

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

n° 30

mars 2024



IDENTITE(s) PROFESSIONNELLE(s)

&

KINESI THERAPIE SALARIEE
THERAPEUTES SALARIES

... l'IDENTITE
en question(s)

... l'EXERCICE
en question(s)



cnks

  
Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

www.cnks.org

contact.cnks@gmail.com

SOMMAIRE

PERISCOPE l'édito de	Pierre Henri Haller	p.03 & 04
TELESCOPE		p. 05 à 24
L'Ellipse de	Justin Pertinent	p.06 à 08
Lus et rapportés	La rédaction	p.09 à 17
Identité disciplinaire	La rédaction	p.18
Les paradoxes de la Réadaptation	Jean Pascal Devailly, Président du Syfmer	p.19 à 24
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & INNOVATION(S)		p. 25 à 48
• A propos de l'IA		p.25 à 33
• A propos de technologie & robotique	Pierre May Carle	p.34 à 48
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & RECHERCHE		p. 49 à 54
• La « recherche » c'est quoi ? et c'est pour ... quoi ? et c'est comment ?	La rédaction	p. 49 à 51
• Soutien de la recherche paramédicale (1 ^{ère} partie)	La Fondation de l'Avenir	p.52 à 54
RETROSCOPE		p.55 à 62
Vers un changement de notre culture de soin en gériatrie : combat contre l'âgisme et prévention de la dépendance iatrogène	Éléonore Durand	p. 56 à 61
Intérêt d'une réelle expertise dans une pratique professionnelle "orientée" pour accompagner des étudiants... en santé.	Éléonore Durand	p.62
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & EFFECTIFS		p. 63 à 68
Effectifs ajustés ou ajustables ?	La rédaction	p. 64 & 65
Un guide de dimensionnement optimal d'une équipe	Bruno Benque	p. 66 & 67
Impliquer pour fidéliser Extrait de la Revue Hospitalière	Guillaume Couvreur	p. 68
Au cœur d'un établissement Portraits, Parcours & Paroles	Christophe Lombardo	p.70 à 73
KALEÏDOSCOPE		p. 75 à 84
La santé des soignants : le rapport de mission		p.75 à 77
Sur les réseaux sociaux : Les Editos d'...	Alexis Bataille Hembert	p.78 à 84
ASSOSCOPE VIE & AGENDA du CNKS	La rédaction	p.86 à 92
Le CNKS en séminaire et assemblée(s) générale(s)		p.87 & 89
Le CNKS au séminaire du CNOMK		p.90
Les PARTENAIRES de KINESCOPE & des JNKS NANTES 2024		p. 93 à 100

Directeur de publication : Pierre-Henri Haller
Rédacteurs en chef : Olivier Saltarelli & Yves Cottret

Comité de rédaction :
Barbara Bonecka, Andrée Gibelin, Véronique Grattard,
Julien Grouès, Valérie Martel

Photos et images libres de droit

Aucune tâche n'est plus ardue
que celle d'être ethnologue
de sa propre tribu.

Tobie Nathan

PERI L'Editorial SCOPE



À propos d'identité(s) professionnelle(s) : Quelle altérité pour quelle légitimité ?

L'identité est polysémique. La construction de l'identité professionnelle est le fruit de la formation et de l'expérience. La question d'identité se décline selon différentes échelles, culturelles, nationales, individuelles... Elle s'aborde tant sur le plan scientifique que philosophique, psychologique ou anthropologique. L'individuation et la construction de soi est en tension avec le communautarisme où l'identité se cherche dans l'appartenance. Pour autant la question de l'identité, concept flou pour Claude Lévi-Strauss, est récente. Dans les communautés premières, l'identité est socialement octroyée et ainsi subordonnée.

Que sommes-nous ? Qui sommes-nous ?

Sommes-nous la communauté des pratiques qui nous animent, fruit d'une acculturation à un groupe social utile aux patients en situation de handicap ?

Sommes-nous connus et ainsi reconnus ?

Sommes-nous les fruits d'une modernité aux appartenances multiples, à la fois professionnelles, syndicales, associatives, militantes, dans le réel comme le multivers ?

Ces identités multiples et cette recherche protéiforme d'appartenance(s) et de reconnaissance(s) conduirait-elle à la "fatigue d'être soi" ?

Paul Ricoeur rappelle que l'altérité se construit dans la rencontre avec l'autre :
" l'idem et l'ipse ".

Le processus de professionnalisation procède de deux mouvements emprunts d'altérité.
Nous construisons-nous en nous inspirant de l'identité d'autres, par identification ? ou nous
construisons-nous en fabriquant une singularité par « identisation » ?

Dans le réel comme le multivers, les professionnels de santé aussi ne cessent de se
questionner voire d'affirmer des " identités " nouvelles selon l'orientation des pratiques et
des formations, parfois qualifiées d'expertises ou de spécialités.

Pourquoi ? et surtout pour quoi ? Ce processus de professionnalisation s'incrémente-t-il
dans l'imitation ou dans la création ? Notre légitimité est-elle construite selon nos principes
internes ou délivrée par des attributs externes ? Ces attributs sont-ils guidés par les
bénéficiaires en situation de handicap ?

De la formation initiale à l'activité professionnelle, de la définition des actes relatif à
l'exercice, à la formation tout au long de la vie, quelle identité construisons-nous pour
quelles légitimités internes et externes ?

Cette quête de re-connaissance de notre profession commune et de ses différents métiers
constitutifs, entre nous et par les autres – patients, paramédicaux, médecins, administratifs,
tutelles, et politiques – doit-elle passer par la "re-naissance" notamment par un changement
de dénomination qui les conforterait ?

Notre association Collégiale Nationale de Kinésithérapeutes et cadres de santé
Kinésithérapeutes Salariés a plusieurs fois depuis sa création appelé à cette réflexion
commune avec les organisations professionnelles, libérales et salariées.

Vecteur d'idées et de lien, à l'aune de ses enquêtes et groupes de travail, notre association
se tient disponible pour prendre part et co-construire. Choisir un nom c'est construire une
identité, conjuguer des altérités, décliner des légitimités.

Pierre-Henri Haller
Président

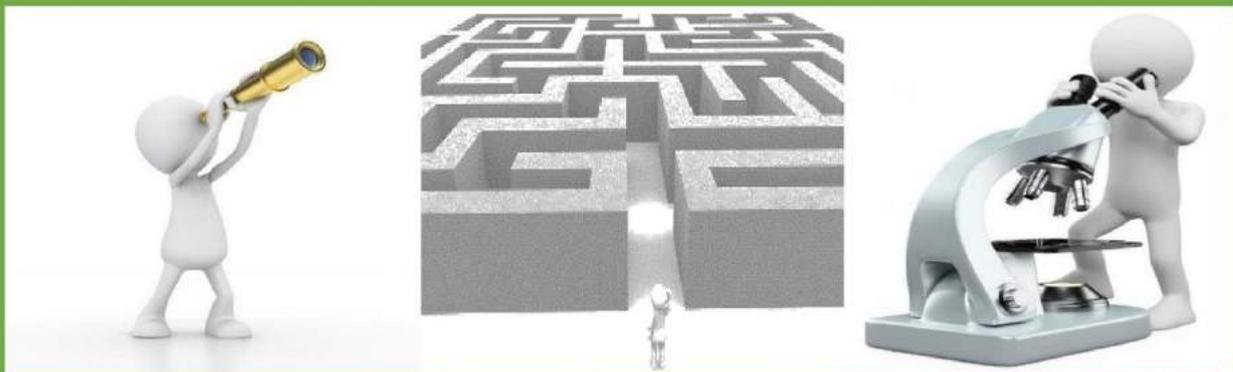
TELESCOPE

Maux des mots



La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce d'alerter, avec un souci didactique, sur l'utilisation aléatoire, elliptique, de mots, d'expressions, de concepts, et autres vérités fausses, colportés à tort, deviennent légendes, contre-sens, non-sens, faux-sens.

Les discours et écrits, des politiques, de la presse, des professionnels ... foisonnent de mots et de locutions dont l'emploi est pour le moins interrogeant. Le CNKS, via KINESCOPE, fidèle à son plaidoyer pour un juste langage s'attache à présenter à quoi ou à qui ces termes se rapportent. Quelles origines lexicologiques, sémantiques ? Quelles références juridiques, légales, réglementaires ? Quelles représentations leurs emplois en confusion l'un pour l'autre induisent-ils ? Sans prétendre traiter systématiquement et exhaustivement de toutes ces dimensions la rubrique « TELESCOPE, *les maux des mots* » se propose de générer et inciter la réflexion de tout un chacun sur le(s) sens des mots et de leurs contextualisations par le regard posé et exprimé de plusieurs auteurs issus de la profession, d'une autre profession de santé ou des diverses sciences dont les sciences humaines et sociales



L'ellipse

de Justin Pertinent

AOC versus ANC

Les AOC et autres certifications dans le monde agro-alimentaire ne cessent de fleurir. Des iconographies de scoring alimentaires, nutritionnels, immobiliers, énergétiques, environnementaux, et de santé aussi. Un florilège de normes et "d'innovations" numériques et connectées jusqu'à s'y perdre quand éventuellement à peine édité ne sont-ils pas contestés ou remis en cause car finalement inapplicables ou inadaptés. La question de la "norme", à tort ou à raison, est sous-jacente et inductrice de ce phénomène et du système généré ... dont parfois on ne sait plus qui du producteur de bien ou de services ou du consommateur, client (voire patient) il assure, rassure ou protège en termes de qualité et de sécurité. Mais bon entre l'anarchie et la rigueur

Mais ce qui est tout aussi, voire plus, troublant que ces AOC ... ce sont les ANC (Appellations Non Contrôlées) ?!?

Entendez par là des désignations posées de fait ici et là par on ne sait même plus qui, ni quand, ni peut être pourquoi (voire pour...quoi) ; des désignations qui font long feu au point d'en devenir transparentes et "adoptées" en langage courant voire même au sein de "rapports officiels" ... malgré leur absence de fondements légaux, réglementaires ... !

Par exemple cette invraisemblable locution, quasi nihiliste, " **le personnel non médical** " dont de plus en plus fréquemment l'expression déjà malheureuse est réduite à une expression purement acronymique le **PNM** !?

Veut-elle en version acronymique en cacher l'hérésie et la désobligeance ou peut-être pour céder à la facilité ou économie de langage qui depuis bien longtemps fait jargonner en acronymes pas forcément explicites le monde du travail et très particulièrement celui de la santé ; compliqué si on a pas la "ref" !

Nous avons déjà écrit précédemment sur ce sujet ou encore l'autre manie de "nommer" certaines catégories professionnelles ou même de bénéficiaires de " ni-ni " ... un artifice langagier de "dé-ni" ?

Par exemple aussi ces 4 autres ANC qui concernent " l'encadrement " : le cadre " hors filière ", le cadre "de proximité", ou encore le cadre " intermédiaire" sans oublier le " faisant fonction de cadre de santé ".

Là encore aucune ne dispose de fondements légaux, réglementaires ... ce qui ne veut pas dire pour autant qu'elles n'ont pas de sens, qu'elles ne révèlent pas et ne reflètent pas des "réalités" ...

Faut-il se satisfaire de leur existence usuelle ? Faut-il les soutenir, les faire statufier ? Faut-il les combattre ?

En l'attente d'enquêtes, revues de littérature et toutes autres démarches permettant l'explicitation, permettant ou pas d'en appréhender la cinétique et le réel impact dans les représentations générées, voire l'ancrage, le CNKS en dénonce fermement l'existence infondée.

Lors des JNKS ROUEN 2023 une première table ronde avait (dé)montré que les 6 cadres de santé présents (qu'ils soient ergothérapeute, infirmière, pédicure-podologue, kinésithérapeute de profession d'origine) réfutaient l'intérêt de l'appellation **"cadre - de santé - hors filière" dans les situations où de fait l'équipe encadrée serait composée d'une ou plusieurs filières professionnelles différentes de celle d'origine du cadre de santé ...**

Et pourtant un tout premier recensement informel des travaux de mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, laisse entrevoir que le sujet est régulièrement mis sur la table ... par les étudiants eux-mêmes ... parfois encouragés par les formateurs ou les directeurs de mémoire.

Près de 30 ans après l'instauration du DCS, et de sa formation commune " Pour quoi ? & pourquoi ? " ce sujet se pose-t-il encore et toujours ?

Ce seront, parmi d'autres interrogations, des questions fondamentales qui soutiendront une enquête sur le sujet.

Par exemple enfin toutes les "dénominations qualificatives" dont s'emparent et se parent les collègues kinésithérapeutes – salariés comme libéraux – dans leurs signatures d'articles, de supports de formations, de messages sur les réseaux sociaux ... pour signifier leur appétence, leur implication, leur passion, et leurs formations continues complémentaires diplômantes ou pas, pour un domaine, une discipline, ou un exercice orienté voire exclusif. Le plus souvent en employant "spécialiste", parfois en adjectivant le titre professionnel d'un nom de discipline (MK neurologique, pédiatrique, ..., ou Kinésithérapeute neurologique, Kinésithérapeute pédiatrique, ou encore MK ou Kinésithérapeute spécialisé en).

Outre les sempiternelles et récursives valse hésitations, discussions et prises de position sur l'utilisation pleine et entière du titre en vigueur (Masseur Kinésithérapeute) ou plutôt son "raccourci" (kinésithérapeute) – se rajoute aussi la question de " l'harmonisation / l'alignement sur une " internationale voire mondiale appellation " du titre professionnel autour du mot "physiotherapist" ou "physiothérapeute" dans sa traduction française.

Valse hésitations et discussions dont on peut trouver des traces au sein des organisations professionnelles quasiment dès le lendemain de l'existence légale de la profession (30 avril 1946). 80 ans bientôt ! 80 ans déjà ! 80 ans encore ?

Les problématiques "d'appellation" ou de "dénomination" (synonymes dont il faut encore et toujours rappeler que les sens sont proches mais ne sont pas strictement les mêmes et ne sont pas fait pour se remplacer mais ce nuancer) d'une profession sont à l'évidence empruntées de représentations sociales, de questionnement(s) d'identité(s).

" Connaître les noms, c'est connaître la nature des choses" indiquait Platon, dans Cratyle.

C'est dans cet esprit que l'édito du présent numéro évoque " l'identité ". C'est dans cet esprit, volontaire, critique et didactique que ce KINESCOPE inaugure un nouveau **DOSSIER L'ESSENTIEL** consacré à l'IDENTITE PROFESSIONNELLE à suivre dans les prochains numéros, et à retrouver pour les adhérents, sur le site cnks.org.

Ce KINESCOPE

- vous invite à la réflexion, voire aux témoignages ou contributions, sur ces sujets : l'identité...entre individualité & groupalité ?... entre unicité & diversité ?
- vous propose ci-après quelques écrits rapportés de divers auteurs.

IDENTITES PROFESSIONNELLES

au cœur
des
JNKS NANTES 2024

au CHU de NANTES

Le langage traduit-il réalité(s) ou vérité(s) ? Les noms sont-ils arbitraires ?

Felix Gnetili

Dans ce dialogue, deux thèses commencent par être opposées. En premier lieu, celle de Cratyle soutient qu'il existe pour chaque objet une juste dénomination et que les noms sont justes par nature.

