

Force de travail nécessaire pour la charge de travail liée à la pandémie : Réponses du GIFD

Quelle est la force de travail (norme, qualification/compétence du personnel, etc.) nécessaire en lien avec la charge de travail engendrée par la pandémie ? »

Le GIFD se compose d'infirmiers algologues travaillant dans différents secteurs et c'est la réflexion de tous qui a permis la rédaction de ce document.

- Equipe Algologique Multidisciplinaire (EAM) : fonction transversale. Les EAM sont composées d'un médecin anesthésiste, un psychologue et une ou plusieurs infirmiers algologues.
- Centre Multidisciplinaire de Traitement de la Douleur Chronique (CMTDC) : équipe composée de un ou plusieurs médecins anesthésistes et/ou de médecine physique et réadaptation, un ou plusieurs psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, une assistante sociale, un pharmacien parfois, un infirmier algologue
- Equipe multidisciplinaire pédiatrique, composée un ou plusieurs médecins pédiatriques et/ou anesthésiques, un infirmier algologue et/ou autre métier (psychologues, kiné, diététicienne, assistante sociale)
- Une maître assistante en haute école d'infirmière et maître de conférences à l'ULg ayant une expertise en algologie
- Un acute pain service (prise en charge de la douleur aigue post opératoire)
- Un infirmier du secteur du domicile

1. Comment le travail a-t-il été poursuivi dans notre secteur ? Et quel est l'impact du COVID dans ce secteur ?

Certaines infirmières sont restées à leur poste habituel et ont constaté des difficultés telles que :

- Organiser les aménagements nécessaires aux consultations (Ex. : commande de matériel, mesures d'hygiène et de distanciation sociale)
- Faire respecter les consignes du port de masques, de la distanciation sociale parmi les membres de l'équipe multidisciplinaire.
- Faire respecter les consignes concernant le port du masque, de la gestion du linge par les parents d'enfants hospitalisés. Dans l'ensemble, elles ont été bien respectées car elles étaient claires mais très variables d'un service à l'autre ou d'un jour à l'autre
- Mettre en place des vidéos consultations qui présentent des désavantages au niveau de la communication / relation d'aide (le non verbal). Il est aussi compliqué de décider quand nous pouvons organiser des consultations en vidéoconférence et quand il est nécessaire de voir le patient en présentiel.
- La peur des patients (présentant des comorbidités) en a empêché de venir en consultation ; certains sont venus trop tard. Leur pathologie était très avancée. Des consultations par téléphone ont permis de gérer la problématique de certains patients.
- Le télétravail a été mis en place pour certains membres de CMTDC : l'interdisciplinarité est plus difficile à poursuivre dans ces conditions.

- La réalisation de techniques algologiques a été retardée, voire tout simplement annulée ; des patients ont connu une recrudescence des douleurs
- L'absence de prise en charge bio psycho sociale

D'autres ont été dans les services Covid et ont constaté des difficultés telles que

- La détresse des équipes soignantes liée au grand nombre de décès.
- La mutation obligatoire dans un service Covid en urgence, sans préparation même. Aucune présence de responsable de formation sur le terrain.
- L'absence des familles et les visites restreintes même en fin de vie (en dehors des unités covid aussi)
- Une désorganisation de l'hôpital (surtout au début de la crise sanitaire) : un manque de directives claires dans toutes les unités de l'hôpital concernant les masques, les blouses, les risques pour les professionnels de la santé, le manque de procédures lors des changements de service. Les directives changeaient tout le temps
- Un manque de matériel ou du matériel défectueux et non conforme (par exemple : manches trop courtes ou sans élastique) au plus fort de la crise ; de plus, les consignes d'utilisation changeaient en fonction des stocks de matériel
- Plusieurs Infirmiers algologues n'ont plus effectué de soins aux patients depuis de longues années : elles étaient volontaires pour aider dans les US Covid, mais cela nécessite un ré apprentissage de certains actes. Elles pouvaient se sentir inefficaces par le fait de ne plus pratiquer ces soins depuis un certain temps.
- La suppression de certains professionnels comme les kinésithérapeutes et les psychologues. Beaucoup d'entre eux ont été mis en chômage économique.
- Des salles de réveil ont accueilli des patients Covid séparés d'un simple rideau : ce sont de mauvaises conditions de soins.
- Certaines infirmières se sont retrouvées seules pour aider dans une unité de soins, car toute l'équipe habituelle était absente à cause du COVID : risque d'erreurs, diminution de la qualité des soins, stress professionnel important.

D'autres constats :

- Peu de demande des unités de soins pour l'EAM au début puis forte demande pour des situations très complexes. (Ex. : Oncologie)
- Dans les CMTDC, on constate une recrudescence de nouvelles demandes et des consultations de suivi depuis la diminution de la pandémie. Nous craignons l'arrivée massive de patients douloureux suite à leur hospitalisation prolongée aux soins intensifs et en réadaptation pour Covid (risque de douleurs neuropathiques surtout au niveau thoracique, séquelle d'AVC, embolie pulmonaire, atteinte des organes vitaux,...).
- L'interdiction ou la restriction importante des visites augmente les risques d'isolement social, d'anxiété voire de catastrophisme dans certaines familles.
- Nous redoutons l'apparition de stress post-traumatique et une recrudescence des douleurs chroniques.

