**Covid 19 : Proposition pour reprise des activités de soins pour les praticiens de l’art infirmier dans le cadre du déconfinement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROFESSION | | |
| 1. “Soins urgents” | Soins immédiats pour une problématique aigus, menaçant un organe, un membre ou la vie du patient | Problématique/PATHOLOGIE  **Soins urgents :**  Soins délivrés dans le cadre d’une modification de l’état de santé du patient qui induit pour ce dernier un risque de mortalité/morbidité si la prise en charge n’est pas réalisée immédiatement.  Il est également important d’y associer le critère de risque vis-à-vis des autres. (Infectieux, violents…) Toutes prises en charge réalisée afin d’éviter qu’un tiers ne soit confronté à un risque.  Groupe de patients CIBLE/Patiëntendoelgroep  TRAITEMENT/BEHANDELING |
| 1. “Soins nécessaires” | Soins nécessaires pour une problématique menaçant un organe, un membre ou la vie du patient à moyen ou long terme | Problématique/PATHOLOGIE  **Soins nécessaires :**  Soins délivrés dans le cadre d’un suivi de l’état de santé du patient qui induit pour ce dernier un risque d’alourdissement du pronostic à long terme. Si ces soins n’ont pas lieu ou sont reportés trop longtemps, cela entraîne une dégradation (ou empêche une stabilisation) de l’état de santé du patient (physiologique, physique, psychique, social).Le concept de soins indispensables est plus fou lorsque l’on voit la désertion des services d’urgences de la pathologie usuelle ou le report de certaines activités comme les traitements à visée oncologique pour les patients.  Dans ce cadre pourrait se situer toutes les prises en charge :  a. semi-urgente reportée à la suite de la mise en place du Plan d’Urgences Hospitalier (PUH)  OU  b. pour lesquelles l’absence de continuité dans le suivi thérapeutique met en péril la santé du patient/résident.  - La notion renvoie également à l’appui médical dans les prises en charge dans les centres d’accueil, d’hébergement ainsi que pour les soins à domicile  Groupe de patients CIBLE  TRAITEMENT |
| 1. « Soins pour patients avec risque de dégradation » | Soins qui si ils ne sont pas donnés risquent d’engendrer des conséquences néfastes pour la qualité de vie du patient (séquelle, limitation fonctionnelle, …) | Problématique/PATHOLOGIE **“risque de dégradation irréversible et/ou inadmissible de l'état de santé”**  - Risque pour lequel si le patient n’est pas pris en charge, le patient a une probabilité non négligeable de dégradation de son état de santé actuel. Il risque de se retrouver avec des complications potentielles plus importantes par la suite même si l’intervention peut sembler bénigne.  Groupe de patients CIBLE  TRAITEMENT |
| 1. « Soins postposés » | Soins qui peuvent être reportés à un stade ultérieur du déconfinement | Problématique/PATHOLOGIE  Groupe de patients CIBLE  TRAITEMENT |
| 1. « Besoins PPE spécifiques liées à la profession » | Besoins spécifiques à la profession pour le professionnel ou le patient autre que les besoins génériques (hors recommandations Sciensano) | **La disponibilité et l’usage correct de l’équipement de protection individuelle**  La disponibilité en suffisance et de qualité de l’équipement de protection individuelle (masques FFP2 et chirurgicaux, surblouses, gants, visières de protection, solution hydroalcoolique) est fondamentale pour prodiguer des soins et mettre les praticiens de l’art infirmier en sécurité. L’usage correct de l’équipement de protection individuelle est basé sur les recommandations scientifiquement validées avec la collaboration des praticiens de l’art infirmier de chaque secteur.  Au besoin, une formation à l’usage correct de l’équipement de protection individuelle doit être organisée à l’attention des praticiens de l’art infirmier.  **La disponibilité du matériel pour réaliser les soins lors des prises en charge**  La disponibilité en suffisance du matériel pour réaliser les soins lors des prises en charge est primordiale.  Outre la disponibilité de matériel de haute technicité (respirateur, ECMO, …), le matériel de base (seringues, aiguilles, sets à pansement, …) doit également rester disponible. |