*« D'après Cratyle que voici, il existe une dénomination correcte naturellement adaptée à chacun des êtres : un nom n'est pas l'appellation dont sont convenus certains en lui assignant une parcelle de leur langue qu'ils émettent, mais il y a, par nature, une façon correcte de nommer les choses, la même pour tous, Grecs et Barbares **(1)**. »*

La seconde thèse, défendue par Hermogène, prétend que la nature n'est pour rien dans cette justesse, et que les mots [...]

L'identité professionnelle est avant tout une identité sociale ancrée dans une profession. Elle est le produit d'une incorporation de savoirs professionnels. Elle constitue donc une socialisation secondaire.

Dans ce cadre professionnel, Renaud Sainsaulieu souligne que l'identité subit une socialisation originale en raison des effets du pouvoir, des métiers et des classes sociales présentes : « Au fond, ce que j'ai montré, c'est que la vie de travail est non seulement un lieu de rapports techniques, de rapports de pouvoir ou de combats de classes, mais aussi un lieu de socialisation où les gens apprennent des formes plus ou moins souples, plus ou moins riches de rapports aux autres, et du même coup peuvent "charger leur expérience", comme dirait François Dubet aujourd'hui. »

Selon Jean Piaget, l'insertion professionnelle constitue un but et une preuve de ses capacités professionnelles. Nous suivrons Claude Dubar pour décrire les attributs de toute identité professionnelle sans omettre de répondre à la question sous-jacente : est-ce que la rééducation est une profession ?

L'identité sociale, résultant de la socialisation, s'acquiert tout au long de la vie selon un processus et des transactions. Ils peuvent être décrits selon six critères en référence aux travaux d'A. Percheron. La transaction correspond ici aux deux processus piagétiens, assimilation et accommodation. La socialisation résulte d'une représentation du monde. Chaque individu compose cette représentation en mêlant l'existant et l'original...

Être soi-même, c'est être plusieurs

David Berliner

Extrait de Sciences Humaines N° 356 - Mars 2023

" Nous sommes à la fois un et multiple par les expériences que nous vivons. Une situation compliquée à vivre face aux injonctions à l'authenticité.

La plupart d'entre nous pensons avoir un moi unitaire et stable. Et si, à l'inverse, le soi était multiple et versatile ? C'est la thèse avancée, il y a déjà un siècle, par le psychologue William James.

Dans son Précis de psychologie, il soulignait combien le moi est morcelé « en différents soi qui peuvent se réfuter les uns les autres » (1). En effet, du matin au soir, le soi ne cesse de déployer une gymnastique complexe, oscillant entre une pluralité de facettes, de rôles, de pensées, de valeurs, d'émotions, parfois contradictoires.

Protéiforme, il se démultiplie, tout en étant contenu par une sorte de super assemblage : moi. Cette idée d'un moi désunifié est loin d'être neuve. Montaigne écrivait que « quiconque s'étudie bien attentivement trouve en soi (...) cette volubilité, et discordance », les humains étant « tous de lopins et d'une contexture si informe et diverse » (2)."

Nous sommes tous multiples

" Chez les sujets sains, comme le rappelle W. James, il existe autant de moi sociaux qu'il y a de groupes distincts auxquels s'identifier.

Plus que quiconque, le sociologue Erving Goffman a observé la théâtralité de la vie quotidienne, scrutant la pluralité des rôles endossés par une personne, ses diverses facettes identitaires.

Comme l'écrit Amartya Sen, " une même personne peut, sans qu'il y ait contradiction, être une femme, citoyenne américaine, originaire des Caraïbes, d'ascendance africaine, chrétienne, libérale, végétarienne, marathonnienne, historienne, enseignante, romancière, hétérosexuelle (...) et croire dur comme fer en l'existence d'une intelligence extraterrestre avec laquelle il est plus qu'urgent de communiquer (...) " (4). .../...

Liés pour la plupart à des souvenirs autobiographiques, certains de ces aspects lui ont été transmis et se stabilisent depuis l'enfance.

D'autres, acquis plus tard, correspondent à des assignations progressivement incorporées. D'aucuns sont privés et échappent à des catégorisations étiologiques, voire sont antithétiques à d'autres.

Surtout, ces facettes de soi sont compartimentées en fonction des contextes dans lesquels l'individu se meut, des groupes auxquels il appartient et qu'il fréquente, des gens auxquels il est confronté.

On dira de quelqu'un qu'il n'est pas la même personne suivant les circonstances. Cette impression du sens commun fait écho à ce qu'on observe dans l'analyse.

La vie sociale produit des êtres clivés entre des répertoires de représentations, d'actions et d'émotions, autant d'aspects stabilisés à chaque moment.

Pourtant, certains individus sont plus fractionnés que d'autres. Les colonisés, les persécutés, les infériorisés, les stigmatisés ont appris à intérioriser le point de vue dominant dans la construction de leur moi, à en camoufler certaines dimensions et à exécuter des rôles contraints, donnant lieu à l'émergence de consciences hétérogènes, génératrices de souffrances considérables".

" D'autres recherchent pour le plaisir qu'elle leur procure cette fragmentation identitaire dans des contextes ludiques et fictionnels, comme le font, par exemple, les cosplayers adeptes des jeux de rôle, les acteurs, les amateurs de reconstitutions historiques ou de jeux grandeur nature.

Plus encore, un tel désir de démultiplication de soi est favorisé par les technologies digitales qui permettent de s'inventer des avatars variés dans le cyberspace".

À l'ère de l'authenticité

« Être vraiment soi-même » constitue une formule banale aujourd'hui. Elle dévoile un rapport singulier à l'authenticité, l'un des concepts hégémoniques de notre époque. Celui qui fait semblant est un imposteur dans un régime où la vérité colonise notre relation à nous-mêmes. L'authentique est champion dans une société où il est par-dessus tout demandé d'être soi-même.

Mais qui est ce « soi-même » ? Alors que d'aucuns entendent restreindre l'identité à des brins d'ADN et des empreintes digitales, un tel rétrécissement se révèle dans les discours identitaires qui font de l'homme un être unidimensionnel, le limitant, par exemple, à un « vrai » moi culturel. Et si être soi-même, c'était être plusieurs ?

Et si être soi-même n'était pas seulement ressentir la cohérence et l'unité du moi, mais également faire l'expérience de ses facettes plurielles, de l'incessante transition entre elles et de l'acquisition de nouvelles dimensions ? Dans *Genèse* (1981), Michel Serres note que « le multiple est (...) l'ordinaire des situations ».

Inutile de dire que les implications sociologiques, éthiques et politiques d'une telle perspective sont décisives.

NOTES

(1) William James, *Précis de psychologie*, 1909, rééd. Les Empêcheurs de penser en rond, 2003.

(2) Michel de Montaigne, *Essais*, t. II, 1580, rééd. Hachette/BnF, 2014.

(3) Ian Hacking, *L'Âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, 1998, trad. fr., Les Empêcheurs de penser en rond, 2006.

(4) Amartya Sen, *Identité et violence*, Odile Jacob, 2007.

L'identité professionnelle, subtile alliance entre l'individualité et la collectivité

Marjan Nadjafizadeh*
Rédactrice associée

Département universitaire de maïeutique,
Faculté de médecine, maïeutique et métiers de la santé,
Université de Lorraine, Nancy, France

Pédagogie Médicale Volume 22, Numéro 2, 2021
Page(s) 53 – 55 Section Éditorial
DOI <https://doi.org/10.1051/pmed/2021018>
Publié en ligne 15 juin 2021
Pédagogie Médicale 22, 53-55 (2021)

L'intelligibilité des leviers et interactions en jeu dans le processus de professionnalisation des étudiants en santé au cours de leur parcours de formation constitue désormais une problématique de recherche incontournable. En lien avec ce thème émergent, un remarquable article de Laetitia David et ses collègues, publié dans ce numéro de la revue, s'intéresse plus particulièrement à la problématique de la construction de l'identité professionnelle des étudiants sages-femmes [1].

En recourant à une étude qualitative inscrite dans une approche analytique inductive, ils tentent de saisir l'identité qui s'est construite chez les membres d'un collectif en fin de cursus, au cours des cinq années de leur formation initiale.

En ayant comme objectif la compréhension de la construction de l'identité professionnelle, les auteurs se penchent sur ce concept en l'explorant sur un terrain soumis à fortes pressions professionnalisantes.

Les étudiants décrivent trois principales étapes chronologiques du développement de leur identité professionnelle : la période en relation avec leur identité passée, la phase en lien avec leur formation en cours et enfin celle qui touche la projection dans l'avenir.

L'approche choisie illustre par ailleurs une construction identitaire pour soi, soulignant notamment le poids massif de l'histoire individuelle de vie, s'accompagnant d'introspection et de changements conceptuels majeurs, à laquelle vient s'ajouter une construction de l'identité professionnelle pour autrui, au travers des nombreux rapports qu'elle sous-tend, parmi lesquels le développement des compétences professionnelles s'inscrit comme fil directeur dans le rapport à la formation.

Les auteurs tentent de mettre à jour les facteurs influençant le processus de construction de l'identité professionnelle pendant la formation. Le risque que surviennent des périodes de dissonance identitaire voire de désengagement n'étant pas nul, une guidance apprêtée à travers des interventions pédagogiques pertinentes est fortement conseillée afin de contribuer à une meilleure compréhension par l'étudiant des attentes sociétales et du système de santé. Il s'agit là de pointer le rôle majeur de l'environnement d'apprentissage bienveillant et de l'accompagnement compréhensif par l'équipe pédagogique.

Les questions soulevées par les auteurs autour de la construction de l'identité professionnelle sont légitimes et pointent très justement un manque criant d'espaces institutionnels dédiés à l'édification de cette identité professionnelle et à son accompagnement au sein des structures de formation des professionnels de santé.

L'identité professionnelle d'un individu ne commence-t-elle pas avec sa propre identité personnelle ? Peut-on parler, s'agissant de tous les praticiens, d'une même et unique identité professionnelle, homogène et reconnaissable au sein d'une communauté de pratique ?

Les étudiants sages-femmes, souvent très – trop ? – jeunes à l'entrée dans les études, sont projetés dans le monde de la parentalité, découvrant parfois brutalement certains aspects de l'intimité du corps de la femme, tout en étant confrontés très tôt sur les terrains de stages à des situations parfois complexes, alors qu'ils n'ont pour la plupart aucune expérience personnelle dans ce domaine. Il s'agit parfois d'un moment clé, dans ce qui se construit chez l'apprenant, qui, sans accompagnement pédagogique adapté, peut laisser des traces traumatiques.

L'identité professionnelle de la sage-femme a toujours été de nature fragile [2]. Exercer en toute rationalité une profession née d'un mythe n'est pas une simple affaire. En l'absence d'une stratégie collective et faute d'une vision commune, l'intérêt des sages-femmes a souvent été fragmenté.

Toutefois, le processus de professionnalisation des sages-femmes a poursuivi bon an mal an le mouvement de scientification et de médicalisation de la naissance, pour se concentrer plus que jamais sur un accompagnement plus humaniste dans un système de santé davantage orienté vers la prévention et la promotion de la santé.

Tantôt profession « médicale » juridiquement, tantôt profession « paramédicale » sur bien des aspects administratifs et organisationnels, la sage-femme française peine à asseoir son statut médical et à jouir d'une reconnaissance sociale légitime eu égard aux responsabilités qui lui incombent. L'obscurité de cette situation professionnelle inconfortable, de surcroît exacerbée par une absence d'uniformité de reconnaissance académique au niveau européen voire mondial [3], ne facilite pas le processus de construction d'une identité professionnelle franche, sinon pour les praticiens en exercice, au moins pour ceux en devenir.

Aujourd'hui les femmes accouchent différemment, au sens où les conditions de « mettre au monde » sont rigoureusement normées dans les sociétés modernes. Bien que l'évènement reste en soi naturel et physiologique, il n'est pas exempt de complications et de facteurs de risque, ce qui a fait poser un regard nouveau et exigeant sur « l'accompagnement de la naissance ».

Ainsi, la place et le rôle des praticiens formés et compétents auprès des futures mères ne sont plus discutés ni discutables. En maïeutique, comme dans bien d'autres formations de santé, plusieurs changements significatifs ont été opérés dans le déroulement de la formation initiale. Outre l'allongement progressif des études et l'accroissement du niveau de recrutement, le passage d'un curriculum basé sur une approche par objectifs vers un modèle nouveau qui valorise l'approche par compétences a clairement constitué un tournant pédagogique considérable. Ce changement tend à accentuer, au-delà notamment des enjeux professionnels, « des enjeux épistémiques de l'acte d'apprendre qui nécessite des conditions requises à un apprentissage intelligent » [4].

Chaque groupe social est confronté à la nécessité de préserver son identité tout en permettant son évolution [5]. Dans le processus de la professionnalisation, il paraît naturellement inutile pour chaque individu de revivre l'expérience collective pour agir.

Selon Astier, « professionnaliser c'est d'abord pouvoir mettre à disposition des « nouveaux venus » le patrimoine des acquis des générations antérieures » en précisant que « cela suppose toutefois que les acquis de l'expérience des générations antérieures soient pertinents pour les générations suivantes et que l'expérience de l'un puisse, d'une façon ou d'une autre, inspirer l'action d'autrui » [5].

Les travaux de didactique professionnelle [5] insistent sur le fait que « si l'expérience est patrimoine, elle n'est pas qu'enregistrement d'événements, recettes, procédures, mais aussi organisation de l'action par une conceptualisation... qui permet leur ajustement en cours d'action ». La professionnalisation engage le sujet dans ses agissements et ses réflexions en lien étroit avec son histoire personnelle. Il y a donc la singularité des situations et celle des sujets et leurs façons d'agencer les processus d'action alors que les compétences peuvent être identiques. La professionnalisation serait donc l'outil de « fabrication » d'un professionnel par la formation [6,7].

Le mécanisme de la professionnalisation des individus se joue tout autant au plan des améliorations de connaissances, de postures, d'activités cognitives qu'au plan de l'émotionnalité, des affects ou de la construction identitaire [8]. Le savoir construit collectivement est approprié par le sujet. Cela n'est possible, selon Charlot, que si le sujet s'installe dans le rapport au monde que suppose la constitution de ce savoir ; autrement dit, un savoir n'a de sens et de valeur qu'en référence aux rapports qu'il suppose et qu'il produit avec soi-même, avec les autres et avec le monde [9].

Le passage à l'université marque une évolution dans la logique du travail intellectuel étudiant et des changements doivent survenir dans ses modes d'apprentissage [10-12].

Ceci entraîne habituellement des modifications importantes dans le rapport au savoir de l'apprenant, lui faisant adopter progressivement une nouvelle posture, voire de nouvelles conceptions. Ainsi, dans le concept de la construction de l'identité professionnelle pour soi comme autrui et les rapports qu'il sous-tend, tel que décrit par David *et al.*, il convient d'ajouter le rapport au savoir qui comprend deux dimensions [13] : la dimension épistémique qui concerne le rapport de l'individu à la nature même de l'acte d'apprendre et la dimension identitaire qui correspond à une mise en relation avec les autres en apprenant. Finalement, ces deux dimensions ne peuvent ignorer l'aspect social du rapport au savoir, si l'on admet le principe selon lequel le sujet est avant tout un sujet social vivant dans une société structurée [9].

