

Apostille

"Agis de telle sorte que tes actions soient compatibles avec la permanence d'une vie humaine authentique sur la terre."

Hans Jonas

Sommaire

- EDITO
- AUTOUR DU METIER : RPS et Covid 19
- AU CŒUR DU METIER : Témoignages #CoVid19
- PRATICOSCOPE : L'EBP en questions
- BREVES
- JNKS

www.cnks.org



Directeur de publication :
Pierre-Henri Haller
Rédacteur en chef Yves Cottret
Comité de rédaction : Valérie Corre,
Christophe Dinet, Andrée Gibelin, Julien Grouès

Editorial : PRENDRE SOIN DE CELLES ET CEUX QUI SOIGNENT EST UN PRINCIPE DE PRECAUTION

En situation d'incertitude et de doute, les politiques et les médias convoquent les scientifiques. Sur les plateaux de télévision comme dans les cabinets ministériels, dans les cellules de crises comme dans l'intime des foyers, chacun a cherché à (s')expliquer plus et mieux comprendre l'épidémie, la contagion, le risque, le confinement et faire face à la peur. Une communication de crise s'est développée qui a tenté de traduire des faits scientifiques et évolutifs en des doctrines individuelles et collectives. Or la science requiert modestie et disponibilité d'esprit, et la politique se situe en tension entre éthique de conviction et éthique de responsabilité, contradiction qui interdit la certitude scientifique.

En ces temps d'incertitude et de doute, nous avons convoqué le principe de précaution. Héritage de la philosophie éthique et politique, transposé par les questions environnementales en norme juridique, le principe de précaution se distingue de la prévention par la tentative d'anticiper des risques potentiels pour la santé publique non actuellement identifiés formellement au regard des données de la science. Dans le cadre des risques émergents biologiques REB, dans le contexte d'une épidémie inconnue en termes de cinétique, de physiopathologie et de l'acceptabilité sociale, ce principe réhabilite la prudence face à l'incertitude comme une vertu.

Le principe de précaution n'est pas un immobilisme devant le risque mais (s')impose : « Dans le doute, fais quelque chose ». « Oui, mais que faire ? » « D'abord ne pas nuire ? » Comment convoquer ce principe de précaution ? Peut-être grâce à la preuve... et le doute. Si les savoirs sont indispensables pour éclairer les pratiques ils pourraient être insuffisants car incomplets.

Ainsi nos savoirs mais aussi nos valeurs, notre délibération intime et collective, peuvent nous ouvrir à une sagesse pratique, une « visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes ».

La crise CoVid-19 a montré à nouveau que « le soin est un humaniste ».

L'engagement et la mobilisation des soignants, rééducateurs, kinésithérapeutes doivent être écoutés, entendus et soutenus. Seules des propositions concrètes étayées et réalistes en regard de l'utilité sociale et médico-économique des soignants, trouveront leur place dans un #Ségur de la santé. Le CNKS en fera part (cf. brèves p.21 et communiqué / dossier à venir sur le site).

Agir concrètement pour les soignants pourrait être un principe de précaution, une résilience d'aujourd'hui face aux crises de demain.

Pierre-Henri Haller
Président du CNKS

Autour du métier Incidence de l'épidémie CoVid 19 sur les risques psychosociaux pour les kinésithérapeutes salariés. **Andrée Gibelin, cadre de santé MK et psychologue du travail, secrétaire générale du CNKS nous en dit plus.**

L'épidémie COVID19 a imposé aux institutions sanitaires de modifier les organisations internes : la plupart des établissements ont créé des unités COVID au détriment des activités habituellement réalisées. Les principaux secteurs impactés sont les services spécialisés en réanimation, médecine, médecine gériatrique, les EPHAD et les SSR.

L'impact d'une nouvelle organisation mise en place dans l'urgence n'est pas sans conséquence sur l'état psychique de professionnels, contraints également dans leur vie personnelle du fait du confinement imposé à l'ensemble de la population.

Les kinésithérapeutes ont dû prendre en charge des patients porteurs d'une maladie nouvelle, dont les signes cliniques ont été observés et décrits au fil du temps.

L'exigence d'adapter la pratique professionnelle à des tableaux cliniques pouvant associer des déficiences respiratoires, musculosquelettiques, une fatigue importante et une souffrance psychique liée à l'isolement, les patients conscients étant privé du soutien social familial habituellement présent, associée au sentiment de négliger les patients porteurs d'autres pathologies a pu avoir un impact sur le stress ressenti par les kinésithérapeutes.

Il convient de ne pas négliger la difficulté du soin quand les patients ne sont plus en capacité de communiquer verbalement.

Les personnels remplaçants ou réaffectés sur les postes n'ont pas nécessairement été formés ou ne

sont pas familiers avec les techniques ou les procédures usuelles. Un sentiment d'impuissance face à la maladie, leur propre fatigue et leur propre stress (généralisé par les risques sanitaires encourus), le doute éventuel sur l'efficacité des mesures de prévention mises en œuvre ont pu également affecter les kinésithérapeutes.

Les relations avec les usagers (patients et entourage) ont pu devenir plus encore difficiles. Le contexte d'incertitude et d'inquiétude qui découle de cette crise, les nouvelles règles sociales qu'elle impose dans les espaces publics et professionnels peuvent provoquer et exacerber des tensions.

Pour rappel l'OMS regroupe sous l'appellation Risques Psychosociaux (RPS) les addictions, les violences internes liées à l'organisation du travail, les violences externes conséquentes aux contacts avec les usagers, les Troubles Musculo Squelettiques (TMS) et le stress.



Les facteurs de stress liés au travail sont les mêmes que les facteurs de risques psychosociaux. Ils sont regroupés en six

grandes familles (rapport du collège d'expertise de Gollac) :

- intensité et temps de travail : exigences excessives de travail, complexité du travail, difficultés de concilier vie professionnelle et personnelle ;
- exigences émotionnelles : tensions avec le public, obligation de cacher ses émotions ;
- manque d'autonomie : procédures trop rigides, sous-utilisation des compétences ;

- rapports sociaux de travail dégradés : conflit entre collègues et/ou l'encadrement, manque de reconnaissance ;
- conflits de valeurs : conflit éthique (devoir faire des choses que l'on désapprouve), qualité empêchée (ne pas avoir les moyens de faire correctement son travail) ;
- insécurité de la situation de travail : peur de perdre son emploi, incertitude sur l'avenir de son métier.

L'étude de l'impact de l'épidémie sur les risques «violence interne» «violence externe» et «stress» devra être évaluée. Une grande variété de questionnaires validés pour évaluer le versant psychologique du stress existe, mais n'ayant pas d'évaluation initiale correspondant à l'état de stress ressenti avant l'épidémie il ne paraît pas pertinent de lancer une étude de ce type. En revanche depuis plusieurs années est exprimée par l'ensemble des hospitaliers, y compris donc les MKs hospitaliers, le sentiment d'une perte de sens, d'une lassitude, ... et ces éléments sont certainement à rapprocher du souci de la difficulté de fidélisation ; sujet dont le CNKS pense - sans gommer le sujet crucial du niveau de rémunération - qu'il est l'élément central dans ce que beaucoup nomment « manque d'attractivité ». Parmi les multiples enquêtes express que le CNKS projette de mener dans les mois à venir

« le burn out » a toute sa place. Un sujet qui a d'ailleurs fait l'objet d'une étude comparative entre l'exercice libéral et l'exercice salarié réalisée par anaïk Perrochon & C° de l'ILFOMER parue dans Kinésithérapie la Revue février 2020

Pour aller plus loin :

- L'usage des outils d'évaluation du stress au travail : perspectives théoriques et méthodologiques Sandrine Ponnelle, Xénophon Vaxevanoglou et F. Garcia Dans Le travail humain 2012/2 (Vol. 75)
www.inrs.fr/risques/stress/ce-qu-il-faut-retenir.html consulté le 13/05/2020
- [HAS : réponse rapide à l'attention de tous les intervenants du milieu de la santé, y compris les dirigeants et encadrants d'établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux qui sont responsables de la santé au travail de ces professionnels \(PDF\)](#)
- **Fiches repères :**  risque suicidaire, conduites à risque, troubles du comportement, face au deuil, insomnie.....
---> <https://covid19-pressepro.fr/fiches-reperes/>

En situation Sanitaire Exceptionnelle ou au quotidien



kinésithérapeute hospitalier un très beau métier, MERCI

Au cœur du métier

La Situation Sanitaire Exceptionnelle liée au CoVid19 affecte tous les professionnels de santé en ville comme à l'hôpital ou en SSR. Fidèle à ses valeurs et engagements interprofessionnels le CNKS a souhaité rapporter dans ces colonnes non seulement le témoignage des kinésithérapeutes mais aussi ceux d'autres rééducateurs Diététicienne, Ergothérapeutes, Orthophoniste, Psychomotricienne.