| 1. Autre | Eléments repris dans l’avis mais ne trouvant pas place dans les catégories supra | **La concertation avec les praticiens de l’art infirmier**  La concertation avec les praticiens de l’art infirmier doit être effective tant au niveau macro (Fédéral et des entités fédérées) qu’au sein de chaque secteur, chaque institution.  C’est sur base de cette concertation que les différentes mesures de gestion de la crise Covid-19 et de son déconfinement pourront être efficientes en tenant compte des réalités des différents secteurs.  **La communication d’informations claires**  Une communication claire, actualisée en collaboration des experts et tenant compte des réalités de chaque secteur, chaque institution est primordiale.  Des recommandations émises et scientifiquement validées ne pourront être respectées que si et seulement si celles-ci sont élaborées avec la collaboration des praticiens de l’art infirmier de chaque secteur et ce, afin de tenir compte des réalités de chacun d’eux.  **Le dépistage systématique des praticiens de l’art infirmier et des patients**  Dans l’attente d’un vaccin et d’un programme de vaccination généralisé, il est impératif de connaître :   * le statut Covid-19 des patients dès le début de la prise en charge * le statut et l’immunité des praticiens de l’art infirmier concernant le Covid-19   Le programme de vaccination devra inclure les praticiens de l’art infirmier comme prioritaire afin de maintenir une capacité de disponibilité de ceux-ci pour assurer les prises en charge.  **La disponibilité des praticiens de l’art infirmier**  La reprise de soins « habituels » doit être proportionnelle et tenir compte de la disponibilité et des compétences individuelles des praticiens de l’art infirmier.  La disponibilité pour la reprise des soins « habituels » doit être évaluée au regard des prises en charge spécifiques des patients Covid-19.  Comme précisé dans l’étude du KCE « Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus » (KCE Report 325B, 30 janvier 2020), l’expertise des praticiens de l’art infirmier doit être utilisée pour les soins infirmiers. Les tâches non liées à ces soins doivent être effectuées par du personnel de soutien.  **Prévoir des conditions strictes de capacité de qualité disponible  pour la reprise des soins habituels :**   * Afin de garantir que la vitesse de démarrage dans les différents établissements de soins soit proportionnelle, une capacité disponible suffisante (par exemple, de professionnels des soins (infirmiers), de *matériel de protection de qualité* et de lits) doit rester en permanence réservée aux soins des patients COVID-19 dans les services critiques. Cette capacité disponible devrait être imposée par le gouvernement et répartie de manière égale entre tous les hôpitaux et établissements de soins. Un avis du Comité consultatif belge de bioéthique semble nécessaire à cet égard. * Le service des soins infirmiers - le chef de nursing- doit être impliqué dès le début dans les discussions et les décisions concernant la reprise des soins habituels. * les patients COVID-19 se présentant dans les hôpitaux devraient également être répartis plus uniformément. Les hôpitaux de concentration ne sont pas envisageables pour les infirmiers en termes de risque d'épuisement et de perte éventuelle d'hypervigilance.   **La compétence des praticiens de l’art infirmier disponibles**  L’expertise des différentes fonctions des praticiens de l’art infirmier ne peut être remplacée par une formation à court terme visant à accroître la disponibilité des infirmiers dans les différents secteurs ou services spécifiques (urgences, soins intensifs, …).  Attribuer l’affectation des tâches en fonction de l’expertise spécifique est primordiale pour assurent des soins de qualité.  **La prévention et le soutien physique et psychologique**  La prévention et le soutien physique et psychologique des praticiens de l’art infirmier doivent être pris en compte.  