Les individus en formation vivent les situations d'apprentissage à partir de leurs perceptions et de leurs représentations [14,15]. Chaque apprenant possède une forme de conscience par rapport à ses engagements, à son degré d'implication et il s'avère que cette forme de conscience construite (ou plutôt « co-construite ») guide son action sur le terrain. Contrairement à une formation universitaire généraliste, les étudiants qui entrent dans une formation médicale professionnalisante se représentent une certaine idée de départ de la nature même de la formation à suivre et intériorisent précocement l'image de l'identité professionnelle à construire.

L'univers de ces étudiants engagés dans une filière médicale est centré, du point de vue de l'apprendre, sur les apprentissages disciplinaires qui accaparent une part importante de leur attention et de leur motivation.

L'identité personnelle de l'individu influence incontestablement son modèle d'identité professionnelle, dans le sens où son attrait pour développer davantage telles ou telles compétences se déclare très tôt dans le cursus et oriente le futur professionnel vers un secteur d'activité qui correspond mieux à son modèle d'exercice recherché en cohérence avec son identité personnelle.

Il est démontré par ailleurs que les compétences professionnelles visées chez le même collectif d'étudiants varient d'un individu à l'autre et que tous les diplômés d'un même parcours ne présentent pas la même identité professionnelle [16].

Alors que la professionnalisation est une finalité attendue des programmes en alternance en santé, l'étude de la portée ou *scoping study* de Bélisle [17] sur la nature des écrits à travers notamment le prisme des trois dimensions de la professionnalisation (développement des compétences, appropriation de la culture professionnelle, construction identitaire) des étudiants dans les programmes de formation initiale ne manque pas de susciter des questionnements.

Hormis le fait que la construction de l'identité professionnelle est très peu évoquée sur le plan curriculaire et ne présente pas réellement de définition claire dans les écrits analysés, les résultats mettent en évidence des lacunes importantes dans les programmes de formation en alternance axés sur une logique de professionnalisation.

En effet, le profil de sortie attendu au terme de la formation est exclusivement centré sur le développement de compétences, qui ne permet pas d'établir des attentes explicites au regard du niveau de développement attendu des étudiants aux différentes étapes de la formation.

Le sentiment d'identité professionnelle peut surgir à tout moment, et en particulier vers la fin du cursus, avec la construction d'un « je » apprenant. Les connaissances théoriques et pratiques, les expériences vécues sur les terrains de stages peuvent donner à l'étudiant une confiance en lui qu'il n'avait pas avant, ce qui l'autoriserait à exprimer ses idées et donner son avis médical même devant des professionnels expérimentés.

En parallèle d'une construction de compétences, soit d'une activité d'appropriation d'un savoir que l'étudiant ne possède pas dans un premier temps et cherche à posséder *in fine*, la dimension identitaire rentre également en ligne de compte, car se sentir appartenir à une communauté professionnelle ou/et scientifique détermine aussi le rapport à la formation.

L'individu valorise cette appartenance en fonction du sens qu'il lui confère [9].

Aussi, nous semble-t-il sévère et utopique de demander aux jeunes générations de vivre en totale autonomie une révolution culturelle et identitaire en l'absence de modèle à suivre et de balises institutionnelles mises à leur disposition.

Le développement d'approches pédagogiques novatrices telles que l'inclusion, dans le programme de formation, d'un cadre conceptuel comprenant les dimensions et les principes sous-jacents à la professionnalisation et l'emploi d'outil d'analyse adapté [17] permettraient aux étudiants de se construire une identité professionnelle objective et explicite.

L'avantage substantiel que nous voyons dans ce modèle consiste en une réelle incitation au changement conceptuel en faveur d'un apprentissage holistique.

Références

1. David L, Franck E, Paris S, Delacour C. Construction de l'identité professionnelle des étudiants en maïeutique : une étude exploratoire qualitative. *Pédagogie Médicale* 2021;22:55-63. [\[Google Scholar\]](#)
2. Knibiehler Y. *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e siècle*. Rennes : Éditions de l'École nationale de la santé publique, 2007. [\[Google Scholar\]](#)
3. Mead M. Similarité et différences politiques et socio-culturelles entre la France, la Suède et le Royaume Uni. *Les Dossiers de la Maïeutique* 2014;1:43-49. [\[Google Scholar\]](#)
4. Houssaye J. *Le triangle pédagogique. Les différentes facettes de la pédagogie*. Paris : ESF Éditeur, 2014. [\[Google Scholar\]](#)
5. Astier P. La professionnalisation comme intention, comme processus et comme légitimation. *Savoirs* 2008;17:63-9. [\[CrossRef\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
6. Wittorski R. La professionnalisation. *Savoirs* 2008;17:9-36. [\[CrossRef\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
7. Barbier J-M. *Encyclopédie de la Formation*. Paris : Presses universitaires de France, 2009. [\[Google Scholar\]](#)
8. Sorel M. À propos de la professionnalisation : le retour du sujet. *Savoirs* 2008;17:37-50. [\[CrossRef\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
9. Charlot B. *Du rapport au savoir : éléments pour une théorie*. Paris : Anthropos, 1997. [\[Google Scholar\]](#)
10. Coulon A. *Le métier d'étudiant : l'entrée dans la vie universitaire*. Paris : Presses universitaires de France, 1997. [\[Google Scholar\]](#)
11. Frenay M, Noel B, Parmentier Philippe P, Romainville M. *L'étudiant-apprenant : grilles de lecture pour l'enseignant universitaire*. Bruxelles : De Boeck université, 1998. [\[Google Scholar\]](#)
12. Erlich V, Coridian C, Boyer R. L'entrée dans la vie étudiante. *Socialisation et apprentissages. Revue Française de Pédagogie* 2001;136:97-105. [\[Google Scholar\]](#)
13. Bautier É, Rochex J-Y. L'expérience scolaire des nouveaux lycéens : démocratisation ou massification ? Paris : A. Colin, 1998. [\[Google Scholar\]](#)
14. Nadjafizadeh M. *Rapport à l'apprendre et développement d'une culture de recherche en formation médicale professionnalisante : l'effet du contexte pédagogique en médecine et en maïeutique* [Thèse de doctorat d'université]. Nancy : Université de Lorraine, 2016 [On-line]. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2016LORR0003>. [\[Google Scholar\]](#)
15. Nadjafizadeh M, Morel O. Acculturation des étudiants en filières médicale et maïeutique au genre d'écrit de recherche : le rôle différenciateur du contexte pédagogique. *Pédagogie Médicale* 2014;15:285-300. [\[CrossRef\]](#) [\[EDP Sciences\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
16. Bélisle M. *Perceptions de diplômés universitaires quant aux effets d'un programme professionnalisant et innovant sur leur professionnalisation en contexte de formation initiale*. [Thèse de doctorat en éducation]. Sherbrooke (QC) : Université de Sherbrooke, 2011. [\[Google Scholar\]](#)
17. Bélisle M, Mazalon É, Belanger M, Fernandez N. Les stages cliniques dans les formations en alternance : étude de la portée quant à leurs caractéristiques et leurs retombées sur la professionnalisation. *Pédagogie Médicale* 2020;21:21-38. [\[CrossRef\]](#) [\[EDP Sciences\]](#) [\[Google Scholar\]](#)

© SIFEM, 2021

**IDENTITES
PROFESSIONNELLES**

**au cœur des
JNKS NANTES 2024**

Et pour conclure - provisoirement ce rapide tour d'horizon d'écrits récents sur le sujet de l'identité, fussent-ils catégorisables "de littérature grise" - comment ne pas citer quelques passages de la conclusion du livre " le siècle des égarés" de Julia De Funes.

"Comment conserver notre liberté et nous constituer sujets quand nous devons répondre à différents rôles qui nous réifient et dans lesquels on aime se complaire ? Comment choisir entre d'un côté la liberté (ne pas être en proie à des volontés extérieures) et de l'autre la sécurité (la facilité du chemin balisé par les rôles comportementaux) ? Entre les décisions, les attentes sociales et familiales multiples et les désirs profonds, il n'y pas toujours – et plutôt rarement – coïncidence. La difficulté vient en partie du sentiment déconcertant d'être le siège de contradictions ?

Or l'une des moins bonnes réponses pour l'individu est de réfugier dans une identité. L'identité revient à substituer une résistance objective à une déroute subjective. C'est une dérobade de soi qui transforme l'être en préfabriqué. .../...

.../... L'identité est également l'une des moins bonnes réponses qu'un collectif puisse trouver pour se sentir être. Les conflits sexistes, racistes, idéologiques sont pour la plupart des problèmes identitaires, dont l'éloignement avec l'universalisme des Lumières mène aux pires intransigeances égalitaristes. .../...

.../... C'est parcequ'il n'est pas déterminé par une essence, mais libre d'affirmer sa singularité sans réification possible, que l'homme peut accomplir son avenir, créer son existence, être responsable de sa vie et obtenir une forme de reconnaissance, sans laquelle aucune harmonie collective n'est possible.

Car qu'est ce que la reconnaissance si ce n'est considérer l'autre comme un sujet, une personne, une liberté ?

Reconnaître suppose de considérer l'autre comme un être singulier, un sujet libre, un "soi" unique et choisi. Or l'identité chosifie et schématise. Donc l'identité empêche paradoxalement toute possibilité de reconnaissance. Inspiré de Hegel, Axel Honnet affirme que le contraire de la reconnaissance est la réification. Il ajoute que, dans une société comme la nôtre, où toute marchandise, et donc chose, nous sommes enclins à nous autoréifier, à nous considérer comme des objets.

Or la reconnaissance n'est pleine et ne reçoit de réponse que si un individu libre et donc singulier me reconnaît comme un individu libre et singulier.

Cet individu libre et singulier ne peut procéder d'une identité conceptuelle incertaine, de revendications identitaires liberticides, ou d'identités manufacturées. Jamais l'identité n'engendrera donc une forme de reconnaissance contrairement à ce qu'on pense.

Celle-ci ne peut provenir que de la liberté.

Seule la liberté fait du "moi" un sujet, et pas seulement un exemplaire.

Seule la liberté permet de résister aux dogmes identitaires qui n'en finissent pas de se déployer jusqu'à nous perdre dans des appartenances dont toute singularité est exclue.

Seule la liberté évite le danger de l'identitarisme, à l'œuvre dans chaque drame collectif et naufrage individuel".

IDENTITE DISCIPLINAIRE : " REEDUCATION & / OU READAPTATION " ? ET QUE DIRE DES " REEDUCATEURS " ?

SIMPLE RITOURNELLE ? ou SUJET COMPLEXE ?

Une simple question de DEFINITION ? d'APPELLATION ou de (DE)NOMINATION ? ou encore de CONCEPT(ION) ?

La poule et l'œuf n'ont pas fait mieux ... ni moins bien : on les sait liés mais lequel est générateur, lequel initie l'autre, lequel comprend l'autre, le quel englobe l'autre, ... ?? Tous ces questionnements non exhaustifs s'affranchissant d'ailleurs au passage de " l'autre " c'est-à-dire de " l'alter " mais c'est en soi un autre sujet de dissertation.

L'histoire des 2 R (Rééducation-Réadaptation, locution binômiale retenue in fine pour "qualifier" la section du CNU) a même connu, et parfois gardé les stigmates, ces dernières décennies d'une inflation de R : 3 R avec la réhabilitation, 4 R avec la réinsertion ... et " l'air " de rien ces mots là aussi ressurgissent au décours de pratiques, plus ou moins anciennes mais alors pas nommées, aujourd'hui plus ou moins " reconnues " (au sens de valorisées) mais étayées de travaux scientifiques ; on peut citer par exemple car on le voit apparaître ici et là la "réhabilitation respiratoire", la "réhabilitation pré-opératoire"

Et le sujet de "l'appartenance" au groupe des 7 professions de rééducation est lui-même "bousculé" par ces professions mais aussi par la Médecine Physique et de Réadaptation. Réadaptation dont la définition est elle-même chahutée ... quand bien même l'OMS et de tous récents textes français l'auraient "consacrée" en chapeau de tous les " R ". Des attermolements récurrents qui dans tous les cas ne servent pas la juste place et la juste valorisation des professionnels ... pas plus qu'ils ne favorisent le juste service aux patients. Des approches campées voire arc boutées, aussi diverses de chacune des professions, et parfois à l'intérieur même de ces professions, qui ne favorisent pas l'idée que ces professions auraient tout intérêt à fédérer leurs engagements en forces alliées.

Les paradoxes de la réadaptation

L'injonction permanente à l'innovation de rupture ne doit pas faire oublier que l'innovation peut aussi être incrémentale. Nous abusons souvent du terme de paradigme, popularisé par Thomas Kühn.

Ces visions du monde servent de cadres de pensée à la science, à la politique, dont les politiques de santé. Elles peuvent être balayées par une « révolution culturelle » terme également à la mode. Sans méconnaître la réalité de l'évolution des modèles d'après lesquels nous construisons des discours rationnels, notre propos est ici d'insister sur la pertinence des paradoxes dans les politiques de santé et particulièrement dans le champ de la réadaptation

Le paradoxe, dans la **théorie des systèmes paradoxaux**, est une contradiction durable, voire permanente, entre des éléments qui apparemment s'excluent l'un l'autre mais co-existent malgré tout. Le paradoxe diffère du dilemme - un choix entre éléments contradictoires - parce qu'il postule soit que de tels choix sont faux soit qu'ils sont seulement provisoires. Selon François Dupuy, sociologue du management (1), tout concept en management qui n'a pas de contraire est insignifiant. Nous verrons que cela s'applique aux différents niveaux de gouvernance. Nous adoptons la typologie des paradoxes de la clinique décrite par André-Pierre Contandriopoulos (2).

Paradoxe de la Santé : modèle médical individuel / modèle social collectif

Un clinicien, s'il vise avant tout la santé individuelle du patient qui lui accorde sa confiance, est aussi responsable de la santé collective. L'intérêt individuel peut entrer en conflit avec l'intérêt collectif, notamment par le choix des moyens et de leurs coûts attribués au soins individuels comparés aux coûts des actions de santé publique.

Si ce paradoxe est reconnu, il n'est pas pour autant associé à un cadre conceptuel clair, entre système de santé d'une part et la « grande santé » au sens le plus général de l'OMS qui se rapproche du bonheur.

Les modèles de déterminants de la santé ne laissent que peu de place à l'influence des soins de santé. Toutefois ces modèles ne permettent pas de donner des proportions d'influence réelle ni de faire des choix budgétaires rationnels. La population reste très attachée à un système de protection sociale solidaire contre les pathologies et leurs conséquences qui font l'objet de la réadaptation.

Elle souhaite que ce système s'appuie sur des soins de santé organisés, réglementés et financés pour répondre aux besoins. Elle reste très sensible aux inégalités d'accès aux soins, considérées comme inacceptables.

Toutefois, si la demande est trop souvent une fiction économique, la notion de besoin reste une fiction institutionnelle, faute d'une épidémiologie capable de les décrire et se réduit dans les faits à l'analyse de la demande et de l'offre de soins. En outre le droit du handicap s'est construit contre le modèle dit individuel ou médical du handicap pour privilégier la vision sociale ou collective.