Aurore, Florence, Magali, Marie-Christine, Marie-France, Pierre, Sophie, Valérie et Dominique, exerçant en CH ou CHU, dans des régions plus ou moins

affectées, témoignent de leurs vécus, de leurs difficultés, et de leurs initiatives au cours du premier mois de cette Situation Sanitaire Exceptionnelle.

Des témoignages qui confortent tout à la fois les communautés - d'actes et d'activités coordonnées entre les professions du fait du mode d'exercice hospitalier - et les spécificités. Des professions et métiers de réelle utilité sociale, moins médiatisés que d'autres corps plus emblématiques et plus nombreux.



Magali, Cadre Supérieur MK du pôle MPR -

READAPTATION au sein d'un CH du Grand Sud nous fait revivre les premières semaines ...

Et Magali de nous préciser d'emblée : « établissement de 2^{ème} ligne dans cette crise du

Covid19 - qui en temps ordinaire a une triple vocation :

- vocation de proximité avec un pôle sanitaire et médico-social gérontologique ;
- vocation de proximité avec un pôle sanitaire Médico-Technique : unité d'urgences de proximité en lien avec les urgences du territoire, imagerie ;
- vocation territoriale, voire régionale et interrégionale avec un pôle MPR ».

Kinéscope En quelques mots racontez-nous le branlebas de combat dans votre hôpital : depuis quand, comment ... ?

« C'est le 20 février 2020, que le process s'active en local avec une montée en charge progressive » déclare Magali, coordinatrice paramédicale du pôle MPR en précisant rapporter aussi ici les vécus des kinésithérapeutes des 2 pôles cliniques et de la cadre de rééducation. « Cela consiste en une totale réorganisation interne de l'établissement par anticipation, en lien avec celle des cinq autres sites du GHT dont le site support est à une vingtaine de km. Le confinement progressif de l'établissement se met en place, en plusieurs étapes » poursuit-elle. Et d'égrener dans un souffle la

multitude d'actions synergiques : « des déprogrammations d'ampleur et diverses, redistribution des différentes RH, attributions d'ASA, renfort géronto, application des réglementations nationales avec initiatives locales conjointes (arrêt précoce des permissions de week-ends sur le MPR, anticipation des déprogrammations en phase avec les structures d'aval / adresseurs : filière ortho et rachis, fermeture de l'hôpital de jour (ambu MPR), puis de la balnéo, lissage des séances de rééducations en application des normes de sécurité sanitaires ».

Puis après une pause suite à ce tourbillon Magali reprend : « tout, absolument tout se réorganise ! » comme surprise de tout ce qui devient possible face à l'urgence...d'être prêt ; « au quotidien : Direction, encadrement sup des pôles, médecins se voient, se parlent, les cellules de crise s'enchaînent, l'encadrement joue son rôle de courroie de transmissions, d'interfaces multiples. » Mais aussi poursuit-elle « ajustement des effectifs à l'activité réelle, gestions des différentes autorisations spéciales d'absence (ASA), de repos « forcés », pour raisons de santé, à risque grave de Covid, organisation des rotations des ASA au sein des différentes équipes ».

Côté pôle MPR qui habituellement représente près de 150 lits en hospitalisation conventionnelle et plus de 70 patients par jour en ambulatoire « on passe à 100 lits d'hospitalisation conventionnelle, on stoppe l'ambulatoire quotidien et on réarme une unité fonctionnelle de 20 lits Covid » ; du côté des personnels sur les 27 kinés, 9 ergos, 3 neuropsych, 2 APA, 1 psychomotricienne, 1 orthophoniste (2 postes vacants), 1 orthoptiste : « 14 kinés (rotation des ASA), 4 ergos, 1 neuropsych, 0 APA, 11 kinés, 4 ergos, - ; par ailleurs 7 de nos 17 brancardiers sont requis par jour ; les MNS eux sont redéployés sur autres tâches tel le renfort des équipes de bionettoyage du pôle.

Côté pôle géronto : « Mise en place des UF Covid + : 1 sur le secteur médecine gériatrique (10 lits) en première intention (accueil des cas Covid+ du site et de la post réa du territoire). Identifiés d'éventuelles autres UF Covid de 10 lits sur les SSRg. Un secteur dit « propre » : le MPR avec en dernière intention une UF Covid + de 20 lits sur un de ses étages (accueil des cas Covid + de médecine, par débordements et/ou du secteur rééducation) ».

Kinéscope : Au-delà de ces aspects logistiques en ressources matérielles et

humaines, quelles impressions ressentez-vous, ressentent les équipes à ces chamboulements et à l'approche de cette pandémie ?

« je vois très rapidement se profiler le pôle comme une importante réserve sanitaire au niveau local voire ultérieurement au niveau territorial. La réserve sanitaire identifiée comme telle, tant au niveau local que national porte essentiellement, voire exclusivement sur les filières soignantes AS et IDE. Les rééducateurs en général ne sont pas, a priori, concernés par cette notion de réserve sanitaire de première intention ; cela les questionne ; certains, pas tous sont heurtés quand il leur est proposé, au lieu et place d'une activité habituelle cœur de métier de fait restreinte, de participer à des tâches autres : brancardages, aide aux repas, aide au bionettoyage,... ». Un long silence s'installe ...

Kinéscope : Et vous ?

« Après l'urgence absolue de la gestion de la réorganisation...j'ai pu constater que l'hôpital s'est inexorablement vidé et totalement confiné, les portails sont fermés, les accès limités et contrôlés, la tente de triage des urgences est

en place. Les équipements de protections individuels (masques, gants, lunettes, charlotte, surblouses,...), les matières premières d'hygiène (Solution Hydralcoolique, voire le savon, les lingettes) manquent crucialement. L'encadrement doit gérer cette pénurie. L'injonction paradoxale est à son paroxysme. Il s'agit de réorganiser tout en gérant les incertitudes et les éléments de réassurances. Les réunions dites de crise s'enchainent.

Les premiers cas suspects Covid+ se manifestent.

L'instabilité des décisions et de la situation, majeure les inquiétudes et les colères.

Autant d'éléments de contexte qui font le lit d'inquiétudes chez tous, en particulier les soignants, les rééducateurs, mais aussi les médecins et encadrement. Des manifestations de panique, des colères, des pleurs pour certains s'expriment ici ou là. Les inquiétudes, les peurs se traduisent par des arrêts à la chaîne.

Kinéscope Et après la préparation ? quand le CoVid19 a franchi les portails ... ?

« L'ensemble du personnel a été saisi par les premiers cas suspects : dans l'attente du retour

des tests. Les équipements arrivent au compte-goutte et tardivement ! Sommes-nous responsables, car tellement vecteurs ? En particulier les rééducateurs ?

Le questionnement éthique est là : Quel bénéfice/risque ? Quid de l'utilité des séances de rééducation en pareilles circonstances ? Conjointement : les interruptions des séjours questionnent sur les pertes de chances ? Une minorité craque, s'arrête : « je ne me sens plus en phase avec ce système. Je ne me sens pas en sécurité. Je mets en danger les patients et les miens ». D'autres sont en colère mais sont là. Une majorité ne manifeste rien de particulier, si ce n'est une forte dissonance. D'autres : « ils ne parlent pas de nous en National ».

