés dans leur milieu actuel au moyen de visites directes ou d'options de soins virtuels et ceux qui peuvent suivre leur plan de soins actuel et dont les consultations de suivi peuvent être reportées⁵⁷.
- Les administrateurs d'établissement ont la responsabilité de communiquer et de travailler invariablement avec les infirmières et infirmiers pour veiller à fournir des soins palliatifs de manière efficace et efficiente durant la pandémie. Les infirmières et infirmiers jouent un rôle de représentation et de leadership dans les politiques institutionnelles et il importe que les administrateurs soient réceptifs à leurs commentaires.
- Les patients atteints de la COVID-19 qui sont triés afin de *ne pas* recevoir, ou qui optent pour ne pas recevoir, de soins intensifs ou l'appui d'un respirateur peuvent continuer à exiger le soulagement de leurs souffrances, en particulier la dyspnée, au moyen de l'utilisation d'opioïdes, d'anxiolytiques et de stratégies non pharmacologiques^{58,59}. Les fournisseurs de soins doivent s'assurer que des méthodes relatives aux opioïdes de l'établissement, de même que des opioïdes, sont disponibles; que les opioïdes sont prescrits selon les protocoles relatifs aux traitements en fonction des données probantes et que les patients sont observés avec diligence afin de prévenir tout effet nuisible involontaire sur leur santé⁶⁰.



RESSOURCES SPÉCIFIQUES À LA COVID-19

[Pallium Canada : Modules sur les soins palliatifs dans le contexte de la COVID-19](#) (modules d'apprentissage en ligne gratuits pour les travailleurs de la santé concernant les soins palliatifs durant la pandémie)

[Portail palliatif canadien](#)

[Parlons-en Canada](#)

[Speak Up Ontario](#)

[How to Talk to Your Loved Ones & Healthcare Team about Your Wishes & Goals If You Become Sick with COVID-19 \(New Coronavirus\)](#)

[Association des infirmières et infirmiers du Canada : Considérations déontologiques pour les infirmières et infirmiers en cas de pandémie](#)

[Fraser Health: Serious Illness Conversation Guide: A Conversation Tool for Clinicians, Adaptation for COVID-19](#)

RESSOURCES NON SPÉCIFIQUES À LA COVID-19

[Speak Up Canada: Advance Care Planning in Canada: A Pan-Canadian Framework \(2020\)](#)

[Association canadienne de soins palliatifs](#)

[Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens](#)

[Santé Canada : Cadre sur les soins palliatifs au Canada](#)

[Parlons-en Canada : Goals of Care Conversation Guides for Patients without COVID-19](#)

[Parlons-en Canada : Centre de ressources](#) (inclut des liens vers les ressources provinciales et territoriales)

[My ICU Guide](#) (renseignements et aide à la prise de décisions médicales pour les personnes ayant un proche aux soins intensifs)

[Plan Well Guide](#) (outils de planification pour vous-même ou un proche en cas de maladie grave)