Nous choisissons ici de définir la réadaptation comme l'OMS : c'est un terme générique coiffant la réadaptation à base communautaire, la réadaptation précoce, la réadaptation centrée sur la fonction (ou rééducation fonctionnelle) et la réadaptation centrée sur l'inclusion sociale.

Ce choix permet de se rattacher au cadre conceptuel international qui définit les composantes du système de santé : promotion de la santé, prévention, soins curatifs, réadaptation et soins palliatifs. Cette approche ne supprime pas le paradoxe mais permet de le gérer : les frontières entre ce qui relève des soins et de l'action sociale sont complexes dans tous les pays mais il y a un accord sur les composantes à identifier et à budgétiser.

En France la structuration du droit du handicap s'est construite contre la notion de réadaptation, jugée trop médicale et paternaliste, le terme est absent de la plupart des rapports et projets des politiques françaises du handicap, alors que la réadaptation est un élément essentiel de sa prévention.

Contrairement à l'étranger elle n'est guère défendue par les associations comme partie intégrante des politiques du handicap. Les lois de décentralisation ont parachevé le grand fossé entre soins et action sociale en attribuant les politiques pour les personnes âgées et handicapées au département.

Paradoxe de la Clinique : sur mesure (personnalisation) / prêt à porter (standardisation)

« L'art c'est moi, la science c'est nous » disait Claude Bernard. Autrement dit la clinique est un art à la recherche de raison vraie au sens d'Aristote (tekné).

L'inscription de la clinique dans la recherche de raison remonte aux origines de la médecine, mais elle s'est récemment traduite par l'Evidence Based Medicine (EBM).

Celle-ci n'est pas standardisable puisqu'aux preuves elle associe l'expérience des cliniciens, les préférences du patient, et les moyens disponibles.

La mise en gestion des systèmes de santé, sous contraintes financières croissantes, peut être tenté par une industrialisation fondée sur l'EBM mais dans une définition qui n'est ni conforme à ce qu'elle est, ni à ses limites bien connues. Toutefois une partie des soins est bien standardisable ne serait-ce que pour éviter des inégalités de traitement entre patients aux caractéristiques communes, ou éviter des redondances inutiles et coûteuses.

Un des meilleurs moyens de gérer ce paradoxe est de construire des chemins cliniques ou programmes de soins au niveau des équipes de soins. Définis en équipe ils décrivent pour un profil de patients aux besoins similaires ce qui est standardisable (prêt à porter) et ce qui doit rester personnalisé (sur mesure).

Paradoxe de l'autonomie professionnelle : autonome / membre d'un réseau coordonné

Chaque professionnel exerçant en équipe est toujours tiraillé entre sa profession qui définit des compétences et des comportements soutenus par des textes et une identité professionnelle, et une organisation interne qui définit le « prescrit » - bien au-delà de la prescription médicale - et qui est bien loin du « réel », ce que l'on fait.

Le processus de soin ne peut être conçu comme juxtaposition d'interventions d'experts indépendants ni comme un processus hiérarchique mécanique où un chef commande et des exécutants obéissent. Chaque professionnel est un praticien réflexif.

La métaphore de l'orchestre de jazz est féconde puisqu'une partie de ce qu'il exécute est arrangée et jouée comme sur la partition, et une partie est improvisée, laissée à la libre interprétation du musicien qui prend un « chorus ». Toutefois de robustes règles – ou prescriptions - écrites ou tacites encadrent cette exécution : le rythme, le tempo, la tonalité les harmonies et le style.

Dans les équipes de soins de réadaptation la prescription médicale est médico-légale mais on peut affirmer que les professionnels ont très souvent exercé leur art sans prescription médicale qualitative, s'agissant notamment des techniques à mettre en œuvre, selon des protocoles le plus souvent tacites.

Toutefois, comme dans les groupes de jazz, personne n'est indépendant ni ne travaille en silo individuel ou professionnel. La construction de chemins cliniques permet de mieux formaliser ces protocoles, mettant d'accord les membres d'une équipe pluriprofessionnelle, tout en les articulant aux contraintes de la gestion, de l'organisation du travail et de la valorisation.

Paradoxe de la coordination : intégration / différenciation

Le paradoxe de l'intégration traverse toute la littérature managériale. Déjà Pascal et Pic de la Mirandole s'opposaient sur la possibilité de tout savoir ou d'être obligé de faire un choix. Ce paradoxe est résumé par la formule : « un spécialiste c'est quelqu'un qui sait tout sur rien, un généraliste est quelqu'un qui ne sait rien sur tout ».

Dans la littérature managériale ces termes forment depuis longtemps un paradoxe (Lawrence, Lorsch, Mintzberg) qui est géré de la façon suivante. Il ne faut surtout pas privilégier l'un ou l'autre, tout dépend du contexte, mais il faut construire des mécanismes de liaison. Plus la différenciation ou spécialisation est avancée, et plus les mécanismes de liaison doivent être développés pour intégrer les processus. Le *cure* traite et le *care* intègre.

Les services transversaux de réadaptation constituent un exemple type de ces mécanismes d'intégration avec une organisation par fonction plus que par patientèle, sans qu'il n'existe de modèle unique pour intégrer la réadaptation dans les établissements.

En ville l'exercice, souvent en silo, des professionnels de la réadaptation rend l'intégration plus problématique mais de nouvelles organisations en équipes pluriprofessionnelles, équipes de soins primaires ou de soins spécialisés, en attendant des équipes poly catégorielles, mieux adaptées à l'évolution des besoins réels (grand âge, polypathologies chroniques, limitations fonctionnelles multi systémiques).

Le paradoxe professionnel : le professionnel et le système

C'est Aristote qui définit le mieux le paradoxe professionnel en opposant la sagesse pratique du professionnel (phronesis) à une raison pure qu'il juge incapable d'appréhender le sens de l'action (3). Le professionnel réflexif agit en associant une production à un sens de l'action (praxis) et cette action porte des valeurs au sens de principes d'action, inscrits dans une « éthique déontologique ».

Cette action s'inscrit toujours dans un système qui est régulé à la fois par des logiques managériales, marchandes et de politiques publiques.

A l'interface entre professionnels et système institutionnel se définit « l'activité », qui, liée au concept de performance fixe des objectifs de résultats liés à des modèles de production, par exemple le modèle de Fetter des groupes reliés au diagnostic autrement dit la T2A.

A la définition de l'activité s'associe la promotion d'une « éthique de responsabilité » conséquentialiste et managériale qui entre en conflit avec le sens de l'action des professionnels.

Différente de la valeur comme principe d'action, la valeur économique est définie par Michaël Porter comme le quotient entre les composantes de la qualité et la somme des coûts de chaque composante nécessaire aux parties bénéficiaires. Les limites de l'équation de Porter sont aussi celles de la T2A. Elles sont liées à la définition du patient comme seul bénéficiaire (définition ultralibérale du client-roi), aux limites de l'analyse fonctionnelle de la valeur (les composantes fonctionnelles de l'OMS par exemple, ignorées en France) et de la durée de l'épisode de soins qui fait sens.

Pour un professionnel du champ de la réadaptation le sens de l'action est d'associer dans un programme de soin la part nécessaire de prévention, de soins curatifs, de soins de réadaptation et d'accompagnement d'une perte d'autonomie stabilisée, ce que l'OMS et le système international des comptes de la santé décrit mais que le système français de nomenclatures n'a pas encore intégré.

Il convient de **ne plus confondre composante de la valeur et phase institutionnelle** de la prise en charge (hospitalisation en aigu, SMR, soins de ville par exemple).

La réadaptation ne se confondant plus avec les SMR, c'est l'instruction du 22 septembre 2022 qui pour la première fois distingue les différentes missions des SMR en définissant la réadaptation dans sa forme générique de soins visant l'optimisation de la fonction, au sens de la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF). Ces missions, ou composantes de la valeur à prendre en compte spécifiquement, sont clairement identifiées : **prévention, soins curatifs, réadaptation, soins de transition et coordination.**

On ne reviendra pas sur l'extension du domaine de l'analyse des coûts et de la construction institutionnelle d'activités. Elles sont liées aux progrès technologiques des NTIC qui favorise la « gouvernance par les nombres ».

La logique professionnelle persistera d'autant plus qu'elle sera capable d'intelligence collective, à l'opposé de modèles idéologiques catégoriels et en silos alors que les besoins de la population appellent des programmes de soins intégrant les différentes fonctions de la santé.

Ces fonctions ne se confondent pas avec des phases de prise en charge, mais sont en réalité portées en proportions variables par chaque structure de soins ou médico-sociale, et par chaque professionnel dans son domaine.

A cet égard la division syndicale, celle des CNP, celle des sociétés savantes et maintenant celle des ordres professionnels ne fait que soutenir l'immobilisme systémique. Elle est soigneusement entretenue par les pouvoirs publics dans le jeu traditionnel conflit-revendication-négociation. Le constat de la paralysie agitante des nomenclatures, NGAP, CCAM, groupes issus du PMSI en aigu comme en SMR, CSARR etc. en montre les écueils.

La solution ne viendra pas des experts d'en haut mais de l'innovation au niveau « micro » des équipes de soins capables de construire collectivement des programmes de soins (4). Ces programmes sont susceptibles de réconcilier clinique et gestion pour peu que le management reste agile, flexible et magnétique, en ayant l'œil pas trop rivé sur les tableaux de bord financiers à court terme.

Jean-Pascal Devailly,
Président du SYFMER

1. François Dupuy. Lost in management. La vie quotidienne des entreprises au XXI^e siècle. Seuil, 2011.
2. Système de santé, logiques de régulation, crises et réformes. Bélanger M. Cahiers du CRISES. Centre de recherche sur les innovations sociales. 2001.
3. Florent Champy. Sociologie des professions. PUF, 2018.
4. Devailly JP, Josse L. [Les programmes de soins : clé de la performance en médecine de réadaptation](#). Gestions hospitalières. 2021 ; n° 603 : 110-115

**IDENTITES
PROFESSIONNELLES**

**au cœur
des
JNKS NANTES 2024**

au CHU de NANTES

EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION

&

INNOVATION

*L'intention,
le geste,
la trace !*

A propos de l'IA & du numérique

L'IA au service de la kinésithérapie ou la kinésithérapie du futur asservie à l'IA ?

Actuellement nous observons une réelle plaidoirie en faveur de l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) dans le domaine de la masso-kinésithérapie.

Elle est pourtant déjà utilisée depuis plus de 20 ans pour les rééducations vestibulaires avec des résultats significatifs sur les patients appréciant de se retrouver à expérimenter une immersion dans des situations proches et au plus près de leur réalité quotidienne. Elle favorise ensuite la transposition de leurs expériences variées et multiples pour maîtriser après leur environnement familial.

Depuis 6 ans, la réalité virtuelle se développe de manière plus démocratique dans les pratiques professionnelles des masseur-kinésithérapeutes (MK). Mais quelle en serait l'explication ?

Il est observé que les patients adhèrent facilement au jeu dans les exercices de rééducation abordés dès lors sans aucune appréhension. Celui-ci permet de détourner leur attention sur leur pathologie comme lors d'une arthralgie et d'agir surtout sur leur kinésiophobie facilitant ainsi leur récupération fonctionnelle.

Cette nouvelle technologie semble bien se populariser auprès des confrères jeunes diplômés avec une réelle attractivité validée par leur appétence naturelle pour les outils de rééducation informatisés offrant des critères fiables de mesure et de suivi des programmes de rééducation au fil du temps.

Elle apporte au MK des données précises d'analyse en temps réel de la pathologie, une aide à l'orientation du diagnostic kinésithérapique et à la conception d'une modélisation de programmes de rééducation personnalisés pour maximiser les chances de réussite des patients dans la gestion de leur pathologie.

L'IA est aussi en cours de démocratisation dans les cabinets libéraux surtout dans le champ musculo-squelettique et particulièrement auprès des sportifs qui sont le public phare de cette technologie d'avenir.

L'avantage de cet outil est aussi de favoriser le partage des performances des patients dans le cadre d'un travail dans un environnement pluriprofessionnel pour échanger sur les compétences sensori-motrices développées par les patients dans un but de parfaire leur rééducation en partenariat.

Ce partage des compétences professionnelles ouvre aussi d'autres champs d'application de l'IA comme celui de la neurologie pour, par exemple, la récupération motrice des patients hémiparétiques ou pour travailler la coordination des patients parkinsoniens.

Notons aussi que le pouvoir du jeu observé quand il est inclus lors des divers exercices de rééducation devient dès lors important et que certains patients en deviennent réellement adeptes. Cette « gamification » concerne aussi le MK qui trouve une nouvelle approche attrayante, originale et innovante pour évoluer dans ses pratiques de soins.

Nous en sommes actuellement à une phase de transition où la majorité des MK doivent encore se former à l'utilisation spécifique de l'IA comme par exemple d'apprendre à rédiger un prompt puis à se convaincre du réel potentiel obtenu pour leur patientèle comme le gain de temps en bureautique et en travail technique à inclure dans leurs pratiques de soins.

Le coût encore élevé de ces technologies innovantes semble aussi être un frein à sa démocratisation dans les cabinets libéraux et dans les IFMK même si pour plusieurs ; son utilisation est bien ancrée dans les pratiques pédagogiques.

Cependant son intérêt semble indiscutable pour les patients concernés par les déserts médicaux et pour qui la télééducation est le seul moyen d'accès au suivi des soins de leur rééducation afin que le praticien guide leurs progrès et puisse modifier les programmes de soins.

A l'heure du piratage informatique, il est important de s'intéresser à l'éthique de l'IA en santé dans les champs : informatique, algorithmique, robotique, digital et des usages pour protéger et respecter la vie privée des patients suivis en soins.

Mais n'y a-t-il pas aussi un risque de perdre pour les patients l'usage des techniques manuelles de soins de kinésithérapie, tant appréciés, et à voir remplacer le thérapeute, comme dans une célèbre clinique des Etats-Unis usant de robots de relaxation prodiguant des massages aux patients.

Néanmoins l'IA ne pourra pas se substituer à la relation patient-thérapeute qui reste le centre de la motivation du patient dans ses soins. Il recherche une écoute et l'exclusivité chez son MK pour le soutenir dans son parcours de récupération physique. Pour l'instant l'IA ne remplace pas le thérapeute capable de gérer aussi les émotions de ses patients et de s'adapter à leur état psychologique du moment à chaque séance.

Le MK utilise déjà son intuition, non artificielle, au quotidien pour choisir ses bons objectifs thérapeutiques. Il est prouvé que l'intuition serait notre IA naturelle qui permet de connecter rapidement tous nos neurones sans intervention de l'intelligence mais à condition qu'il n'y ait pas d'interférence par les émotions.

Alors faisons-nous confiance ! Nos émotions ont une voix consultative mais certes non décisionnelle dans le choix de notre positionnement de soins.

L'IA, dans le futur, sera-t-elle capable de développer un niveau d'empathie envers les patients ? Comment sera-t-elle incluse dans les processus de soins pour favoriser une entière réussite de nos thérapeutiques ?