« Nos collègues libéraux se déchirent sur les réseaux sociaux » rapporte Magali en s'efforçant de ne rien oublier de ces postures paradoxales « SSE oblige, comme lors d'une guerre ». « Il me faut rassurer les équipes sur l'utilité sociale du métier hospitalier...dans un établissement comme le nôtre ...en deuxième intention ; Mais dans un premier temps, il s'agit de répondre aux besoins sanitaires de renfort et d'entraide. C'est là qu'ils peuvent jouer un rôle : en élargissant leur intervention à d'autres tâches

(kinés réorientés sur des prises charge hors plateau, en chambre, au cœur des équipes de soins AS, IDE ; les ergos en soutien aux toilettes avec les AS,...)

Kinéscope En tant qu'ancienne MK de réanimation vous pensez quoi de la situation un peu hétérogène sur le territoire ?

« Quid de la réhabilitation précoce en réa, en SRPR, en SSR spécialisé comme le nôtre ? »

Et d'enchaîner plus largement : « mais quid des recommandations professionnelles du kiné en réa avec ce virus ? Non pas que les réanimateurs ne soient pas convaincus de la plus-value de la kinésithérapie en réa, mais par un manque chronique de moyens, de ressources, cette question parfois ne se pose plus depuis longtemps. Relayée aux questions de luxe » probablement. Et dans cette crise : le manque pourrait s'exprimer crucialement. L'hétérogénéité des niveaux de pratiques professionnelles sur le territoire national s'exprime et va s'exprimer. Quelle disparité sur le territoire national là où il est question d'un juste et égal accès à la santé ! Nos politiques de santé ne visent-elles pas ça ? Une

offre régulée en matière de santé ? Un juste accès aux soins ? »

Puis revenant sur son terrain : « La question de la kiné en réa ne se pose pas sur le pôle car il n'y pas de réa. En revanche, le pôle dispose d'un secteur d'Eveil (dit de post réa) où il est déjà question bien avant la crise de réhabilitation pour les plus chanceux, ou de sollicitations neuromotrices pour les autres. Quid de demain ? CSS de pôle et cds rééduc en scène pour anticiper demain et faire émerger cette question. A présent que tout est organisé pour la gestion de crise, que les dotations en équipement sont enfin là, qu'un certain calme revient, avant une nouvelle tempête, quand nous serons dans notre région au cœur de la fameuse vague ?

Au delà des kinés respi (pas si indiquées en première intention sur le Covid), il s'agit et s'agira de réhabilitation des neuropathies post réa.

Kinéscope Au final cette expérience de situation inédite... ?

En attendant ce demain qui pointe son nez, ce que je retiendrai malgré ou par delà, à cause de ou grâce à, tous les dysfonctionnements et manques c'est l'expression enfin d'un vrai

collectif. Quelle opportunité ! Certainement par ce que projet commun il y a ! Le collectif est là. Enfin les éléments se décroissent, l'interpo s'exprime, les barrières tombent, les pôles travaillent ensemble. Le MPR traverse la cour, va en géronto ! Pour aller aider, renforcer, pour s'organiser avec, ensemble autour de,



Aurore, orthophoniste à temps plein en service de rééducation au sein du service réhabilitation vieillissement dans un CHU, nous livre un récit hebdomadaire au fil de sa plume

« Semaine 1 : Première semaine après l'annonce de la mesure de confinement. A l'hôpital gériatrique cela fait déjà plusieurs jours que les patients n'ont plus droit aux visites, excepté ceux dont la mort est imminente. L'hôpital de jour a fermé, ainsi que le centre mémoire. Les agents de ces structures ont donc été mis à disposition de services encore actifs, notamment en court-séjour. Après quelques jours de flottement, on les a chargés entre autres de faciliter la

communication (visio-conférences, appels téléphoniques) des patients avec leurs proches pour limiter les dégâts que l'absence cause à leur moral.

Chez les orthophonistes attachées au service de rééducation (dont je fais partie), le moral est bon, entretenu par d'humour que l'on peut en mettre dans cette drôle de situation, et une belle dynamique d'équipe.

Chaque matin désormais, le rituel est le même : se rendre à pied jusqu'à l'hôpital (35 minutes de transpiration...) et prise des températures à l'arrivée. Moi qui pensais crever les plafonds grâce à cette activité sportive, j'ai déchanté : le thermomètre s'obstine à indiquer quotidiennement des températures allant de 34.2°C à 35.9°C. Un record (et un sérieux doute sur l'efficacité du matériel).

Il a fallu changer quelques habitudes. Cesser de serrer la main des patients pour les saluer. Limiter leur contact avec notre matériel. Faire une sélection des exercices proposés en tenant compte de la contrainte. Pratiquer tous nos bilans de dysphagie en appliquant les mêmes précautions que face aux patients atteints de BHR ou BMR. Désinfecter au Surfanios toutes les surfaces et tout le matériel utilisé, toutes les 30 minutes.

Le plus difficile cette semaine cependant, c'était de ne plus partager nos repas en équipe. Les kinés et les ergos nous manquent déjà ».

« **Semaine 2 : Une semaine déjà de gestes barrières :**

une semaine qu'on ne se fait plus la bise pour se dire bonjour, que des gestes anodins comme se taper sur l'épaule ou bien se donner un coup de coude de connivence sont bannis. On se rend compte à quel point ces contacts banals ont leur importance dans notre quotidien.

Fin de semaine dernière, notre cadre de rééducation nous a annoncé la fermeture d'un service dans le but d'en faire une aile destinée aux soins palliatifs des patients Covid 19+ dont la réanimation ne pourra pas se charger. Ils viendront là pour mourir. Il n'est pas question que les orthophonistes se rendent dans ce service, pas encore. Mais là on se rend compte. Du manque cruel de lits, de matériel, de personnel. On prévoit des mouirois.

Désormais, deux masques sont distribués tous les matins à notre arrivée sur justificatif d'identité et de fonction. La directrice des ressources humaines nous a fait parvenir une attestation dérogatoire de déplacement valable jusqu'à la fin du plan

blanc. Des repas gratuits sont distribués au personnel chaque jour au self, bien que celui-ci ait fermé en tant que tel pour éviter des rassemblements importants. Chacun va donc récupérer son repas. Des bandes sont posées au sol, pour faire respecter la distance de sécurité d'un mètre.

Jeudi, la directrice des soins a établi que les séances avec les patients seront à réaliser en chambre et plus en bureau, pour limiter les déplacements de patients dans l'hôpital. Les patients comme les soignants sont tenus de porter un masque chirurgical. C'est une mesure nécessaire, mais ça ne facilite pas la rééducation en SSR post-AVC où nos patients sont le plus souvent aphasiques et dysphagiques ».

« **Semaine 3 : Branle-bas de combat.**

Ce lundi, le service post-AVC compte la moitié de ses effectifs en confinement pour cause de test positif au Covid19, et plusieurs patients en présentent les symptômes. Lorsque nous montons dans le service, la consigne pour nous est de porter surblouse et tablier. Nous l'appliquons scrupuleusement, avec une terrible gêne toutefois car les AS n'en ont pas suffisamment pour eux-mêmes. Ce sont pourtant les premiers à nous astreindre de le faire, alors qu'ils sont bien plus

que nous au contact direct des patients. L'injustice de cette situation étrangle les remerciements dans ma gorge.

Nous avons été redistribuées dans différents services, avec l'interdiction de passer de l'un à l'autre comme nous avons l'habitude de le faire. La charge de travail est donc très inégale entre les quatre orthophonistes, puisque deux d'entre nous seulement assument les services les plus lourds.

La fin de semaine est chaotique. Les consignes changent toutes les vingt à trente minutes. Tous les agents ayant été en contact avec le service post-AVC sont testés. Nous sommes toutes les quatre négatives, mais le soulagement est mitigé. L'ambiance est pesante, et entre la fatigue des patients (sans parler de leur moral) et les difficultés inhérentes à la situation, nous peinons à trouver du sens à ce que nous faisons.