- 1 Association canadienne de soins palliatifs. (2020b). *COVID-19 and hospice palliative care: An overview of emerging issues and recommendations*. Tiré de <https://www.chpca.ca/wp-content/uploads/2020/04/Coronavirus-and-HPC-FINAL-April-6-2020-2.pdf>
- 2 Gouvernement du Canada. (2020). *Maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) : Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie*. Tiré de <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>
- 3 Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne de soins palliatifs et le Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens. (2015). *L'approche palliative des soins et le rôle des infirmières* [énoncé de position commun]. Tiré de https://cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/lapproche-palliative-des-soins-et-role-des-infirmieres_f.pdf?la=fr&hash=2C7D91767BBC21A7C06F43AB411C3F11511962F3
- 4 Rosa, W. E. et Davidson, P. M. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Strengthening our resolve to achieve universal palliative care. *International Nursing Review*, 67(2), 160-163. doi:10.1111/inr.12592
- 5 Mehta, A. K. et Smith, T. J. (2020). Palliative care for patients with cancer in the COVID-19 era. *JAMA Oncology*. Tiré de <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2765828>
- 6 Association canadienne de soins palliatifs. (2020a). *L'Association canadienne de soins palliatifs demande des protocoles de visite plus compatissants pendant la pandémie de la COVID-19*. Tiré de https://www.acsp.net/news/lassociation-canadienne-de-soins-palliatifs-demande-des-protocoles-de-visite-plus-compatissants-pendant-la-pandemie-de-la-covid-19/?_ga=2.173473066.829091554.1602082677-165724223.1602082677
- 7 Carnevale, F. A. (2020). *COVID-19 pandemic measures: Ethical consequences of barring families from hospitals and long-term care centers*. Tiré de <https://medium.com/@franco.carnevale/covid-19-pandemic-measures-ethical-consequences-of-barring-families-from-hospitals-and-long-term-951b812e7f49>
- 8 Arya, A., Buchman, S., Gagnon, B. et Downar, J. (2020). Pandemic palliative care: Beyond ventilators and saving lives. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(15), E400-E404.
- 9 Yarnell, C. J., Fu, L., Manuel, D., Tanuseputro, P., Stukel, T., Pinto, R., ... Fowler, R. A. (2017). Association between immigrant status and end-of-life care in Ontario, Canada. *JAMA*, 318(15), 1479-1488. DOI :10.1001/jama.2017.14418
- 10 Yarnell, C. J., Fu, L., Bonares, M. J., Nayfeh, A. et Fowler, R. A. (2020). Association between Chinese or South Asian ethnicity and end-of-life care in Ontario, Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(11), E266-E274. DOI :10.1503/cmaj.190655
- 11 Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A. et White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70-e76. Tiré de [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30207-4/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(20)30207-4/fulltext)
- 12 Amir, H., Chagla, Z., Jaeschke, R. et Prebtani, A. (2020). COVID-19: Survival guide – 1ère édition, Université McMaster, Faculté de médecine, Hamilton (Ontario) Canada. *Canadian Journal of General Internal Medicine*, 7(3). Tiré de <https://www.cjgim.ca/index.php/csim/article/view/453>
- 13 Hamilton Family Medicine. (2020). *Call to action: Importance of advanced care planning and goals of care discussions with patients during the COVID-19 pandemic*. Tiré de <https://hfam.ca/2020/04/13/call-to-action-importance-of-advanced-care-planning-and-goals-of-care-discussions-with-patients-during-the-covid-19-pandemic/>
- 14 Parlons-en Canada. (2020). *La planification préalable des soins au Canada : Cadre pancanadien*. Tiré de https://www.advancecareplanning.ca/wp-content/uploads/2020/09/ACP-Framework-FR-2020.pdf?_ga=2.38706148.613296748.1602863902-574605568.1602863902
- 15 Santé Canada. (2018). *Cadre sur les soins palliatifs au Canada*. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/soins-palliatifs/cadre-soins-palliatifs-canada.html>
- 16 Ibid.
- 17 Ibid.
- 18 Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne de soins palliatifs et le Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens. (2015). *L'approche palliative des soins et le rôle des infirmières* [énoncé de position commun]. Tiré de https://cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/lapproche-palliative-des-soins-et-role-des-infirmieres_f.pdf?la=fr&hash=2C7D91767BBC21A7C06F43AB411C3F11511962F3
- 19 Ibid.
- 20 Association canadienne de protection médicale. (2020). *Fin de vie : Des soins empreints de compassion pendant la pandémie de COVID-19*. Tiré de <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2020/end-of-life-planning-for-compassionate-care-during-covid-19>
- 21 Ibid.
- 22 Ibid.
- 23 Institut canadien d'information sur la santé. (2018). *Accès aux soins palliatifs au Canada*. Ottawa : auteur. Tiré de <https://www.cihi.ca/fr/acces-aux-soins-palliatifs-au-canada>
- 24 Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2020). *Vision de 2020 : améliorer les soins de longue durée pour les personnes au Canada*. Tiré de https://cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/2020-vision_improving-long-term-care-for-canadians_f.pdf?la=fr&hash=79878F9875B74B5ECD0D857DC96728DD22F2579C
- 25 Santé Canada. (2018). *Cadre sur les soins palliatifs au Canada*. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/soins-palliatifs/cadre-soins-palliatifs-canada.html>
- 26 Parlons-en Canada. (2020). *La planification préalable des soins au Canada : Cadre pancanadien*. Tiré de https://www.advancecareplanning.ca/wp-content/uploads/2020/09/ACP-Framework-FR-2020.pdf?_ga=2.38706148.613296748.1602863902-574605568.1602863902
- 27 Ibid.
- 28 LeBlanc, T. W. et Tulsy, J. (2018). *Discussing goals of care*. UpToDate. Tiré de <https://www.uptodate.com/contents/discussing-goals-of-care>