Marie-Claire SINTES,
Cadre de Santé MK,
Formatrice IFMK de Toulouse

Références bibliographiques :

- Cadre éthique du numérique en santé de 2023, ANS. Ministère de la santé et de la prévention.
- D.D. Miller, E.W. Brown. Artificial Intelligence in medical practice : the question to the answer. AM J Med, 131 (2018), pp. 129-133
- M.F MAMZER. Ethique et intelligence artificielle en santé : l'urgence d'une approche de recherche intégrée. Annales de pathologie, vol 39, Issue 2, Avril 2019, pages 85-86. Elsevier
- J. Colloc (2018). De l'Intelligence Artificielle mimétique aux systèmes autonomes : Quels objectifs ? Quels enjeux éthiques ? Livre Blanc ADEL intitulé Vademecum sur la gouvernance des traitements de données numériques, p.87.
- J. Duguet, G. Chassang, J. Béranger. Enjeux, répercussions et cadre éthique relatifs à l'intelligence artificielle en santé. Droit, santé et société 2019/3 (N°3) p 30 à 39. Editions ESKA

**INNOVATION
INTELLIGENCE
ARTIFICIELLE
& TECHNOLOGIES**

**au cœur
des
JNKS NANTES 2024
au CHU de NANTES**

La #CommissionIA a été installée en septembre dernier pour "contribuer à faire de la France un pays à la pointe de la révolution de l'IA".

Au terme de six mois de travaux et 600 auditions d'experts et de parties prenantes, la Commission recommande six grandes lignes d'action :

- lancer immédiatement un plan de sensibilisation et de formation de la nation ;
- réorienter structurellement l'épargne vers l'innovation et créer, à court terme, un fonds "France & IA" de 10 Md€ ;
- faire de la France un pôle majeur de la puissance de calcul ;
- faciliter l'accès aux données ;
- assumer le principe d'une "exception IA" dans la recherche publique ;
- promouvoir une gouvernance mondiale de l'IA.

La #CommissionIA considère qu'un investissement significatif est nécessaire pour que notre société tire tous les bénéfices de l'intelligence artificielle.

"C'est une course de fond qu'il convient d'engager". Bonne lecture !

Cyprien Canivenc

Ce travail est vraiment très structurant et innovant pour définir la stratégie #IA de la France et tracer des voies essentielles d'avenir pour notre pays et pour l'Europe dans un contexte de compétition mondialisée. Ce chantier colossal a permis de tracer des recommandations fortes, lisibles, opérationnelles et chiffrées avec une insistance louable sur la nécessité d'investissement et de formation de tous à la révolution de l'IA.

Merci Cyprien Canivenc #CommissionIA d'avoir pris le temps de nous auditionner avec Ethik IA de marquer votre attention sur l'ouverture prochaine d'une démarche plus spécifiquement centrée sur la santé.

Les axes de recommandations formulées soulignent très justement la nécessité de maintenant mener la bataille européenne et mondiale de la #normalisation pour promouvoir une vision ouverte et régulée de l'innovation dans le contexte de l'adoption de l'AIAct.

À nous de jouer ! #GarantieHumaine

David Gruson

Pour poursuivre cette rubrique KINESCOPE a souhaité publier, avec autorisation l'aimable de l'auteur Nicolas PISITORIO, le texte de son post sur le sujet.

L'intelligence artificielle (IA), le deep learning et le machine learning, comment ces technologies changent la donne dans le monde de la santé ? Vous êtes au bon endroit ! Accrochez -vous au stéthoscope, on plonge dans le vif du sujet.

L'intelligence artificielle (IA), le deep learning et le machine learning, comment ces technologies changent la donne dans le monde de la santé ? Vous êtes au bon endroit ! Accrochez vous au stéthoscope, on plonge dans le vif du sujet.

L'explosion en quantité et en détail des données de santé numériques est phénoménale et exponentielle avec le développement des technologies. Malgré cela, seulement un petit segment de ces informations est exploité pour booster la qualité et l'efficacité des soins. L'accumulation de données surpasse largement nos capacités actuelles d'analyse. L'IA devient incontournable dans ce contexte.

Intelligence artificielle, deep-learning, machine learning : explications. Ok nous ne sommes pas tous familiarisés avec ces termes, alors de quoi parlons nous exactement ? Intelligence artificielle, deep-learning, machine learning sont trois concepts étroitement liés, formant une sorte de poupées russes technologiques où chaque terme englobe et se fonde sur l'autre.

L'intelligence artificielle (IA) est le concept le plus large, désignant la capacité des machines à effectuer des tâches qui nécessiteraient normalement l'intelligence humaine. L'IA est le grand cadre dans lequel toutes les autres technologies s'insèrent. C'est comme un robot, capable de penser et d'agir tout seul. Pas besoin de lui dire chaque mouvement à faire, il apprend de son environnement et s'améliore. C'est un peu comme si vous aviez un assistant virtuel qui, au lieu de juste suivre des ordres, apprend de vos habitudes pour mieux anticiper vos besoins.

Le machine learning, ou apprentissage automatique, est une sous-catégorie de l'IA. Il se concentre sur la création de systèmes capables d'apprendre à partir de données, d'identifier des modèles et de prendre des décisions avec peu ou pas d'intervention humaine. Si l'IA est le concept de machines pensantes, le machine learning est la méthode par laquelle ces machines apprennent à penser en analysant des données. C'est comme enseigner à un enfant à reconnaître les couleurs non pas en lui disant ce qu'est chaque couleur une par une, mais en lui montrant des exemples et en le laissant faire les connexions lui-même.

C'est comme si ce robot commençait à apprendre à jouer aux échecs en regardant des milliers de parties. Il n'a pas besoin que quelqu'un lui explique les règles à chaque fois. Au lieu de cela, il détecte des modèles et des stratégies en analysant les jeux passés.

C'est comme apprendre à faire du vélo : plus vous pratiquez, mieux vous devenez, sans qu'on ait à vous réexpliquer comment pédaler chaque fois que vous montez en selle.

Le deep learning, ou apprentissage profond, est une technique encore plus spécifique au sein du machine learning. C'est quand notre robot se met à comprendre des choses encore plus complexes, comme reconnaître des visages dans une photo ou comprendre le langage humain.

Si le machine learning peut être assimilé à apprendre à reconnaître des motifs simples, le deep learning serait comme apprendre à comprendre des concepts plus complexes et nuancés. Par exemple, si le machine learning peut apprendre à reconnaître qu'une photo contient un chat, le deep learning peut comprendre ce qui fait qu'un chat a l'air triste ou heureux.

L'IA en santé : exemples d'application

L'IA a un impact transformateur dans le domaine de la santé, offrant des applications allant de l'amélioration des diagnostics à la personnalisation des traitements. Voici quelques exemples concrets :

Amélioration des diagnostics : L'IA est particulièrement présente dans le domaine de l'imagerie médicale, où elle aide à détecter des anomalies en analysant des montagnes de données pour repérer des tendances imperceptibles à l'œil humain.

Des études, comme celle publiée dans le Journal of the American Medical Association, démontrent que l'IA peut égaler, voire surpasser, les médecins dans certains domaines de diagnostic.

Aide à la prise de décision clinique : en combinant de grandes quantités de données cliniques pour générer une vision globale du patient, aidant ainsi les professionnels de santé à prendre des décisions qui améliorent les résultats des traitements et la santé de la population.

Réduction des risques : avec des solutions de recommandation thérapeutique, personnalisée en fonction du patient, selon les risques identifiés dans son ordonnance et les dernières données médicales disponibles. Exemple avec Posos, base de données des médicaments 100% compatible avec les standards internationaux.

Réduire la charge administrative : par exemple en proposant une génération de notes de consultations ou d'interventions basées sur l'IA. Ainsi faire gagner du temps aux cliniciens afin qu'ils puissent se concentrer sur les soins à prodiguer à leurs patients. Exemple avec Nabla

Booster et simplifier la recherche : prenons l'exemple de la collaboration entre le Swiss Medical Network et Sophia Genetics, qui vise à intégrer l'analyse de données génomiques pour améliorer les traitements contre le cancer. Autre exemple dans la recherche médicamenteuse avec Atomwise qui utilise l'IA pour prédire des composés susceptibles de devenir de nouveaux médicaments.

Chirurgie assistée par ordinateur et robots compagnons : l'IA contribue également à la chirurgie, en offrant des outils de précision qui assistent les chirurgiens. A ce sujet consultez l'excellente publication des Hôpitaux Universitaires de Genève : État de l'art de la chirurgie robotique.

C'est aussi le développement des robots compagnons pour soutenir les personnes âgées ou fragiles.

Médecine prédictive et de précision : L'IA permet de prédire l'apparition et l'évolution de maladies, ainsi que de recommander des traitements personnalisés en fonction des caractéristiques individuelles de chaque patient. C'est un changement de paradigme profond en fournissant des services de santé aux patients de façon préventive quand ils en ont besoin et pas seulement quand ils sont malades.

Ces quelques exemples illustrent la diversité et la profondeur de l'impact de l'IA dans le secteur de la santé, depuis l'amélioration de l'efficacité des soins jusqu'à l'innovation dans le développement de médicaments et les diagnostics.

L'effet waouh et la réalité terrain

Ok nous sommes rentrés dans l'ère de l'intelligence artificielle, où les diagnostics peuvent être rapides, les traitements sur mesure et les dossiers médicaux aussi faciles à naviguer qu'une playlist Spotify. Toutefois, il y a un hic...Ce beau tableau futuriste est quelque peu terni par des systèmes d'information qui semblent tout droit sortis de l'âge de pierre numérique.

Ces systèmes, souvent obsolètes, se trouvent à la croisée des chemins, tiraillés entre les méthodes du passé et les possibilités de l'avenir.

Problématique de l'intégration et de la compatibilité

D'abord, l'intégration. Les systèmes d'information en santé sont un patchwork complexe de logiciels et de protocoles, allant des dossiers administratifs, en passant par les dossiers médico-soignants, aux systèmes de gestion des rendez-vous. L'intégration de l'IA nécessite une compatibilité et une interopérabilité entre ces différents systèmes, souvent absentes ou dysfonctionnelles. Ce manque d'intégration mène à des silos d'informations, rendant difficile l'utilisation efficace de l'IA pour une analyse globale.

Enjeux de sécurité des données

La sécurité des données est un autre défi majeur. Avec l'augmentation des cyberattaques ciblant les établissements de santé, la nécessité d'une sécurité renforcée est plus criante que jamais. Les systèmes plus anciens peuvent ne pas être équipés pour faire face à ces menaces modernes, mettant en péril la confidentialité des données patients.

Impact sur la qualité des soins et l'innovation

Ces limitations des systèmes actuels ont un impact direct sur la qualité des soins et la capacité d'innover. Sans une infrastructure solide et moderne, l'adoption de solutions IA efficaces reste un défi, limitant le potentiel d'amélioration du diagnostic, du traitement et de la gestion des soins de santé.

Formation et Réglementation

La formation des professionnels de santé à l'utilisation de l'IA est une étape essentielle. Elle permet non seulement de familiariser les utilisateurs avec les nouvelles technologies, mais aussi de les rendre acteurs de cette transformation. Du côté réglementaire, il est impératif d'élaborer des cadres qui régissent l'utilisation de l'IA en santé. Ces cadres doivent à la fois encourager l'innovation et protéger les intérêts des patients.

L'université Paris Cité propose un Diplôme Universitaire : Intelligence artificielle IA appliquée en santé. Ce DU offre une compréhension approfondie des enjeux de l'IA en santé, les préparant à coordonner des projets d'IA dans ce domaine. En adoptant une approche systémique, ce programme met en lumière les différentes parties prenantes et fournit des connaissances sur les dernières applications pratiques, tout en abordant les modèles économiques, organisationnels, réglementaires et éthiques durables.

IA en santé : un levier d'amélioration continu face à des défis persistants

L'ère de l'intelligence artificielle dans le monde de la santé est bien plus qu'une promesse technologique ; c'est une réalité en pleine expansion. Nous avons exploré comment l'IA transforme la santé, des défis posés par les systèmes d'information obsolètes à l'impact sur les professionnels de santé et les patients. Des études et des cas concrets ont démontré que l'IA, bien qu'encore en phase de développement et d'intégration, offre des possibilités extraordinaires pour améliorer les soins, personnaliser les traitements et optimiser les systèmes de santé.

Toutefois, ces avancées ne sont pas sans défis. La mise à jour des systèmes d'information, la formation continue des professionnels, la gestion éthique et sécurisée des données sont des enjeux cruciaux à relever. Pour les professionnels de la santé et les décideurs, il est essentiel de reconnaître ces défis et de travailler activement à les surmonter pour tirer pleinement parti de ce que l'IA a à offrir.

En tant qu'experts et acteurs dans le domaine de la santé, nous avons la responsabilité de guider cette transformation, en veillant à ce que l'innovation serve l'intérêt des patients et améliore la qualité et l'efficacité des soins. L'avenir de la santé est là, et il est imprégné d'intelligence artificielle.

SOURCES

- Rapport de l'OMS sur l'IA en santé : OMS - Rapport sur l'IA - Premier rapport mondial sur l'intelligence artificielle appliquée à la santé
- INSERM - Intelligence artificielle et santé : des algorithmes au service de la médecine
 - Plan européen pour vaincre le cancer: lancement de l'initiative européenne en matière d'imagerie sur le cancer
 - Projet IA Santé en France : Health Data Hub - TEF-Health - Projet européen pour soutenir le développement de l'IA en santé
 - Hôpitaux Universitaires de Genève : État de l'art de la chirurgie robotique
 - Posos lance la première base de donnée de médicaments dopée à l'IA
 - Nabla Copilot : l'assistant médical qui libère du temps
 - Sophia Genetics : pionnière de la médecine génétique personnalisée
 - DeepMind (Google): Pionnier dans l'application du deep learning pour le diagnostic médical
 - Atomwise : utilisation de l'IA pour la découverte de nouveaux médicaments
 - Université Paris Cité propose un DU Intelligence artificielle IA appliquée en santé

A propos de technologie(s)



Cette rubrique, de focus technologiques au service des patients et donc des professionnels de la rééducation, se propose de vous présenter des technologies innovantes au travers d'une vision neutre.

A chacun de se faire son idée sur ce que tel ou tel système pourrait apporter en termes de service rendu au patient ou de qualité de vie au travail pour les praticiens.

Pour avoir déjà commis un très intéressant article sur les exosquelettes dans un précédent KINESCOPE et fait une intervention remarquée aux JNKS ROUEN 2023, c'est tout naturellement que KINESCOPE a souhaité confier à Pierre May Carle - parallèlement intégré puis élu au sein du Conseil d'administration du CNKS - cette rubrique désormais régulièrement proposée dans nos colonnes.

Nous débutons cette rubrique avec un des systèmes, mis au point par la Start Up Lyonnaise KURAGE, se nommant NeuroSkin®

De l'électrothérapie ancestrale au concept innovant NeuroSkin® de KURAGE

(ou lorsque l'électrostimulation fonctionnelle se marie avec l'intelligence artificielle)



INTRODUCTION

L'électrothérapie est une méthode de soins ancestrale utilisée depuis l'antiquité. Dans l'Ancien Empire Egyptien (24 siècles avant JC), dans la Grèce antique (40 à 90 avant JC) ou dans la Rome Antique (40 à 50 après JC), on utilisait déjà des chocs électriques générés par le poisson chat électrique du Nil ou le poisson torpille (dard délivrant entre 60 et 230 volts et jusque 30 ampères !) pour soigner certaines douleurs (névralgie, arthrite, goutte).