Semaine 4 : A l'hôpital gériatrique (3), la situation évolue vite.

En une semaine, les deux tiers des patients du 1^{er} étage sont touchés par le Covid 19. Dans une autre aile, un deuxième service dédié va certainement ouvrir. Le traitement préconisé par le professeur Raoult (Chloroquine + Azithromycine) est actuellement à

l'essai dans le premier service dédié ; les résultats sont difficiles à estimer, on entend autant parler de décès que de rémissions. Mais nous ne sommes pas aux premières loges, alors les discours nous reviennent répétés, amplifiés, déformés.

Sur le pôle, les orthophonistes ont été réorganisées. Une partie de l'équipe urgences, UNV, SLA...a été envoyée en renfort auprès des équipes MPR, USCL..., pour l'équivalent d'un temps plein. Un service « post-covid » par hôpital a prévu d'ouvrir ; bien entendu encore une fois, les consignes sont contradictoires : « allez-y avec surblouse / sans surblouse » ; « vous aurez besoin de lunettes / pas de lunettes nécessaires » ; « vous êtes au contact direct du patient / de toutes façons vous ne touchez pas le patient » ; « vous ferez uniquement des bilans

/ votre rôle dans la rééducation est primordial » ... On se sentions plus qu'actrices de ce jeu de mauvais goût, et ça ne nous plait pas.

Alors la communication entre les sites s'organise : les échanges de mails s'intensifient, non seulement au sujet des informations dont on dispose, mais également dans le partage de documents créés à destination des soignants (rôle de

l'orthophoniste post-intubation notamment), l'organisation de réunions Teams, et dans la volonté de présenter aux cadres une équipe unie, avec un discours cohérent, et prête à se battre avec la même force aux côtés des patients.



Marie-France, diététicienne dans un CHU, nous partage le récit de « l'intention, du geste et de la trace » de NutriCovid une initiative, un projet en réponse à la SSE

A l'origine, une perte de poids spectaculaire chez les patients Covid

Le suivi NutriCovid est un projet d'équipe, de médecins et diététiciens nutritionnistes du service diététique et CLAN (Comité de Liaison en Alimentation Nutrition) de notre CHU. Il est parti d'un constat frappant : celui de l'image et des témoignages des tout premiers patients sortis de l'infection à COVID-19 accusant une perte de poids très importante, de 10 kg ou plus. L'organisation des soins dans les unités COVID a vite rendu l'accès des diététiciens, auprès des patients, impossible. Il a fallu organiser la prise en

charge « différemment » pour les services COVID avec des menus adaptés, faciles à manger, enrichis, voire des compléments nutritionnels oraux à donner systématiquement aux patients. Puis très vite, un autre besoin s'est fait sentir : celui des patients suivis à domicile...

Les patients « Covid à dom »

Devant la montée de l'infection, mais aussi de l'inquiétude et du stress des patients, les médecins traitants du département se sont rapidement trouvés débordés pour suivre les patients symptomatiques. Le CHU a très vite mis en place un suivi à domicile « Covid à dom » pour soulager les médecins traitants via l'équipe « Covid à dom » constituée par le centre 15. Une belle mobilisation a réuni des médecins retraités, les médecins du CHU, des étudiants en médecine avec un double objectif : éviter l'engorgement des urgences et surveiller/soutenir les patients à risque (âgés, avec maladie respiratoire, obésité, diabète, cancer,...). Le recours à « Covid à dom » a été important avec un suivi total de plus de 800 patients. Les patients étaient appelés par la régulation médicale, tous les jours la 1^e semaine, et tous les 2 jours la semaine suivante, jusqu'à amélioration des symptômes ou

déclenchant une hospitalisation si nécessaire. Devant les symptômes nutritionnels, il nous est apparu évident de proposer d'adosser un soutien nutritionnel « NutriCovid » au suivi des patients « Covid à dom ».

La cellule NutriCovid adossée à « Covid à dom »

Les montage et fonctionnement de NutriCovid se sont appuyés sur des diététiciens dont certaines activités ont dû être déprogrammées. Après concertation avec les médecins de régulation du SAMU et le service informatique, ont été ajoutées, à l'entretien médical journalier avec les patients, 2 questions nutrition : « *avez-vous du mal à vous alimenter ?* » et « *avez-vous des difficultés à vous approvisionner en nourriture ?* ». Une réponse affirmative déclenchait une alerte automatique CLAN. Il a fallu également créer 3 documents support : une fiche « Bien manger pendant le confinement » accessible à tous (en langage FALC – facile à lire et à comprendre), un fichier géolocalisé des ressources dans les petites et grandes villes du département pour la livraison de courses, comme pour le portage de repas à domicile – solutions pour remédier au confinement obligatoire comme à l'isolement Covid + - , et une fiche «

Précautions pour les livraisons de courses et portages de repas » en lien avec les gestes barrière et le paiement sécurisé. Le suivi téléphonique « NutriCovid » a pu démarrer avec les diététiciens, qu'ils soient sur l'hôpital, comme en télétravail, et par un accès à distance sécurisé sur le dossier de soin informatisé du patient.

Quel suivi concret pour les patients ?

Nous avons la chance de nous situer dans un département qui a été très préservé et peu impacté par la contamination virale (nous nous situons dans la moyenne nationale). Cela a permis une montée en charge progressive et un ajustement de la prise en charge nutritionnelle, qui pour certains patients n'ont nécessité qu'un appel, et pour d'autres, un rappel à 4-5 jours, voire plus, en fonction de la majoration des symptômes et des difficultés rencontrées, comme des rechutes. Aucune prise en charge n'a été linéaire. Les patients souffraient, de façon variable, d'anosmie, agueusie, odynophagie, anorexie... Pouvaient se surajouter des problèmes de diarrhées, une fièvre importante, des douleurs multiples, une fatigue intense, une dyspnée et une toux empêchant la prise alimentaire.

Au-delà de l'intervention nutritionnelle

Bien au-delà de la prise en charge nutritionnelle qui visait avant tout à soulager les symptômes et à encourager des actions pour limiter la perte de poids et les retentissements délétères de l'infection, NutriCovid est aussi une aventure humaine. Dans notre recherche de solutions « courses alimentaires/portage de repas » pour les patients, nous avons trouvé des chaînes de relais qui se sont mises en place entre familles, amis, voisins, bénévoles, mairies, associations, pour tenter d'apporter de l'aide pour les repas des patients.

Elle nous a aussi permis de mesurer : les ressources trouvées auprès des pharmacies qui ont toujours été aidantes pour la délivrance de compléments nutritionnels oraux, livrés chez les patients ; le relais pris par les assistantes sociales quand l'absence de prise alimentaire était aussi dû à une situation de précarité, par les psychologues devant les cas d'isolement, de détresse psychologique.

Les documents ont été aussi relayés aux médecins traitants via leur Conseil de l'Ordre, aux unités de soins pour faciliter le retour des patients à domicile dans ce

contexte si particulier du confinement.

Un autre regard sur la nutrition

NutriCovid a aussi été le moyen d'initier « un autre regard » sur la nutrition et les diététiciens : de la part des médecins régulateurs, qui ont suivi nos interventions à travers le retour des patients. Un autre regard pour les diététiciens eux-mêmes et dans leur accompagnement des patients, qu'il a fallu parfois « accompagner jusqu'au pas de leur porte », là où les conseils habituels ne suffisaient pas. Les patients, comme leurs proches, ont été nombreux à nous manifester leur reconnaissance devant le suivi nutritionnel. L'autre regard est enfin celui que nous avons tenté d'initier chez nombre de patients face aux idées reçues en matière de nutrition. Le « *ça n'est pas grave si j'ai perdu du poids, j'ai des réserves* » nous est fréquemment revenu. Il a fallu les sensibiliser face aux risques de perte de poids involontaire, à la sarcopénie. Des patients n'avaient également, du fait d'habitudes alimentaires ancrées, pas conscience de leurs erreurs diététiques, majorant la diarrhée ou ne permettant pas une consommation de protéines suffisante.