- 29 Curtis, J. R., Kross, E. K. et Stapleton, R. D. (2020). The importance of addressing advance care planning and decisions about do-not-resuscitate orders during novel coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA*, 323(18), 1771-1772.
- 30 Selman, L., Lapwood, S., Jones, N., Pocock, L., Anderson, R., Pilbeam, C., ... Ondruskova, T. (2020). *Advance care planning in the community in the context of COVID-19*. Tiré de <https://www.cebm.net/covid-19/advance-care-planning-in-the-community-in-the-context-of-covid-19/>
- 31 Pattison, N. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. *Intensive & Critical Care Nursing*, 58, 102862. Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7132475/>
- 32 Ibid.
- 33 Société canadienne de psychologie. (2020). "Psychology Works" fact sheet: *Grief, bereavement and COVID-19*. Tiré de <https://cpa.ca/psychology-works-fact-sheet-grief-bereavement-and-covid-19/>
- 34 Ibid.
- 35 Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A. et White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70-e76. Tiré de [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30207-4/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(20)30207-4/fulltext)
- 36 Ibid.
- 37 Ibid.
- 38 Ibid.
- 39 Ibid.
- 40 Pattison, N. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. *Intensive & Critical Care Nursing*, 58, 102862. Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7132475/>
- 41 Lapid, M. I., Koopmans, R., Sampson, E. L., Van den Block, L. et Peisah, C. (2020). Providing quality end-of-life care to older people in the era of COVID-19: Perspectives from five countries. *International Psychogeriatrics*, 1-8. doi:10.1017/S1041610220000836
- 42 Arya, A., Buchman, S., Gagnon, B. et Downar, J. (2020). Pandemic palliative care: Beyond ventilators and saving lives. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(15), E400-E404.
- 43 Bhattacharyya, O. et Agarwal, P. (2020). Adapting primary care to respond to COVID-19. *Médecin de famille canadien*. Tiré de <https://www.cfp.ca/news/2020/04/09/04-09-1>
- 44 Powell, V. D. et Silveira, M. J. (2020). What should palliative care's response be to the COVID-19 pandemic? *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e1-e3. Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156808/>
- 45 Bhattacharyya, O. et Agarwal, P. (2020). Adapting primary care to respond to COVID-19. *Médecin de famille canadien*. Tiré de <https://www.cfp.ca/news/2020/04/09/04-09-1>
- 46 Ibid.
- 47 Ibid.
- 48 Gimon, E. (2020). Palliative care in the era of COVID-19: A reflection from the trenches. *Médecin de famille canadien*. Tiré de <https://www.cfp.ca/news/2020/04/24/04-24>
- 49 Arya, A., Buchman, S., Gagnon, B. et Downar, J. (2020). Pandemic palliative care: Beyond ventilators and saving lives. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(15), E400-E404.
- 50 Krakauer, E. L., Daubman, B.-R., Aloudat, T., Bhadelia, N., Black, L., Janjanin, S. et Khan, F. (2019). Palliative care needs of people affected by natural hazards, political or ethnic conflict, epidemics of life-threatening infections, and other humanitarian crises. In E. Waldman and M. Glass (Éd.), *A field manual for palliative care in humanitarian crises*. New York : Oxford University Press. Tiré de <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529>
- 51 Arya, A., Buchman, S., Gagnon, B. et Downar, J. (2020). Pandemic palliative care: Beyond ventilators and saving lives. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(15), E400-E404.
- 52 Ibid.
- 53 Pattison, N. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. *Intensive & Critical Care Nursing*, 58, 102862. Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7132475/>
- 54 Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A. et White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70-e76. Tiré de [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30207-4/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(20)30207-4/fulltext)
- 55 Doherty, M. et Hauser, J. (2020). Care of the dying patient. In E. Waldman and M. Glass (Eds.), *A field manual for palliative care in humanitarian crises*. New York : Oxford University Press. Tiré de <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529>
- 56 Association canadienne de soins palliatifs. (2020a). *L'Association canadienne de soins palliatifs demande des protocoles de visite plus compatibles pendant la pandémie de la COVID-19*. Tiré de https://www.acsp.net/news/lassociation-canadienne-de-soins-palliatifs-demande-des-protocoles-de-visite-plus-compatissants-pendant-la-pandemie-de-la-covid-19/?_ga=2.173473066.829091554.1602082677-165724223.1602082677
- 57 Réseau ontarien des soins palliatifs. (24 mars 2020). *Planification de la prestation des soins palliatifs au cours de la pandémie de la COVID-19*. Tiré de [https://www.virtualhospice.ca/Assets/Planning for Palliative Care During the COVID 19 Pandemic Mar 26 2020_20200327182537.pdf](https://www.virtualhospice.ca/Assets/Planning%20for%20Palliative%20Care%20During%20the%20COVID%2019%20Pandemic%20Mar%2026%2020200327182537.pdf)
- 58 BC Centre for Palliative Care Guidelines. (2020). *Symptom management for adult patients with COVID-19 receiving end-of-life supportive care outside of the ICU*. New Westminster, BC: Author. Tiré de <https://bc-cpc.ca/cpc/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-End-of-Life-Symptom-Management.pdf>
- 59 Radbruch, L., Knaut, F. M., de Lima, L., de Joncheere, C. et Bhadelia, A. (2020). The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *The Lancet*, 395(10235), 1467-1469.
- 60 Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Prise en charge clinique de la COVID-19 : orientations provisoires, 27 mai 2020* (no WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5). Tiré de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332437/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>