Le développement de l'électrothérapie s'est ensuite fait au fil des siècles à partir du XVIII^{me} parallèlement au développement des sciences et de la médecine. Il revêt aujourd'hui beaucoup d'aspects en lien avec les domaines d'intervention du kinésithérapeute. Sans vouloir être exhaustif, les champs de ce domaine technique recouvrent

- 1/ la prise en charge de douleurs (TENS/BURST/Stimulation auriculaire du Trijumeau /etc.),
- 2/ la prévention et traitement des atrophies, le renforcement musculaire sous diverses formes chez le sujet sain ou pathologique (NMES),
- 3/ la stimulation ou l'inhibition des hémisphères cérébraux (la stimulation cérébrale non invasive par rTMS ou Tdcs utilisée par les MPR),
- 4/ la stimulation cérébrale profonde des ganglions de la base (domaine de compétence neurochirurgical visant à améliorer la qualité de vie des patients en réduisant les symptômes liés à certaines pathologies : TOC/Parkinson/Dystonies).
- 5/ Citons également, un système particulier de neuromodulation représenté par la combinaison exopulse Mollii Suit®, développée en Suède à Stockholm et désormais distribuée par Ottobock®.

Il s'agit d'un vêtement complet (veste et pantalon) à destination de patients souffrant de dystonie ou de spasticité et/ou de douleurs musculaires (paralysie cérébrale, AVC, SEP, et d'après certaines études, douleurs fibromyalgiques).

Ce dispositif relié à un électrostimulateur, est garni de 58 électrodes réparties sur le corps capables de stimuler 40 muscles différents avec un courant de type TENS.

L'idée est de réduire dystonie et spasticité au moyen de l'inhibition réciproque de façon à fluidifier la mobilité tout en diminuant les douleurs. La stimulation se fait par séquences d'une heure trois fois par semaine, et donnerait des effets persistant sur 48 heures parfois impressionnants sur certaines vidéos facilement accessibles. D'après plusieurs études, la méthode mérite d'être vérifiée pour définir son potentiel réel. (❶ et ❶ bis)



Image issue de la brochure
Exopulse Mollii Suit

6/ Enfin, l'électrostimulation fonctionnelle (E.S.F) dont le but est de faciliter ou restaurer une fonction motrice dans le cadre d'affections du système nerveux central et qui sera directement reliée au sujet de notre focus.

2/ ETAT DES LIEUX NON EXHAUSTIF DE L'ELECTROSTIMULATION FONCTIONNELLE (E.S.F).

L'E.S.F accompagne le développement du mouvement lors d'une tâche plus ou moins complexe. Elle est à la fois une aide technique, un traitement symptomatique, mais également un traitement curatif pouvant favoriser le réapprentissage moteur en facilitant la répétition de la tâche, en stimulant la plasticité cérébrale (①ter). Elle agit également sur la spasticité (①quater), fluidifiant ainsi le mouvement.

Indirectement, la technique en aidant la réalisation d'actions motrices, a de multiples conséquences sur la qualité de vie, l'image de soi, la prévention de troubles cardiovasculaires, etc. L'E.S.F a vu le jour, dans les années 1960 sous l'influence de Liberson (②) qui mit au point la première orthèse stimulant le nerf fibulaire lors de la phase oscillante du cycle de marche dans le but d'améliorer la marche de patients victimes d'A.V.C.

Aujourd'hui, et pour ne parler que des systèmes destinés au membre inférieur, une dizaine d'orthèses sont disponibles sur le marché européen avec des mécanismes sophistiqués, essentiellement pour corriger le manque de contrôle de la cheville (flexion- extension pour les plus simples, flexion- extension et éversion-inversion pour les plus complexes), ou le manque de contrôle du genou lors de la marche.

Ces dispositifs permettent d'ajuster les impulsions, envoyées au bon moment du cycle de marche (grâce à des capteurs talonniers ou/et des gyroscopes et accéléromètres miniaturisés repérant le positionnement exact du membre dans l'espace). Ils se présentent sous forme d'un brassard entourant l'extrémité supérieure de la jambe ou la cuisse, et contenant des électrodes précisément localisées reliées à un générateur. Ils visent donc à améliorer un point ou deux points particuliers de la marche. Parmi ces appareils, citons le système américain BIONESS L300® et ses dérivés (distribué par Ottobock®) ou le système espagnol FESIA WALK® (distribué par Dessintey®).



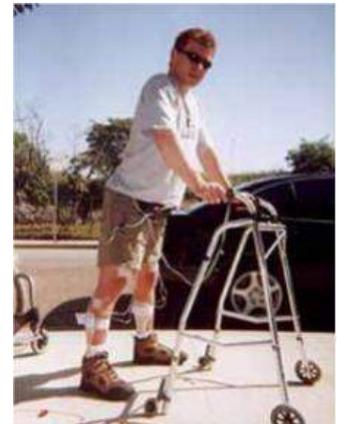
BIONESS L300 de Bioventus®



de Fesia Technology

Au-delà de ces technologies destinées à pallier un trouble localisé de la marche, l'électrostimulation fonctionnelle s'est attaquée au problème plus étendu d'une perte globale de la capacité de marche chez le patient avec atteinte médullaire ou cérébrale.

Cette quête a permis de concevoir des appareils plus ou moins fonctionnels, comme par exemple, dans les années 1994 le PARASTEP I™ de Sigmedics, système d'E.S. F à 6 canaux et électrodes de surfaces couplé à un déambulateur permettant au patient de déclencher les actions. Avec ce système, des paraplégiques ont pu remarcher sur courte distance.



PARASTEP
@sigmedics.com



EXOSQUELETTE EKSOBIONICS
EKSO NR®AVEC E.S.F

Ces dernières années, d'autres systèmes hybrides plus sophistiqués ont combiné E.S.F et exosquelette avec par exemple, de façon expérimentale le MAHNP(③), le KINESIS(④) ou en production commerciale l'exosquelette Vanderbilt® (devenu aujourd'hui Eksobionics Indego®) et l'exosquelette Eksobionics NR® couplé à une électrostimulation de surface à 8 canaux synchronisée au dispositif mécatronique (avec le système Rehaslim2® de Hasomed®).

Enfin on pourra citer l'utilisation de la E.S.F couplée à des systèmes de training (vélo ou rameur) dans un but trophique, de renforcement ou de lutte contre les conséquences d'atteintes neurocentrales (lutte contre la spasticité, prévention des troubles cardiovasculaires,etc.)(④bis,④ter).

On peut citer le système Motomed viva2FES couplé au Rehamoove® de Hasomed® ou le système Werize® de KURAGE



Image issue de :
<https://crisbnebar.com>



Image issue du site kurage.fr

Un autre concept audacieux, est représenté par l'incroyable prouesse de la collaboration Franco-Suisse entre CLINATEC, le laboratoire CEA Leti (de Grenoble) et l'EPFL (Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne) .

Ils ont réussi à décoder le signal de l'intention motrice (electro-corticogramme détecté grâce à une interface garnie d'électrodes implantée en regard du cortex moteur nommée WIMAGINE®) Ce décodage a été transformé via des algorithmes complexes en une commande (initialement d'un exosquelette) et aujourd'hui d'une neuro prothèse. Ce groupe d'électrodes est implanté en sous lésionnel au niveau épidural de la moelle épinière de paraplégiques par l'équipe Suisse (sous la direction du chercheur Grégoire Courtine associé du neurochirurgien Jocelyne BLOCH). Les patients concernés ont réussi à remarcher grâce à ce système (5). Cette découverte ouvre la porte d'espoirs pour le futur de patients porteurs de ce type de pathologie.



Image issue de Walking naturally after spinal cord injury using a brain–spine interface
Henri Lorach¹ et al. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06094-5>

A noter que cette équipe Suisse associée à un chercheur de l'Inserm (affilié au CNRS et à l'université de Bordeaux) travaille actuellement avec le même type de neuroprothèse implantée en épidural, afin d'améliorer les troubles locomoteurs de patients atteints de pathologies extrapyramidales (6 et 7). Ici le concept ne cible pas la zone cérébrale lésée mais stimule directement la zone de la moelle responsable de l'activation des muscles durant la marche. Les premiers résultats sur un patient sont bluffant et prometteurs.

3/ LA START UP KURAGE ET LE SYSTEME NeuroSkin® DE REEDUCATION A LA MARCHE



Image issue du site kurage.fr

Dès 2015 Amine Metani ingénieur de recherche au CNRS (Centrale Lyon) travaille avec un de ses collègues tétraplégique (et chercheur comme lui au laboratoire de physique de l'École Normale Supérieure de Lyon) sur le cyclisme électrostimulé afin de permettre à des patients avec atteintes médulaires de réaliser de l'exercice physique.

En 2017, il développe avec Lana Popovic (ingénieur en génie électrique et biomédical) des procédures optimisant l'E.S. F appliquée au vélo dans un but rééducatif. En 2019, Amine Metani, reçoit le prix HANDITECH pour son projet « Circles » visant à redonner de la mobilité à des personnes paralysées via un pédalier intelligent.



En s'associant avec Rudi Gombauld, (C.E.O de KURAGE -Ingénieur/MBA HEC spécialisé dans le développement d'entreprises) et Lana Porpovic il fonde en mars 2020 le start up KURAGE (méduse en Japonais, prononcer KOU RA GUE), basée à Lyon. L'équipe s'étoffe rapidement et s'enrichit de l'expertise de J.Di Marco (médecin MPR) et de tout un TEAM de spécialistes en I.A, neurophysiologie, systèmes embarqués et médecine physique.

L'idée initiale du start up qui était de développer des ergomètres (cycles et rameurs) couplés à une électrothérapie fonctionnelle évolue vers la maturation du concept NeuroSkin.



Images issues du site kurage.fr

Celui-ci est défini par les concepteurs comme une neuroprothèse se présentant comme une deuxième peau, équipée de capteurs et d'électrodes d'électrostimulation neuromusculaire, le tout piloté par intelligence artificielle et capable de reproduire des mouvements fonctionnels de façon personnalisée et sécurisée. NeuroSkin reproduit de façon biomimétique la boucle sensori motrice défaillante du patient.

COMPOSITION DU SYSTEME

① Un legging équipé de capteurs (accéléromètres et gyroscopes) et d'électrodes internes situées en regard des points de stimulation optimale de muscles clés utilisés dans la marche. L'interface entre les électrodes et la peau se fait avec du gel.



Image issue du site kurage.fr

② Des semelles connectées dotées de capteurs de pression intégrés à des sandales (plusieurs pointures disponibles) permettant de capter les facteurs spatiotemporels et baropodométriques de la marche du patient.



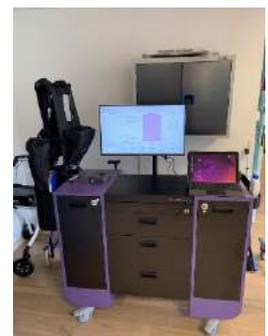
Image issue du site kurage.fr

③ D'un sac à dos de 1300 grammes qui commande et gère l'électrostimulation. Il contient le neurostimulateur (stimbox●,) à 8 canaux par jambe et un contrôleur, interface des fonctions NeuroSkin.



Image issue du site kurage.fr

④ Un système informatique relié en Bluetooth pilotant le tout.



POUR QUELLE POPULATION ?

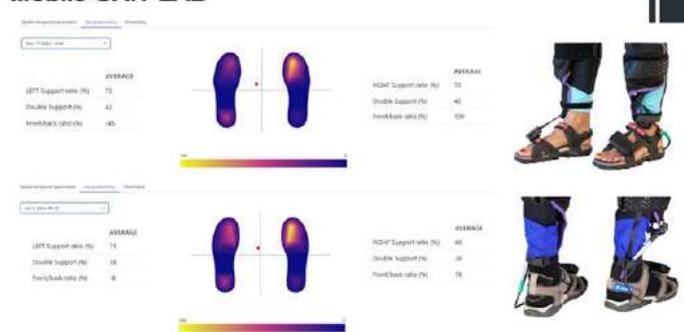
Pour le système NeuroSkin de marche, avant tout des patients cérébro lésés en capacité de tenir debout et de réaliser quelques pas avec une aide technique, entre des barres parallèles ou une aide humaine. En dehors des patients victimes d'A.V.C, on peut désormais l'utiliser dans d'autres pathologies neurodégénératives. (SEP par exemple)

COMMENT CELA FONCTIONNE T IL ?

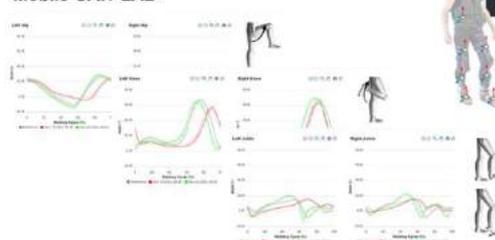
Les trois premiers éléments précédemment décrits sont reliés par Bluetooth à la tablette de contrôle contenant le soft ware (avec le logiciel KURAGE et notamment les algorithmes). Celui-ci va d'abord analyser la marche de l'individu sur une dizaine de pas et en déduire un profil calculé selon la classification de Chantraine (classification des troubles de la marche développée par le neurologue Raymond Chantraine reposant sur différents critères d'analyse) Cette étude personnalisée préalable de la marche permet en aval de proposer via un algorithme spécifique, une électrostimulation fonctionnelle adaptée exactement à la singularité du patient, avec des séquences d'activation musculaire personnalisées. La boucle sensori-motrice du système comprend :

- 1une voie afférente composée des capteurs (de force, positionnement, couple, accélération). Ces capteurs permettent de caractériser en temps réel le mouvement en cours
- 2 une voie efférente (représentée par les électrodes de stimulation)
- 3 un système (Neuroskin I.A), algorithme reproduisant le fonctionnement du cerveau.
- 4 une plateforme informatique (NeuroSkin E Santé) collectant en continu les données du patient et son évolution. (Données de stimulation, timing pattern de marche, baropodométrie, paramètres spatiotemporels et cinétiques de marche et EMG.
- 5/ Un système embarqué d'analyse quantifiée de la marche (éligible PTS AQM niv.1) avec une acquisition vidéo descriptive permettant d'évaluer les déficiences du pattern de marche, à visées diagnostic et thérapeutiques (orientation du programme de réhabilitation)

Mobile GAIT-LAB



Mobile GAIT-LAB



MODALITES PRATIQUES

Le patient a un legging attribué qu'il conservera tout au long de l'utilisation du dispositif. Un compte patient lui est attribué (qui conservera toute son historique de séances et évolution dans sa pathologie). Après la première séance d'analyse de marche et de classification du patient, les bons algorithmes d'électrostimulation sont déterminés et les séquences de marche peuvent débuter. Le kinésithérapeute accompagne son patient et peut ajuster l'intensité de stimulation afin de l'adapter exactement aux besoins et ressentis du patient.

L'utilisation est transposable dans l'ensemble des actes de déplacement de la vie quotidienne (rééducation de la marche en intérieur ou extérieur, montée ou descente de plans inclinés ou escaliers, etc. ...).

On peut extraire un certain nombre de données du logiciel NeuroSkin E santé afin de les transférer dans le dossier patient de l'établissement.