L'étape incontournable de la réadaptation

Maintenant que le pic de la pandémie est passé, NutriCovid a toujours sa place. Pour les patients sortant de l'hôpital, la phase de réadaptation est primordiale. La réadaptation fonctionnelle et physique avec les kinésithérapeutes est essentielle. Elle doit s'accompagner d'une alimentation optimale, pour les patients qui commencent à récupérer de l'anosmie et la dysgueusie, et qui doivent « refaire du muscle ». Nous poursuivons donc nos appels NutriCovid avec eux. Certains patients encore fragiles retournent même dans la file active « Covid à dom ».

Un tel suivi a montré à la fois l'importance de la coordination des interventions et la force de la relation d'aide : fédératrice, et, par notre expérience de télé-suivi, adaptée à tous les patients, connectés ou non, de 18 à 90 ans.



Florence, Pierre et Sophie,
ergothérapeutes

du pôle MPR, au sein du service d'HDJ d'un CHU évoquent leur expérience

Leur rôle est la réalisation d'évaluations en hospitalisation de jour auprès de patients en situation de handicap (d'origine neurologique principalement) nous précisent-ils : « nous travaillons au sein d'une équipe pluri professionnelle : médecins MPR, kinésithérapeutes, assistante sociale, psychologue, psychomotriciennes, éducateur en activité physique adaptée, orthophoniste, ergothérapeutes, infirmiers et aides-soignantes.

L'arrivée rapide de la pandémie de COVID-19 a entraîné l'arrêt complet de notre activité. L'institution a dû se réorganiser et décider de la répartition des tâches entre les différents services et les différentes équipes. Notre cadre a demandé à l'ensemble de l'équipe de rester confinée à domicile jusqu'à nouvel ordre. Nous devenions ainsi réservistes ».

Malgré le confinement, l'équipe reste soudée grâce à la communication de leur cadre qui leur envoie quotidiennement des informations : « nous assistons à distance à la réorganisation du CHU (services déplacés, ouverture d'unités spécialisées) ; nous suivons les actualités de nos collègues ergothérapeutes

sur les réseaux professionnels. Un point essentiel est soulevé : le positionnement en décubitus ventral.

Après deux semaines de confinement, nous sommes appelés par le pôle. Il faut réaliser des modules de positionnement à destination des patients de réanimation présentant des SDRA ».



... ainsi que **Marie-Christine, ergothérapeute nouvellement diplômée et en situation de prise de poste au sein du même pôle MPR.**

« La particularité de mon poste est d'intervenir au sein de tous les services, en hospitalisation adultes ; c'est une richesse de travailler avec une équipe de plus de trente kinésithérapeutes et également avec toutes les équipes de soins des différents services. L'arrivée du Covid-19 a impacté mes missions mais d'une manière que je ne pouvais soupçonner.

En effet, après s'être traduite immédiatement par un surcroît d'activité, elle m'a permis de mieux connaître mes collègues de travail, y compris ergothérapeutes de l'hôpital de jour. Nous avons eu l'opportunité de mener ensemble des missions communes, notamment en matière de réalisation de modules de positionnement en décubitus ventral pour les patients Covid +

en réanimation. J'ai pu ainsi m'enrichir de leurs regards singuliers sur certaines situations cliniques, jouir de leur expérience, voire même de leur expertise dans certains domaines.

Dans cette crise si particulière, cette collaboration a joué un rôle d'accélérateur au niveau de ma posture dans le cadre de ma prise de poste.



Tous quatre nous indiquent d'une seule voix : « après avoir pris connaissance des nouveaux dispositifs mis en place et de la réorganisation des services du pôle, nous formons une nouvelle équipe : 3 ergothérapeutes du service HDJ et 1 ergo du programme central de l'hospitalisation adultes ».

Et à la question sur leurs rôles, missions et fonction ils nous expliquent : « nous savons les équipes de réanimation centrées sur l'urgence vitale, notre rôle en tant que rééducateur est donc d'anticiper les complications secondaires par la conception de moyens de prévention.

Les objectifs de notre intervention sont : veiller à l'installation la mieux adaptée au D.V en tenant compte du confort, prévenir les complications liées au maintien prolongé du décubitus (risques cutanés trophiques, enraidissements ...), permettre la mise en place du matériel d'intubation.

Pour répondre à ces objectifs nos principes sont le respect de la position physiologique en veillant à répartir les points d'appuis et protéger les saillies osseuses ainsi que le respect des normes d'hygiène indispensables en période de pandémie ».

« Les moyens mis à notre disposition sont des blocs de mousses récupérés en urgence, de la mousse autocollante à mémoire de forme, du plastique.

A partir de ce matériel nous avons conçu des kits de positionnement taillés sur mesure, composés de quatre modules complémentaires :

- module de tête permettant un soutien en rotation afin de favoriser la ventilation artificielle
- module d'élévation du thorax avec soutien des épaules
- module d'élévation du bassin
- module au niveau des chevilles limitant l'attitude en équin

Nous avons adapté le kit de positionnement pour les personnes trachéotomisées (utilisation de supports de tête de série pour positionnement frontal, adaptation du module thoracique pour passage du matériel).

La difficulté de la conception de ce système réside dans l'impossibilité d'être en contact direct avec les patients COVID. En effet, seuls quelques kinésithérapeutes du pôle peuvent se rendre en unité COVID et ainsi nous transmettre des informations. Les acteurs sont nombreux, les temps de communication et de collaboration sont rares.

La seconde partie de notre mission consiste à renforcer les équipes paramédicales affectées au secteur d'hospitalisation adulte. Il faut poursuivre les soins de rééducation en chambre pour l'ensemble des patients non COVID.

Concernant leurs conditions de travail ils précisent « sur décision de l'encadrement et afin de limiter les risques de contamination, nous n'avons pas accès aux unités COVID. Le port du masque a été rendu obligatoire pour l'ensemble du personnel hospitalier. Les gestes barrières sont de rigueur, et nous bénéficions de formation (habillage déshabillage). Au vu des mesures prises, nous ne sommes pas inquiets pour notre sécurité.

Concernant notre activité, nous avons dû nous adapter aux besoins journaliers tant en unités COVID qu'en secteur d'hospitalisation adulte. Nous retenons jusqu'alors une expérience enrichissante avec un réel travail d'équipe. L'axe

d'amélioration restant la communication avec les unités COVID-19 ».

Enfin ils ont esquissé « l'après » en indiquant : « nous avons peu de recul quant aux répercussions du virus et sommes conscients qu'il faudra s'adapter.

La collaboration de l'ensemble des paramédicaux, tous secteurs confondus, sera primordiale.

Le rôle des ergothérapeutes, dans la seconde phase de crise, concernerait selon l'ANFE(*) « *la perte d'autonomie pour les activités journalières, l'évaluation et la prévention des risques de chute, les difficultés de transfert, les troubles posturaux, les escarres, la mise en place d'aides techniques et d'aménagement de l'environnement, les troubles cognitifs, la formation des équipes de soin concernant la prévention des troubles musculosquelettiques* ».

(*) Association Nationale Française des Ergothérapeutes.



Valérie,
kinésithérapeute,
cadre de
rééducation, dans un
hôpital du grand ouest,
nous faire part son ressenti
de cette pandémie COVID.

« Un épisode de ma carrière hospitalière inédit ! Je n'avais jamais été confrontée à la mise en place d'un plan blanc avec tout ce que cela implique : les différents niveaux, les copils pluriquotidiens, et surtout la gestion du stress auprès des patients, des équipes, du collectif cadres et pour moi-même.

Kinéscope Racontez-nous la montée en charge de ces bouleversements

« J'ai vécu cette crise de façon différente de semaine en semaine.

Il y a eu la semaine 1 à partir de la détection du 1^{er} patient : la mise en ordre de bataille de l'hôpital. Les cellules de crise, les réorganisations, les comptes-rendus attendus avec impatience afin de savoir combien de patients, puis de soignants étaient atteints par le COVID 19, la mise en place d'une unité COVID.