Autres activités des infirmiers algologues :

- Les formations en algologie ont été supprimées et parfois remplacées par d'autres méthodes pédagogiques (ex. : travaux de réflexions personnelles)
- Les conseillers scientifiques ont poursuivi par mails ou vidéo conférences les échanges avec les étudiants dans le cadre de leur travail de fin d'études.
- Les stages des infirmières responsables en soins généraux (BIRSG) ont été supprimés par certaines Hautes écoles ; tout en étant maintenu dans d'autres avec adaptation des modes de supervision par les enseignants. En ce qui concerne les écoles d'infirmiers brevetés, les stages ont été supprimés

2. Définir pour notre secteur, l'adéquation charge de travail/force de travail dans un monde sous une pandémie ?

Certaines unités ont été sur staffées pour faire face à l'arrivée des patients infectés par le COVID. Les consultations des centres de douleur ont été mises à l'arrêt. Selon les CMTDC, une ou plusieurs personnes répondaient aux appels téléphoniques. Des consultations ont pu être parfois organisées par téléphone. Les autres membres de l'équipe étaient réquisitionnés pour les unités Covid ou mis au chômage économique. Depuis la reprise de l'activité des CMTDC, la charge de travail est très importante.

3. Quand on parle de cohortage, qu'est-ce que cela a comme impact pour notre secteur ?

Nous n'avons pas été concernés

4. Si demain je voulais faire une proposition uniquement basée sur la force de travail, quelle serait cette proposition ?

- Augmenter les normes hospitalières pour obtenir une meilleure qualité des soins
- Renforcer les secteurs de première ligne et mieux les encadrer.
- Remettre à niveau des techniques de réanimation (obligatoire pour tous les secteurs)

5. À la sortie de cette crise, quels sont les éléments et sur les besoins qui ont/n'ont pas été comblés et ce qui auraient été mieux s'ils l'avaient été ?

- Communication structurée des procédures depuis le début de la crise : elle sera mise en place par une équipe multidisciplinaire où tous les métiers sont représentés.
- Gestion du matériel de crise plus adéquate.
- Application des mesures d'hygiène et de confinement plus tôt dans la crise pour limiter la contamination dès le début. (limitation des visites plus tôt par exemple)
- Description du rôle infirmier en cas de réquisition dans un autre secteur d'activité
- Identification des unités de soins susceptibles d'accueillir des patients en cas de pandémie (éviter les salles de réveil peu adaptées à cette situation)

- Organisation des US non covid : quel est le personnel nécessaire pour maintenir l'accueil des patients non covid ? Les consultations ? Les traitements de kinésithérapie et autres ? Plus de précaution et de matériel pour la sécurité. L'absence d'activité hospitalière hors Covid a des conséquences sur l'état des patients (physique et émotionnel, biologique...)
- Besoin de réassurance et de suivi des CMTDC. Consultation par vidéo ou par téléphone : quid du secret professionnel si le conjoint écoute ? Augmentation de la détresse des patients douloureux chroniques.
- Formations pour
 - Accompagner les infirmiers venant travailler dans une autre US lors d'une pandémie (le plan d'urgence)
 - Utiliser les outils informatiques tels que les visioconférences, dossier informatisé, prescription médicale informatisée,...
 - Gérer une consultation par téléphone ou visio (respect de la vie privée, respect du secret professionnel)
- Création d'une équipe de soutien psychologique pour le personnel en covid et les familles en deuil (risque de deuil pathologique). Nous avons vu beaucoup de psychologues en chômage économique durant la crise. Dans certains hôpitaux, les infirmières et les psychologues des soins palliatifs ont fait ce travail.
- Renforcement des MR et MRS par des infirmiers non utiles à l'hôpital. Cela nécessite une coordination des soins par réseau plus efficace où le secteur hospitalier collabore avec le secteur non hospitalier d'un même réseau.

6. Comment dégager un staffing pour faire face à ce genre de situation sur du long terme ?

Nous reprenons la proposition que nous avons rédigée pour la conférence de presse de l'UGIB.

Liste du personnel infirmier à rappeler en cas de pandémie et/ou situation d'urgences comme les attentats, en tenant compte de l'ordre chronologique :

- a. Une équipe volante de l'institution
- b. Les infirmiers sur base volontaire intra institution
- c. Les infirmiers intérim et jobistes
- d. Les infirmiers diplômés qui exercent dans une fonction transversale (les cadres, les IPA)
- e. Les étudiants en soins infirmiers
- f. Les infirmiers enseignants.

7. Quel input financier pour réaliser/mettre en place ce staffing ? Revoir les AR pour les normes ?

Prévoir une prime pour tout le personnel infirmier en contact avec des patients covid en cas de pandémie. Nous souhaitons améliorer la reconnaissance du métier et les conditions de travail.

8. Préparation à la 2^{ème} vague ; comment est-ce qu'on s'y prépare ? Est-ce qu'il y a une capacité résiduelle et des compétences qui sont maintenues pour y arriver?

Il nous semble que la réaction devrait être plus rapide et agir ainsi plus vite et ce, tant au niveau des hôpitaux, du secteur du domicile, des groupes d'experts,...

⋮

9. Qu'est-ce qu'il faudrait comme moyen pour les pérenniser dans le temps ? Exp ; programme d'apprentissage, de formation continue, etc.

La rédaction de projet thérapeutique et déclarations anticipées pour les patients dans tous les secteurs d'activité.

Les étudiants des écoles d'infirmiers pourraient avoir et / ou généraliser une préparation à la gestion de situation de crises. Formations aux procédures spécifiques : habillage/déshabillage de protection.