Image issue du site kurage.fr

QUELS SUPPORTS SCIENTIFIQUES, QUELLES RECOMMANDATIONS ?

Selon les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS, l'utilisation de la S.E.F est à recommander pour la marche avec un niveau de preuve faible (grade C) ⑧

Il est à noter qu'à l'époque de la réalisation de ces recommandations (2012), l'E.S. F chez le patient AVC se limitait aux orthèses pour pied tombant.

On retrouve le même type de recommandation dans le plus récent « National Clinical Guideline for stroke » applicable dans le Royaume Uni (04/2023), dans le Living Clinical Guideline for stroke management Australien (2023) ⑨ Même la plus récente publication proposant un consensus européen de prise en charge post AVC ne mentionne l'ESF que dans les cas de « foot drop » ⑩

L'électrostimulation fonctionnelle, en dehors de l'assistance qu'elle peut apporter pour faciliter la déambulation, semble pourtant avoir démontré dans de nombreuses études, sa capacité à participer à la stimulation de la plasticité cérébrale. ①①/①②/①③. Les modalités d'entrée seraient diverses :

- En facilitant un mouvement fonctionnel plus fluide, la S.E.F pourrait encourager le cerveau à réapprendre certaines fonctions motrices perdues
- La répétition de mouvements fonctionnels induits par la S.E.F peut aider à renforcer les connexions neuronales existantes ou à en créer de nouvelles entre les régions impliquées dans le contrôle moteur.
- L'E.S. F ayant une capacité à réduire la spasticité peut contribuer à favoriser la plasticité cérébrale en facilitant des mouvements plus fluides et mieux contrôlés
- En stimulant les voies sensorielles, on peut imaginer que la SEF puisse contribuer également à la restructuration neuronale dans les zones du cerveau responsables du traitement sensoriel.

QUELS FREINS A L'UTILISATION EN STRUCTURE DE SOINS ?

Bien entendu, en premier lieu, le coût du dispositif. Ce système de haute technicité a un coût qui ne le rend pas facilement accessible en dehors de structures ayant de gros moyens en termes d'investissement.

Le deuxième frein pourrait être la capacité du patient à supporter une électrostimulation, bien que celle engendrée par le système soit de faible intensité. Lors d'utilisation en centre de rééducation, cette problématique n'est pas clairement apparue.

Enfin, et compte tenu des sous effectifs chroniques de kinésithérapeutes sur les plateaux techniques, vient la récurrente problématique du temps disponible pour les thérapeutes à s'investir dans de nouvelles approches thérapeutiques nécessitant un minimum d'apprentissage et d'investissement en temps.

CONCLUSION

Ce concept novateur, porteur d'une technologie de pointe est le premier de ce genre intégrant en même temps une analyse quantifiée de marche et un système de réhabilitation adapté. Il est en plein développement dans de nombreuses structures rééducatives en France et à l'étranger. Il semble être en mesure d'apporter de nouveaux moyens d'abord pour optimiser la récupération de nos patients atteints de certaines pathologies neurologiques. A vous de vous en faire votre idée personnelle.

Pierre MAY-CARLE

BIBLIOGRAPHIE

- ❶ Gaia Valentina Pennati et al. Effects of 60 Min Electrostimulation With the EXOPULSE Mollii Suit on Objective Signs of Spasticity . Front Neurol. 2021 Oct 15 :12 : 706610.doi : 10.3389/fneur.2021.706610. eCollection 2021
- ❶Bis. Alejandro Rubio-Zarapuz et al.Acute Effects of a Session with The EXOPULSE Mollii Suit in a Fibromyalgia Patient: A Case Report. Int J Environ Res Public Health. 2023 Jan 26 ;20(3): 2209.doi: 10.3390/ijerph20032209.
- ❶Ter. Iftime-Nielsen, S.D et al (2012) Functional electrical stimulation enhances brain platicity. Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation9 :45
- Tarkka IM, Pitkänen K, Popovic DB, Vanninen R, Könönen M. Functional electrical therapy for hemiparesis alleviates disability and enhances neuroplasticity. Tohoku J Exp Med. 2011 ;225(1):71-6.
- ❶ Quater. Albert T, Yelnik A. Physiotherapy for spasticity. Neurochirurgie. 2003 May ;49(2-3 Pt2):239-46.
- ❷ Liberson WT, Holmquest HJ,Scott D et al.Functional Electrotherapy Stimulation the peroneal nerve synchronised with the swing phase of the gait of hemiplegic patients.Arch PhysMed Rehab 1961,42-101-5
- ❸ Mark Naudor et al. A muscle ; First, electromechanical hybrid restoration system in people with SCI ; Frontiers in Robotics and AI April 2021 Vol 8 Article 645588
- ❹ Antonio J.del-Ama et al Contrôle coopératif hybride FES-robot de l'exosquelette de rééducation à la marche ambulatoire. Journal de neuro-ingénierie et de réadaptation 11N°27(2014)
- ❹Bis. Jerrold S et al. The effect of training on endurance and the cardiovascular responses of individuals with paraplegia during dynamic exercise induced by functional electrical stimulation. European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology. Volume 64, pages 487–492, (1992)
- ❹Ter. L A Bremner et al. A clinical exercise system for paraplegics using functional electrical stimulation. Paraplegia. 1992 Sep ;30(9): 647-55.doi: 10.1038/sc.1992.128
- ❺ Gregoire Courtine,Jocelyne Bloch,Guillaume Charvet et al. Walking naturally after spinal cord injury using a brain-spine interface Nat/Vol618/1 juin 2023
- ❻ Tomislav Milekovic et al. A spinal cord neuroprosthesis for locomotor deficits due to Parkinson's disease November 2023 Nature Medicine 29(11):1-12 DOI:[10.1038/s41591-023-02584-1](https://doi.org/10.1038/s41591-023-02584-1)
- ❼Erwan Bezar,Jocelyne Bloch,Gregoire Courtine.Une neuroprothèse spinale contre les déficits locomoteurs de la maladie de Parkinson. *m/s n° 1, vol. 40* janvier 2024 <https://doi.org/10.1051/medsci/2023185>
- ❸ AVC. Méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte : recommandations de bonnes pratiques nov 2012
- ❾ Natonal Clinical Guideline for Stroke for the United Kingdom and Ireland. (<https://www.strokeguideline.org/>) Living Clinical guidelines for stroke management : (<https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management>)
- ❿ Gert Kwakkel et al. Motor rehabilitation after stroke : European Stroke Organisation (ESO) consensus -based definition and guiding frame work. Eur Stroke J. 2023 Dec ;8(4): 880-894.doi: 10.1177/23969873231191304. Epub 2023 Aug 7
- ❶❶ Xiuyuan Zheng et al. A Randomized Clinical Trial of a Functional Electrical Stimulation Mimic to Gait Promotes Motor Recovery and Brain Remodeling in Acute Stroke. Behav Neurol. 2018 Dec 18 :2018 : 8923520.doi : 10.1155/2018/8923520. eCollection 2018
- ❶❷ Palmer J. A., Hsiao H. Y., Wright T., Binder-Macleod S. A. Single session of functional electrical stimulation-assisted walking produces corticomotor symmetry changes related to changes in poststroke walking mechanics. Physical Therapy. 2017 ;97(5):550–560. doi: 10.1093/ptj/ptx008.
- ❶❸ Yan T., Hui-Chan C. W. Y., Li L. S. W. Functional electrical stimulation improves motor recovery of the lower extremity and walking ability of subjects with first acute stroke : a randomized placebo-controlled trial. Stroke. 2004 ;36(1):80–85. doi: 10.1161/01.str.0000149623.24906.63

KINESCOPE, rapporte ci-après avec son aimable autorisation, aux fins comprendre un peu plus la passion qui l'anime, quelques extraits de deux posts de Pierre May Carle "notre expert robotique" publiés sur LINKEDIN.

" Beaucoup de plaisir pour moi d'avoir pu intervenir lors des 51èmes journées de la SORNEST. De la passion aux doutes d'un kinésithérapeute de terrain. Coup de gueule sur des rumeurs infondées ?

Le métier de kinésithérapeute que j'ai exercé avec passion pendant plus de 40 ans, m'a été dicté, comme une vocation à l'adolescence. Dès l'âge de 15 ans, après avoir constaté de mes propres yeux ce que la rééducation en général et la Kinésithérapie en particulier, avaient pu apporter à ma mère (polytraumatisée, restée plus de 18 mois dans le centre de rééducation des Baumes à Valence. Je ne remercierai jamais assez ces praticiens de l'ombre, mal reconnus dans leurs statuts, qui avec leurs soins éclairés, lui avaient rendu autonomie et dignité, et avaient permis à ses enfants de retrouver le sourire.

De là, ma vocation, mes études à Lyon, et ma carrière toujours sur le " terrain" en libéral puis en centre de rééducation pour essayer d 'œuvrer à mon tour afin d'aider des patients à progresser. Autour de cette passion du soin, celle de transmettre le savoir en enseignant en IFMK, et celle de former mes collègues uniquement sur des technologies dont je savais avec certitude qu'elles amenaient un plus aux patients.

Que ce soit au cabinet ou en CRF, le choix des techniques et matériels utilisés m'ont toujours été dictés par le bénéfice que pouvaient en tirer mes patients à l'exclusion de tout autre critère.

Dans les services de rééducation à l'hôpital comme en centre, les choix d'investissements pour telle ou telle technologie (achats en fonds propres ou lors de participations aux appels à projets publics) devraient toujours passer par des études et démonstrations comparatives puis par l'écoute de l'avis prépondérant de ceux qui utiliseront ces technologies dans l'établissement concerné (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, Enseignants en activités physiques adaptées /neuropsychologues etc..).

Ces professions, chacune à leur niveau, responsable et compétente, sont les plus à même de savoir ce qui est bon pour leurs patients.

Si cela est réalisé dans de nombreux établissements, cela n'est malheureusement pas systématique, les décideurs n'étant pas les utilisateurs, mais disposant de prérogatives pour parfois décider ce qui est "bon" ou pas et parfois imposer un choix mal adapté à la situation.

Au final, parfois de belles technologies ainsi acquises et non adoptées par les utilisateurs," prennent la poussière" dans des coins de plateaux techniques ! Quel gâchis. Alors, quand j'entends parler de rumeurs (que j'ose espérer fausses) selon lesquelles lors de certains appels à projet, en amont des structures, une "orientation" vers tel ou tel dispositif serait suggérée, la nausée me vient car c'est le renoncement même aux principes de l'éthique qui devrait encadrer l'offre de soins.

Le lobbying est malheureusement légal en France y compris dans le domaine médical et semble se porter bien pour sans doute diverses raisons dépassant parfois sans doute le seul intérêt du patient. Allez, oui ! je me calme et bien sûr, toutes ses rumeurs sont infondées n'est-ce pas !

Pierre May Carle

" De Réadaptation du Nord Est, dans mon domaine de prédilection, l'utilisation des exosquelettes en rééducation.

L'occasion d'évoquer 8 ans d'utilisation quotidienne auprès de patients atteints de pathologies neurologiques diverses, avec pour chacune de ces pathologies, les intérêts, limites et questionnements à avoir par rapport aux exosquelettes." Beaucoup d'échanges aussi tout au long de ces deux jours de congrès, avec des rééducateurs, notamment sur le choix d'un tel dispositif sur un plateau de rééducation. Un appel à projet actuel (avec des dates butoirs beaucoup trop courtes) pousse les établissements à se précipiter de choisir un dispositif sans leur laisser le temps de tous les essayer.

Quel dommage, lorsque l'on sait qu'un appareil mal choisi ne sera pas utilisé et lorsque l'on connaît le prix de ces technologies. Alors face à ces interrogations légitimes, mes conseils ont été clairs. Regardez les objectifs de votre établissement. Si vous voulez aider au quotidien des patients stabilisés et arrivés au bout de leur récupération, optez plutôt pour des appareils fournissant beaucoup d'aide et se substituant au patient, même s'ils sont lourds et encombrants.

Si au contraire, votre objectif est d'optimiser la récupération de vos patients lors de leur rééducation, choisissez plutôt des dispositifs légers, capables de s'adapter à toutes les pathologies, y compris les plus lourdes, et ayant une programmation la plus complète possible.

Ces appareils dans cette optique, doivent impliquer au maximum la participation du patient, sans donner d'assistance superflue et délétère au processus rééducatif. Donc, au final, à chaque appareil son utilisation logique. En tout cas, choisissez en fonction des critères de votre établissement et ne vous laissez pas influencer par l'origine du dispositif, qui n'a rien à voir avec l'éthique de soin. établissement et ne vous

Merci aux organisateurs pour ce congrès réalisé dans le cadre fabuleux du lac de Neuchâtel en Suisse".

Pierre May Carle

**TECHNOLOGIES
ROBOTIQUES**

**au cœur
des**

JNKS NANTES 2024

au CHU de NANTES

EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION & RECHERCHE

*L'intention,
le geste,
la trace !*

" Qui dit recherche renvoie aux savoirs et aux sciences" mais doit aussi et surtout " trouver intention(s), geste(s) et traces(s) dans le vécu, l'expérience et la connaissance de Cliniciens Chercheurs " [in KINESCOPE n°26 & n°27]

La recherche n'est pas nouvelle dans la profession, dans les professions de santé, même si elle a été longtemps « confisquée » aux paramédicaux. Les Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière & Paramédicale (PHRIP), les sections CNU, l'universitarisation de la formation initiale ... autant de jalons témoins de cette progressive reconnaissance d'une capacité – et d'un besoin – de recherche(s) avec, dans, au sein, par et pour, les professions paramédicales. Recherche(s) sur leurs exercices, leurs pratiques professionnelles, leurs justes qualité et sécurité des soins dus aux patients, pour qualifier et valider des pratiques probantes, conformes à l'état de la science mais aussi conformes à leurs responsabilités et à leur propre qualité de vie et des conditions de travail.

KINESCOPE continue d'ouvrir ses colonnes au sujet de la Recherche Clinique et du souhait du CNKS de voir aussi reconnu et donc édifié à cet effet un statut spécifique - parallèlement aux Enseignants Chercheurs - pour des fonctions de **Cliniciens Chercheurs** : MK CC ... un titre d'emploi, de grade, de fonction qui garderait l'appellation du diplôme **MK** et y adjoindrait la mission de **clinicien chercheur**. Le CNKS estime aussi que

- la fonction de **Coordonnateur Paramédical de la Recherche** instaurée au sein des CHU et qui émerge au sein de CH et autres établissements de santé doit se développer
- ces fonctions de **MK Clinicien Chercheur** & de **Coordonnateur Paramédical de la Recherche** devraient pouvoir constituer un « corps statutaire » [en Fonction Publique Hospitalière comme dans les conventions collectives des ESPIC] valorisant l'engagement de ceux des paramédicaux qui choisissent cette voie de travail de réflexivité au profit de la qualité de pratiques probantes.

En faisant témoigner de leur réalité quotidienne des coordonnateurs paramédicaux de la recherche MK et des cliniciens engagés dans des démarches de recherche depuis plusieurs numéros le CNKS ambitionne de contribuer à la promotion et à l'essor de cette démarche de valorisation de la recherche paramédicale.