Cette semaine a été très stressante car il a fallu revoir

l'organisation de la rééducation tant sur le MCO que sur le SSR :

- répartition des MK en fonction des zones COVID et non COVID ;
- sollicitation de la cellule hygiène pour la conduite à tenir pour l'accueil des patients sur le plateau de rééducation afin d'assurer la sécurité des patients et de mes équipes ;
- recensement des rééducateurs pouvant être détachés sur d'autres missions en cas d'afflux massif de patients.

Ayant une équipe multi-site à gérer, cela a compliqué les choses dans un 1^{er} temps car je voulais donner le même niveau d'informations à tous. Les temps d'échanges présentiels se sont avérés essentiels pour répondre aux interrogations des rééducateurs et les rassurer, d'où ma difficulté liée à l'intersite. Une de mes collègues cadre infirmier a très rapidement assuré le relai quotidien avec une de mes équipes, sur un des 2 sites.

Etrangement, il y a eu une baisse de notre activité de rééducation liée aux sorties réalisées pour permettre l'accueil de patients COVID : sentiment difficile à gérer pour les rééducateurs alors que d'autres équipes de soins comme les urgences ou la réanimation étaient en pleine effervescence.

Puis il y a eu la 2^{ème} et la 3^{ème} semaines :

Le niveau de stress a considérablement baissé : toujours pas de « vague » comme cela avait été annoncé, avec comme une sorte d'impatience que cela arrive !

Nous avons pu nous organiser, voir nous réorganiser un bon nombre de fois. Nous commençons à nous habituer à ce rythme : copils 2 fois par jour, restitution des informations, réorganisation si nécessaire, comme si nous étions dans un mode de fonctionnement « normal ».

Kinéscope Quelle qualité est utile voire indispensable dans ce cadre mouvant ?

« Il est souvent décrit la grande capacité d'adaptation des soignants je pense que cette pandémie en a été une bonne démonstration !

Seul point d'ombre : le manque de matériel et les vols, ce qui est révoltant quand on sait que de ce fait des soignants prennent des risques pour assurer des soins de qualité.

Kinéscope Et vous, dans votre fonction, plus particulièrement ?

En tant que cadre de rééducation, sans médecin MPR, j'ai eu le sentiment d'être seule dans mes prises de décisions même si le dialogue avec l'équipe était permanent et que j'étais soutenue par ma hiérarchie. Je suis seule à avoir l'expertise de la rééducation.

Je me suis sentie confortée dans mes décisions, tant sur le plan de l'organisation que sur les stratégies de soins envisagées, quand les recommandations de la SKR, puis celles de la HAS sont parues.

Enfin la 4^{ème} semaine a été celle du soulagement : nous n'aurions pas la « vague » de patients tant annoncée et redoutée. Parallèlement, les 1^{er} patients COVID sont sortis de réanimation. Une unité post-réanimation a été mise en place. J'ai été sollicitée par les médecins pour l'organisation des soins de rééducation dans cette unité, comme à tous les temps de prise en soins : unité COVID, réanimation.

Au vu du profil de ces patients en unité post réa, j'ai compris qu'il fallait organiser de soins de rééducation en SSR spécifiques. Une partie de mon équipe n'ayant qu'une formation académique de la réhabilitation respiratoire, il m'a paru indispensable de mettre en place une formation « flash » qui leur permettra d'accompagner

ces patients dans les meilleures conditions.

Cela s'est organisé en quelques jours : mise à disposition d'un diaporama de support théorique puis visio conférence avec un formateur afin de reprendre les points essentiels et de nous guider dans la mise en place de la réhabilitation dans le contexte du COVID. Cela a été un moment très enrichissant qui nous a permis de réaliser quelles seraient nos difficultés et nos points forts. Notre intervenant étant un expert, nous avons également pu avoir des retours d'expériences d'autres régions : toujours très formateur quand il s'agit de mettre en place des soins dans le contexte incertain du COVID.

Kinéscope Vous gardez quoi comme points saillants de cet épisode inédit ?

« Je retiens de ces premières semaines que, malgré le stress et l'angoisse suscités par le COVID, mon équipe a été très mobilisée, impliquée et force de propositions. Je ne manquerai pas de leur en faire part. Cela a généré beaucoup d'échanges avec beaucoup d'acteurs y compris la direction, de réorganisation, de co construction, de temps de communication.

Nous avons eu la chance, dans notre région, d'être touchés tardivement et de façon peu conséquente en comparaison à d'autres régions. Ceci nous a permis d'avoir le « temps » de nous organiser et j'ai eu le sentiment que nous avons pu anticiper ce que d'autres ont subi de plein fouet.

Au final, je suis fière de ce que j'ai pu accomplir avec mon équipe : assurer des soins de qualité aux patients, dans le respect des valeurs qui me sont chères : concertation, respect, partage, co construction ».



Dominique,
Psychomotricienne
en service SSR, EHPAD et
PASA du même Hôpital,
nous parle de l'évolution de
son rôle.

Kinéscope Précisez nous le cadre de votre intervention dans cet hôpital ?

« Mes différentes interventions s'inscrivent dans une dynamique d'équipe et de rencontres avec des résidents et des patients qui rendent mon métier riche et passionnant.

Avec l'arrivée du Covid 19 et des mesures sanitaires mises en place, il a fallu que je me

cantonne à un seul service afin d'éviter des allers et venues entre Ehpad et SSR. Je venais d'entamer des prises en charges en SSR que je n'ai pas voulu interrompre brutalement, mon choix a été vite pris d'autant plus que mes collègues ASG (aides-soignantes gériatriques) du Pasa sont, elles, parties sur l'Ehpad afin d'assurer une continuité avec les résidents. Ainsi, l'équilibre nous paraissait juste.

Kinéscope Comment avez-vous vécu l'arrivée du virus dans votre vie professionnelle ?

« Avec comme un sentiment de flottement, une certaine culpabilité de ne plus être en contact avec les résidents, d'un lien coupé malgré nous, avec les personnes âgées mais aussi avec mes collègues du Pasa que je ne voyais plus. Des nouvelles données de chaque côté ont toutefois maintenu le lien mais cela reste quelque peu irréaliste de part une « date limite » impossible à envisager...

Et puis du coup, du temps en plus, octroyé aux patients des SSR, des prises en charge plus longues, somme toute nécessaires face aux pertes de repères temporeux et relationnels, sources d'angoisse, d'anxiété et de perte de motivations dans la rééducation

et reprise d'autonomie. Plus de temps donc pour encore plus d'écoute et plus de pédagogie : se repérer dans une semaine où les jours sont tous les mêmes, non ponctués par les visites, retrouver de l'élan de vie, quelque fois bien amoindri, cesser d'écouter les chaînes d'information en boucle toute la journée etc... »

Kinéscope *Qu'avez-vous imaginé pouvoir faire de ce temps distendu ?*

« Effectivement au vue des sorties et des places laissées libres pour d'éventuelles entrées en lien avec le Covid, il me reste du temps (...le temps et le Covid, il y aurait tant à dire !) et quelque chose me « titille ». Je suis également sophrologue et il me

vient rapidement à l'esprit l'idée de pouvoir mettre mes compétences au service des membres du personnel qui auraient besoin d'être accompagnés dans cette période bien spécifique et pleine d'incertitudes.

Avec l'aide et le soutien de ma cadre, des séances individuelles et en groupe restreints (5/6 personnes) ont été proposées. Des aides-soignantes des infirmières, des membres des équipes paramédicales se sont manifestés, et j'ai pu proposer des séances le temps du confinement.

Kinéscope *Et au final vous en tirez quoi comme premiers enseignements ?*

A ce jour, j'ai pu constater un besoin important d'exprimer des émotions et des sentiments parfois contradictoires. Une charge mentale quelque fois envahissante, des tensions corporelles allant parfois même à la douleur, un sommeil perturbé, un quotidien familial et professionnel inédit, à la fois renforcé positivement et source d'anxiété.