Des moyens concrets doivent être mis en place pour tous les praticiens de l’art infirmier quelque soit le secteur dans lequel ils exercent.  La transition d’un retour à la normale doit se préparer avec un accompagnement des praticiens de l’art infirmier et des responsables d’équipe.  **Le droit de repos et de congés pour chaque praticien de l’art infirmier**  Depuis mi-mars 2020, les praticiens de l’art infirmiers sont sous-tension physiquement et psychologiquement. A cela, s’ajoute pour bon nombre une augmentation des temps de travail.  La crise sanitaire que nous vivons n’est pas en phase de se terminer.  Il est impératif de garantir un temps de repos et les congés (demandés et approuvés) pour chaque praticien de l’art infirmier.  **Les hôpitaux psychiatriques**  Les connaissances et l'expertise en matière d'hygiène hospitalière et de soins somatiques devraient être étendues aux hôpitaux psychiatriques.  Le manque ou l'absence d'équipements de protection est également très préoccupant. Compte tenu de la spécificité de cette population de patients, on s'attend à une forte augmentation du nombre d'infections après la levée du confinement.  **Le soutien financier**  La crise sanitaire Covid-19 a engendré d’une part un coût supplémentaire pour l’équipement de protection individuelle et d’autre part une diminution de l’activité dans les différents secteurs.  Pour chaque secteur, un soutien financier est impératif tant pour l’équipement de protection individuelle que pour la baisse de l’activité.  Sans ce soutien financier, le système de santé actuel sera instable à la sortie de la crise.  **Mise en place d’un débriefing après la crise COVID** , tout en incluant les praticiens de l’art infirmier. Pour l’avenir, le COVID-19 ou autres pandémies doivent faire partie de notre système de santé. Il est impératif de s’y préparer au mieux afin de prodiguer des soins de qualité. Cela nécessite une vision claire à long terme concernant notamment :   * la formation et la compétences des praticiens de l’art infirmier : formation adéquate et de pointe, différenciation de fonction * le cadastre des infirmiers (tous secteurs confondus) * la disponibilité du matériel de pointe (respirateur, ECMO, …) pour la formation de base des infirmiers * la disponibilité et la distribution du matériel de protection.   **DÉFINITION D’UN PLAN PAR PHASE**  **A. La définition du plan doit correspondre à la vision des différents secteurs à court terme, moyen terme et long terme dans le cadre d’une cohabitation Covid/Non-covid.**  •  **B. Ce plan devrait également s’appuyer sur différentes mesures/principes comme :**  1. Le principe de réversibilité  • Le risque de rebond de l’épidémie doit être envisagé avec en filigrane la possibilité pour les services hospitaliers et la première ligne de détecter rapidement la contamination d’un patient et de conserver une filière capable de l’isoler efficacement.  Dans ce cadre, chaque phase doit être considérée comme pouvant potentiellement être rétrogradée afin de faire face à un nouveau pic/potentiel rebond.  2. Le maintien et le renfort des mesures barrières  3. Une réelle stratégie de « Testing » et de « Tracing » (Cf. Conditions impératives)  4. La définition de normes d’encadrement  5. Le principe de sécurité par cercle d’impacts**.**  6. La mise en place de plan de formation pour sécuriser les professionnels de santé  7. La mise en place de plan de formation pour gérer la sortie de crise  h. Le renfort de la stratégie numérique de chaque structure  **C. Le plan devrait comporter différentes phases et se décliner comme suit :**  1. Analyse, ajustement de l’offre, identification (Maintenant)  2. Remise en état initial des services convertis pour le Covid, reprogrammation (j-15 avant déconfinement partiel)  3. Déconfinement partiel de certains services  4. Déconfinement total  - Reprise totale de l’activité élective  - Accompagnement régulier des professionnels  5. Sortie de crise  - Vaccin  - Accompagnement de suivi des professionnels avec une fréquence moins élevée.  6. Retour à la situation initiale |