Des retours positifs de détente corporelle et mentale, de mieux être, une envie de découvrir ce qu'est la sophrologie et comment je l'utilise dans mon exercice professionnel, me confortent dans ma proposition faite au personnel que je remercie pour leur intérêt, leur présence et leurs retours.



CHANGER DE STRUCTURE ? => CHANGER DE CULTURE !

PRATICOSCOPE

à point de vue d'expert ...

Protocoles, standards, process, recommandations, sans oublier bonnes pratiques, ... Evidence Base Médecine (EBM), puis Evidence Based Practice (EBP) : une véritable foison de termes recouvrant peu ou prou une approche raisonnée voire raisonnable des pratiques, et aussi de techniques, professionnelles constituantes des actes ou activités relatifs à l'exercice de notre profession, et de ses métiers, dans le cadre de nos prises en charge !

Jacques Vaillant (ancien membre du conseil d'administration du CNKS) MK PhD, successivement MK hospitalier, puis cadre formateur en IFMK, directeur d'IFMK, puis directeur de l'INK et exerçant à ce jour en libéral) qui a précédemment indiqué dans KA « qu'il existe beaucoup de malentendus autour de l'EBP » a accepté de répondre à nos questions.



Kinéscope EBP ? EBM ? KESACO ?

L'EBP, comme l'EBM, se situe à l'intersection entre (1) les données de la science les plus récentes, (2) les compétences cliniques du praticien et (3) les valeurs et les demandes du patient. Ceci constitue le trépied de l'EBP.

En fait contrairement à ce qui est communément supposé, c'est la notion d'Evidence Based Practice (EBP) qui a émergé en premier. C'est le domaine du travail social qui a utilisé dès 1967, le terme d'Evidence Based Practice. L'EBP était la réponse conceptuelle à l'évolution des dispositifs de formation qui se développaient et intégraient l'Apprentissage Par Problème (APP)¹. La démarche d'EBP est utilisée dans d'autres secteurs que ceux de la santé et du social, par exemple celui des affaires et du management²

Pour la kinésithérapie, la notion fut reprise par Jones et Butler en 1991, dans leur ouvrage portant sur les mobilisations du système nerveux³. Pour les infirmiers, l'Evidence Based Practice in nursing apparait en 1995-1996. Elle est également utilisée dans le champ de la médecine à la même période comme le montre une revue de littérature⁴.

➤ C'est en 1995⁵ que Sackett et Rosenberg, de l'université d'Oxford, posent, dans un premier article, les bases conceptuelles d'un exercice rationalisé de la médecine et inventent dans le même temps le terme d'Evidence Based Medicine (EBM). Ce travail de conceptualisation est fondateur. Dans cette publication, ils écrivent : « Des preuves récentes suggèrent que trois stratégies générales basées sur

¹ Norman, G. R. H. (1988). Problem-solving skills, solving problems and problem-based learning. Medical education, 22(4), 279-286.

² Homa, P. (1995). Business process re-engineering: Theory and evidence-based practice. Business Process Management Journal, 1(3), 10-30.

³ Jones, M., & Butler, D. (1991). Clinical reasoning. Mobilisation of the nervous system, 91-106.

⁴ Back, S. L. (1991). Evidence Based Practice—Review and Clinical Trials. British Medical Journal, 303(6813), 1298-1303.

⁵ Sackett, D. L., & Rosenberg, W. M. C. (1995). On the need for evidence-based medicine. Journal of Public Health, 17(3), 330-334.

les principes, stratégies et tactiques de la « médecine fondée sur des preuves » (EBM) peuvent fonctionner. [...] la médecine fondée sur des preuves est un terme qui se veut la synthèse de cinq idées liées :

- premièrement, nos décisions cliniques et autres en matière de soins de santé devraient être fondées sur les meilleures données probantes basées sur le patient et la population ainsi que sur le laboratoire ;
- deuxièmement, le problème détermine la nature et la source des preuves à rechercher, plutôt que nos habitudes, nos protocoles ou nos traditions ;
- troisièmement, l'identification des meilleures preuves appelle l'intégration des modes de pensée épidémiologique et biostatistique avec ceux issus de la physiopathologie et de notre expérience personnelle [...] ;
- quatrièmement, que les conclusions de cette recherche et de cette évaluation critique des preuves ne valent que si elles se traduisent par des actes affectant nos patients ;
- et cinquièmement, nous devrions évaluer en permanence notre performance dans l'application de ces idées ». Un an plus tard, Sackett et coll. 1996, consolident le concept d'EBM.

Aujourd'hui, cette médecine est dite basée sur les preuves ou les données probantes. (la traduction en français est sujette à discussion) ; mais il est intéressant de noter qu'elle prend ses origines dans la médecine parisienne du 19^{ème} siècle, et notamment les travaux de Claude Bernard⁶.

Kinéscope Les recherches scientifiques ont souvent, été le fait de mks hospitaliers ; pensez-vous pour autant que

⁶ Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't.

l'ensemble des hospitaliers s'y réfèrent ? et plus qu'en pratique libérale ?

Il y a probablement une différence, pas tant du fait de la structure ou du statut d'exercice mais plutôt de par le contrat de soin. En libéral ou en consultation externe hospitalière, une relation de soins duelle s'établit de façon formelle ou informelle entre le patient et le praticien. Dans une prise en charge en institution (hôpital, SSR, par exemple) le patient « se confie » à la structure. On peut supposer qu'il souhaite une certaine homogénéité -ou tout au moins une cohérence- des soins qui lui sont délivrés. Ceci n'annihile pas la relation thérapeute-patient, mais la place dans un cadre institutionnel où les choix/orientations d'institution/département/service vont influencer sur cette relation thérapeute/patient.

Kinéscope L'EBP élément important dans la relation patient-soignant est-elle de même valence dans le cadre hospitalier où le caractère interprofessionnel de la prise en charge est capital ?

L'EBP dans le cadre hospitalier doit/devrait être, comme précisé juste avant, pensée collectivement donc plus homogénéisée à la fois sur l'aspect scientifique et sur l'aspect lié aux compétences propres (au sens de savoir-faire en action) du thérapeute (les trop grandes différences voire insuffisances devant logiquement être harmonisées par le plan de formation de l'établissement).

Kinéscope La lourdeur disent certains, de l'EBP ne risque-t-elle pas de brider les initiatives et expérimentations pionnières ?

Il n'y a pas de lourdeur à proprement parler puisque le praticien a simplement en tête ce qui est recommandé (en regard des données de la science) et son expérience clinique (individuelle et collective) comme boîte à outils qu'il confronte avec les demandes et les particularités du patient.

A partir du moment où le cadre n'est qu'une ligne directrice, à laquelle il est possible de déroger, il n'est

en aucun cas une entrave. Mais il faut le redire, il ne s'agit « que » d'une démarche et non pas de l'application d'une recette ou d'un protocole pré-établi, normalisé qui sera appliqué à chacun des patients. A contrario, la démarche EBP fait que le praticien se doit de s'interroger s'il s'écarte d'un des trois piliers de l'EBP : s'il choisit une méthode contraire à ce qui est validé, s'il ne répond pas aux souhaits / demandes du patient, s'il outrepassé ses propres compétences pratiques... En fait, l'EBP est aussi une nécessité déontologique, si expérimentation il y a, elle doit se faire dans un cadre qui garantisse au patient une prise en charge non-dégradée. C'est l'intérêt de la soumission des projets de recherche au CPP (Comité de Protection des Personnes).

Kinéscope ...voire d'être bloquante par une rigueur scientifique trop forte ?

La confusion (et donc ce fantasme) vient du fait que l'EBP est assimilé -à tort- à l'application servile d'un protocole. Or, il n'en est rien, c'est une démarche – un état d'esprit. Si l'on fait une métaphore, rejeter l'EBP reviendrait pour un randonneur à refuser l'usage d'une carte sous prétexte qu'elle mentionne des chemins (validés). L'usage de la carte ne l'empêche pas de couper à travers bois, mais lui indique le chemin le plus usuel (au sens d'usage).

La tendance humaine à chercher des vérités (en l'occurrence une Vérité) peut se faire jour. On peut observer la tendance lourde à chercher des « nouveaux prophètes » de la profession, le plus souvent exerçant dans les pays anglo-saxons derrière lesquels s'abriter. Ma génération s'abritait derrière les arguments du Pr X ou du Pr Y, voire se présentait comme LE kinésithérapeute du Pr X...ce n'était pas forcément mieux.

Kinéscope ... de pousser les collègues - sans vocation à devenir des "praticiens-ingénieurs-chercheurs" - à abandonner ces champs, domaines et pratiques historiques et « labellisés EBP » pour de

nouveaux paradis moins codifiés et réflexifs ? Et quid du « hands off » ?

Toute méthode a ses limites, notamment par l'interprétation excessive ou l'utilisation qui peuvent en être faites (ou plutôt revendiquées) pour asseoir son pouvoir, son image, masquer ses propres limites, etc. Les travers (en l'occurrence ornières) déjà perceptibles en ce sens sont effectivement l'application servile de protocoles validés ou diffusés par des sachants (de préférence de l'autre bout de la planète !) et le « hands-off » total. Les débats sur les réseaux sociaux sont en ce sens assez éclairants sur ces travers, notamment les débats autour du télésoin...L'ajout d'une possibilité n'obère pas l'usage de celles déjà existantes.

La profession en répondant/contribuant voire anticipant les évolutions de la société se transforme nécessairement en se délestant de quelques vieux oripeaux et en gagnant de nouveaux habits. Nous devons collectivement accepter que l'unicité de la profession soit aujourd'hui définie par l'objet social de l'exercice (i.e. les troubles du mouvement ou de la motricité de la personne et les déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles) et le respect d'un cadre déontologique commun. Ce n'est plus les techniques qui nous définissent collectivement (massage et gymnastique médicale), ni le caractère thérapeutique, puisque la loi précise « la pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement ». Aussi, la diversité des pratiques est à la fois inévitable et indispensable pour couvrir les besoins de la société.

POUR ALLER PLUS LOIN EBP en Rééducation

A. Pallot & C°
Paru en juillet 2019
Elsevier Masson



Kinéscope reviendra sur le sujet dans un prochain n° après enquête sur appropriation / utilisation de l'EBP en MKS + un panorama EBP / autres rééducateurs

BREVES

TELESOIN : COVID19 BOOSTER DE LA TELEMEDECINE ET DU TELESOIN !

Réelle nécessité en regard des mesures de précaution face à la pandémie la téléconsultation a explosé. Dans la foulée « **l'arrêté du 16 avril 2020** complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire » a instauré, de façon provisoire et conjoncturelle à la crise Covid19 la possibilité, pour les Kinésithérapeutes libéraux, de prise en charge en distanciel, « hands off », par le **télesoin** ; mesure octroyée aussi aux libéraux d'autres professions : Ergothérapeutes, Orthophonistes, Psychomotriciens....



Cette mesure est une avancée des pratiques professionnelles saluée par le CNKS qui cependant réclame que sa pérennisation au-delà de la SSE - après une indispensable évaluation – puisse être aussi officiellement accessible aux kinésithérapeutes salariés d'établissements hospitaliers, CRF et SSR.

FORMATIONS INTER- PROFESSIONNELLES :

La parution du décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à « l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche ». Pour le CNKS c'est une nouvelle formidable avancée vers une l'interprofessionnalité bien pensée ; un concept, prôné par notre organisation depuis 1982, portée par l'UIPARM dès sa création en 1992 - dont la toute 1ère étape concrète a été le décret de 1995 sur la « formation cadres de santé interpro » avec pour la première fois la possibilité de co-valence officielle» avec l'université !

En espérant que les corporatismes - encore trop svts exacerbés - ne freinent pas cette réelle opportunité d'intelligence collective.

Le CNKS apporte son soutien appuyé à ces expérimentations pour lesquelles il serait utile, nécessaire & indispensable d'associer tant au cours de l'élaboration que au cours de l'évaluation les différentes organisations représentant « l'exercice professionnel ».

POUR UNE STRATEGIE NATIONALE DE READAPTATION ET DE PROFESSIONS ALLIEES

Le CNKS, sur l'avis unanime de son conseil d'administration extraordinaire, s'est engagé dans la mise en place d'un Thik-Tank, avec des ergothérapeutes, des orthophonistes, et des médecins MPR, destiné à promouvoir une nouvelle Stratégie Nationale de la Réadaptation et des Professions Alliéees.

#SEGUR DE LA SANTE

Pour le CNKS la revalorisation du salaire de l'ensemble des soignants paramédicaux des Hôpitaux publics et privés est indispensable ... l'était déjà avant la crise ! C'est une juste revendication mais qui ne se suffit pas pour être efficiente. La question de **l'attractivité** est avant tout un sujet de **fidélisation**.

Pour le CNKS 7 impératifs :

- 1) rendre les **études gratuites** pour éviter le tropisme libéral sous la seule raison du remboursement de frais d'études
- 2) d'attribuer le **grade de master** au DE obtenu en 5 ans d'études

3) revoir le **déroulement de carrière** c'est-à-dire la grille indiciaire et donc le **salaire**

4) revoir aussi le **plan de carrière** c'est-à-dire prévoir la possibilité, parallèlement à la voie de l'encadrement, de la reconnaissance d'une **nouvelle diversification** : **recherche** et **pratiques avancées** ;

des pratiques avancées valorisant une expertise clinique acquise par un engagement de haut niveau dans des pratiques orientées et des parcours de formations complémentaires.

5) revoir les conditions de travail avec notamment :

- l'instauration de **quotas de patients** par kinésithérapeute
- l'instauration d'une **activité connexe** « **temps dédié** de recherche et/ou de formation cliniques ... » **incluse dans le temps de travail**
- le **recentrage de l'activité** des MKs sur des **actes à forte valeur ajoutée** par la création **d'assistants en soins de rééducation** issus d'aides-soignants (modèle assistant de soins en

géronnologie)

- le soutien et la promotion d'un **encadrement de rééducation**

6) repenser complètement en interprofessionnalité l'organisation d'une filière coordonnée des **Professions Alliées** au service d'une nouvelle **Stratégie Nationale de Réadaptation**

7) valoriser l'**interpro** comme levier de la **qualité de vie au travail**.

Dernière minute

JNKS 2020 : nouvelle formule !

Malgré le dé-confinement, l'état d'urgence sanitaire étant cependant maintenu à ce jour jusqu'au début de l'été, les conditions d'accueil originellement envisagées et les mesures applicables aux divers types de rassemblements il ne peut malheureusement plus être envisagé de tenir comme prévu, et attendu depuis plusieurs années, l'édition 2020 des JNKS au sein de l'IRF du CHU de REIMS.

Cependant pour éviter un report qui risquerait de se confronter aux mêmes difficultés les instances du CNKS ont **décidé de maintenir les JNKS** aux mêmes dates à savoir les **jeudi 17 et vendredi 18 septembre 2020** mais de vous proposer de les suivre cette année **en distanciel via une plate-forme internet dédiée**. En espérant que vous puissiez - peut être plus facilement - nous y rejoindre : l'essentiel des thèmes annoncés précédemment seront maintenus dans toute la mesure du possible.

Informations (programme revu et aménagé, modalités d'inscription et modalités techniques) dans le prochain numéro de Kinéscope la lettre prévu à la mi-juin et **dès le 7 juin 2020** sur le site **www.cnks.org**

- CADRES DE SANTE : 25 ANS DEJA ! 25 ANS ENCORE ?
- INTELLIGENCE ARTIFICIELLE & REEDUCATION
- CURRICULAIRE FORMATION & CARRIERE : ASSISTANT EN SOINS DE REEDUCATION / PRATIQUES AVANCEES
- EVOLUTION SSR, COOPERATION REEDUCATEUR / APA, STRATEGIE NATIONALE DE READAPTATION ET PROFESSIONS ALLIEES



Parlons en ENSEMBLE lors de JNKS 2020
« l'intention, le geste, la trace »
les jeudi 17 & vendredi 18 septembre 2020