Au fait la « recherche » c'est quoi ? et c'est pour ... quoi ? et c'est comment ?

« La recherche revêt de nombreux visages, définitions et méthodes ! Si on pense recherche, quel que soit le domaine, il est important de se rappeler que qu'elle est un élément essentiel de toute activité académique ou professionnelle. Elle est indispensable pour faire évoluer les savoirs, pour explorer des questions et des problématiques, bousculer des certitudes ancrées par empirismes, explorer de nouveaux points de vue, avancer de nouvelles solutions et développer de nouvelles connaissances.

Si on pense devoir faire de la recherche il est alors tout aussi important de connaître les différents types et méthodes pour choisir la plus adaptée à l'objet et l'objectif de recherche. Différents types de recherche se rapportent en fonction de l'objectif, de la portée et du type de données » indiquait KINESCOPE 28 annonçant un focus sur la recherche en kinésithérapie, la recherche par et pour les kinésithérapeutes.

REtEx



Au cœur de la recherche

Portraits, Parcours & Paroles

La Fondation de l'Avenir soutient les paramédicaux au rang desquels les kinésithérapeutes salariés dans la recherche médicale appliquée : un focus sur la Bourse Avenir Recherche en Soins, un dispositif unique en France

La Fondation de l'Avenir accompagne et soutient la Recherche Médicale Appliquée depuis plus de 35 ans. Parmi les modes de soutien et de financement (cf. encart), la Bourse Avenir Recherche en Soins (BARS) a été lancée pour la première fois en 2013, en partenariat avec l'Ecole Supérieure Montsouris de l'Université Paris Est Créteil (UPEC). L'objectif est l'accompagnement des établissements mutualistes par l'attribution d'une bourse permettant de former un professionnel soignant, dont les kinésithérapeutes salariés, qui a la volonté d'apprendre les fondamentaux de la recherche. L'obtention de la bourse permet par la suite d'intégrer la formation au diplôme universitaire « Initiation à la Recherche en Soins ». Depuis sa création, la BARS a accompagné 37 lauréats et lauréates.

¹ Infirmiers ou infirmières, masseur-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, diététiciens, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunettiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage

Le principe de la Bourse Avenir Recherche en Soins (BARS)

La BARS est unique en France, et destinée à une diversité de professions paramédicales¹. Ce dispositif permet un double apport des apprentissages de la formation à la recherche.

D'abord, un professionnel de santé a la possibilité d'intégrer le cursus de formation dispensé par l'UPEC pour proposer et développer un projet de recherche, tout en conservant une partie de son activité professionnelle. La bourse permet un maintien de salaire et du poste pour le lauréat. Il sera formé aux fondamentaux de la recherche, et obtiendra le diplôme « Initiation à la recherche en soins ». Ainsi, la BARS assure la possibilité d'instaurer un temps dédié à la réflexivité sur ses pratiques professionnelles et de développer des innovations thérapeutiques au sein de son établissement.

Puis, l'établissement mutualiste accompagne le lauréat dans sa formation et l'application du projet de recherche qu'il développe. Le projet du lauréat trouve ainsi un cadre concret de développement, qui nourrit en retour l'équipe de professionnels de l'établissement.

des personnes handicapées. Cette diversité nourrit également les parcours de chaque lauréat durant la formation universitaire. Elle permet de croiser les approches, de mettre en lumière des problématiques de chaque domaine, ou de saisir les logiques propres à chaque structure des établissements réunis.

Cette construction entre les membres de l'établissement et le lauréat de la BARS développe un cercle vertueux de développement des compétences et d'évolution des pratiques professionnelles par l'intermédiaire de l'initiation à la recherche.

La démarche de la BARS, c'est aussi permettre de montrer la légitimité des professions paramédicales à faire de la recherche, de partager leur connaissance, tant pratique que théorique, et leurs expériences de la réalité du soin selon les territoires. Ce cercle vertueux se complète par un enrichissement du cursus enseigné, des enseignants qui le compose, et les acteurs qui les accompagnent.

Au-delà, la force de ce dispositif repose dans la construction de ce parcours de soutien. Il s'appuie sur une forte collaboration entre la Fondation de l'Avenir, l'université Paris Est Créteil et l'Ecole supérieure de Montsouris.

Le Diplôme Universitaire « Initiation à la Recherche en Soins » en détail

Le diplôme universitaire « Initiation à la Recherche en Soins » répond au besoin des professions paramédicales de faire l'expérience du travail de recherche, en collaboration avec les équipes médicales. Il permet l'acquisition de méthodes et d'outils de la recherche en soins et une réflexion sur la spécificité des projets de recherche.

La formation se compose de trois unités d'enseignement (UE), qui permettent d'appréhender les savoirs théoriques propres au champ de la santé, et les savoirs pratiques et méthodologiques de la recherche.

Le monde de la recherche étant pluriel, mais aussi complexe, il convient de fournir aux étudiants les clés de compréhension pour une meilleure appropriation.

Cet apprentissage, articulé au projet porté par l'étudiant, s'étend de la formation de la problématique de recherche, la réflexion méthodologique et du protocole de recherche, le recueil des données, jusqu'à la mise en écrit des résultats de la recherche et son application dans les structures dédiées. En outre, l'éthique est enseignée afin de sensibiliser chacun et chacune à ces enjeux majeurs et actuels de la recherche.

Ces enseignements sont prodigués sous de nombreux formats pédagogiques (cours magistraux, travaux individuels et collectifs), et en présentiel dont le groupes d'étudiants est composé de 12 personnes au maximum.

Cela assure un accompagnement pédagogique auprès de chaque étudiant, adapté à ses attentes et à sa progression, tout en bénéficiant des apports et approches des autres étudiants inscrits.

Le volume horaire de la formation est de 147 heures au total (temps des examens compris) dispensé en 7 fois et réparti par tranche de 2 à 3 jours consécutifs (certains groupements se font en distanciels). Le début de la formation est prévu en septembre 2024. Les candidatures sont à nous faire parvenir au plus tard au début de l'été.

L'équipe :

Coordinatrice pédagogique du DU : Rachel Djie Bi Irie

Responsable universitaire : Etienne Audureau
Directeur du département de formation

ESM à l'UPEC : Patrick Farnault

Gestionnaire pédagogique du DU : Aurore Sechet

Pour plus de détail, nous invitons à vous rendre ici, ou prendre contact avec nous : RIIS@fondationdelavenir.org

Les prérequis

Pour prétendre à la formation, le candidat ou la candidate doit :

- être titulaire d'un Diplôme d'Etat du paramédical (niveau I à III) ou une licence en STAPS mention Activité Physique Adaptée et Santé (APAS),
- avoir une expérience professionnelle de 3 ans minimum.

Pour prétendre à la BARS, l'établissement de rattachement du candidat doit être un établissement mutualiste.

Le petit mot de la fin

La Fondation de l'Avenir peut soutenir les kinésithérapeutes de manières plurielles, et non restreinte à la Bourse Avenir Recherche en Soins. En se rapprochant d'équipe de médecins et de chercheurs, un projet de recherche peut nous être soumis. Les professionnels de santé peuvent également se rapprocher de structures mutualistes ou associatives pour développer une innovation en santé. Enfin, pour les actions de terrain déjà menées, certaines des Fondations Abridées décernent des Prix pour leur engagement auprès des usagers et des patients.

Nous reviendrons dans le prochain numéro de Kinescope avec des portraits de nos anciens lauréats et anciennes lauréates de la BARS.

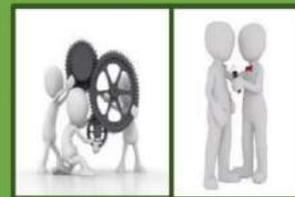
La Fondation de l'Avenir soutient la recherche médicale appliquée de plusieurs façons :

- **Les programmes** : des travaux de recherche se déroulant sur plusieurs années et/ou sur plusieurs sites, comprenant une ou plusieurs objectifs et bénéficiant d'un soutien financier important
- **Les projets** : une recherche menée localement ou sur une durée courte, reposant sur un protocole
- **Les études** : des travaux visant à la production d'un document de référence dans un domaine particulier
- **Les prix** : des dispositifs ayant pour vocation d'encourager ou de récompenser les travaux d'un chercheur
- **Les bourses** : un financement du temps d'activité professionnelle ou de formation d'une personne en lien avec un projet de recherche.
- **La valorisation** des lauréats et lauréates de tous les dispositifs confondus, par l'intermédiaire de newsletter, de site internet, de post sur les réseaux sociaux, ou encore, auprès de nos partenaires. Des vidéos et des interviews sont également réalisées dans une double perspective de valorisation et de diffusion de la culture scientifique.

En complément de cette activité propre de soutien à la recherche clinique dans de nombreuses thématiques, la Fondation de l'avenir prolonge ses missions sociales à travers un panel de 7 fondations abritées, chacune sur un champ spécifique. Cette configuration permet de nourrir une approche articulée et en synergie couvrant un large spectre de la santé, toujours dans l'objectif de l'amélioration des conditions de vie du patient. Voici leur présentation :

- **Fondation Mutac** s'engage à lutter contre l'isolement des personnes âgées au travers du lien intergénérationnel ;
- **Fondation Sandrine Castellotti** s'engage à venir en aide aux personnes ayant un trouble des conduites alimentaires (TCA), soit l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique ;
- **Fondation Matmut- Paul Bennetot** s'engage à soutenir et développer la recherche, la réparation, l'innovation et l'accompagnement en traumatologie, post-traumatologie, dépendance et prise en charge de la maladie chronique ;
- **Fondation Ecouter Voir** s'engage à soutenir des programmes de recherche dans le domaine de la vision et des troubles de l'audition.
- **Fondation Mutuelle des motards** s'engage à soutenir et promouvoir les initiatives et les recherches ayant pour but l'augmentation de la sécurité des utilisateurs de deux et trois-roues à moteur, ainsi que leur prise en charge lors d'accidents et l'amélioration des pratiques de soin les concernant ;
- **Fondation Santé environnement de la Mutuelle familiale** s'engage à soutenir la recherche médicale appliquée et sensibiliser l'ensemble des acteurs aux enjeux de santé environnementale ;
- **Fondation Solimut** s'engage à promouvoir et développer toutes actions à caractère sanitaire, social et d'innovation dans le cadre de la réduction des inégalités, l'accès à la santé pour toutes et tous, et la continuité des soins.

RETOURS D'EXPERIENCES RETROSCOPE



La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce de rapporter

- *des retours d'expériences*
- *& des partages d'expériences*

*de différents types d'activité et d'organisation
du métier de Kinésithérapeute Salarié*



RetEx



Vers un changement de notre culture de soin en gériatrie : combat contre l'Âgisme et prévention de la dépendance iatrogène

Le vieillissement, inéluctable réalité de la vie, apporte avec lui un cortège de transformations physiques, sensorielles et sociales qui peuvent conduire à un repli sur soi, à des modifications de son rapport au corps et du rôle social.

Parallèlement, la société elle-même nourrit un phénomène insidieux, l'âgisme, qui marginalise davantage les personnes âgées, les reléguant à un statut de spectateurs passifs de leur propre existence. Dans ce contexte complexe, émerge la question de la dépendance iatrogène, particulièrement préoccupante lors des hospitalisations, amplifiant les défis liés au vieillissement.

Cet ensemble de problématiques soulève la nécessité d'une réflexion approfondie et d'une remise en question de nos approches individuelles et collectives face au processus de vieillissement.

Le vieillissement et le repli sur soi :

Pour sûr, avec l'âge, notre corps subit des modifications importantes et ses capacités sont mise à rudes épreuves. Nos mouvements sont moins fluides, moins amples, moins forts, plus lents, plus désordonnés...

Avec le temps les performances sensorielles sont moindres. Les problèmes de vue altèrent nos repères spatiaux mais aussi la capacité de prendre soin de nous (perte de l'image dans le miroir). La diminution de l'ouïe réduit notre capacité d'échange avec les autres. La diminution des autres sens (odorat, toucher et le goût) limite les plaisirs et la possibilité de partager. Laurence HUGONOT-DIENER parle de « désafférentation sociale » dues aux désafférentations sensorielles [a].

Notre rapport au corps change, il n'est plus objet de désir mais plutôt de déplaisir, de douleur ou d'insécurité. Des troubles de l'équilibres peuvent apparaître mais aussi des difficultés à s'adapter face à l'effort... Nos capacités de réaction face à un évènement déstabilisateur sont moins efficaces. L'environnement extérieur va nous paraître hostile, peu en adéquation avec nos dispositions physiques [b]. Ce qui entraîne des limitations dans nos déplacements, nos activités de loisir...

Petit à petit notre vie sociale va se délitée, nous sortirons moins, nos activités physique et cognitives vont se réduire de façon importante. L'isolement sera donc progressif.

Avec le départ à la retraite, notre rôle dans la société évolue [a]. Notre rentabilité et notre utilité seront moindres. Avec les difficultés pour se mouvoir, l'isolement social et le manque de stimulation (cognitive et physique), la dépendance va progressivement s'installer. La peur d'être un poids pour notre entourage peut être dominante, favorisant encore plus l'isolement et le repli sur soi.

L'âgisme sociétal augmente la mise à l'écart des personnes âgées :

Le terme âgisme a été décrit pour la 1^{ère} fois en 1969 par BUTLER [c]. Récemment, deux composantes de l'âgisme ont été mise en évidence. La première est dite représentative. Ce sont les idées reçues, stéréotypes que nous avons sur les personnes âgées (elles sont lentes, sentent mauvais, sont aigries...). Ce sont des stéréotypes qui nous sont transmis par notre éducation mais aussi véhiculés par les médias, les publicités ou les institutions... La seconde est dite active et correspond à la discrimination qui découle de la 1^{ère}.

Ainsi les plus âgés rencontrent des difficultés pour obtenir des prêts immobiliers, pour faire certaines démarches administratives qui se font exclusivement sur internet ou pour se promener dans certains centres-villes où les bancs publics sont petits à petit retirés.

L'âgisme passe aussi la porte de nos hôpitaux, cabinets et autres lieux de soin. La personne âgée est moins considérée qu'une personne plus jeune.

La durée des consultations est plus courte, certains traitements ne sont pas proposés car jugés trop invasifs, trop contraignants ou trop coûteux, le diagnostic est parfois retardé par la minimisation des symptômes (la dépression de la personne âgée n'est que très peu diagnostiquée) et enfin la mise à l'écart dans la prise de décision sur son traitement, parcours de soin ou devenir (prise de décision entre médecins ou avec la famille, sans inclure le souhait de la personne).

Plus subtil et insidieux, l'âgisme dans les soins courant et l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne est très fréquent.

Deux mécanismes entrent en jeu, pourtant très différents.

Le premier est lié à la problématique de nombre de soignants. Nous sommes trop peu nombreux pour prendre le temps de laisser faire la personne âgée (dans les EHPAD la norme est de 3 aides-soignants pour 30 résidents) et notre volonté de finir notre travail à temps nous amène à faire à la place de.

Le second part d'un désir de bien faire. Nous sommes là pour les aider, sans qu'ils ne se fatiguent ni qu'ils ne s'inquiètent de quoi que ce soit. Ainsi dans notre façon de les aider, nous organisons la quasi-totalité de la journée. Plus besoin de réfléchir à quels habits porter aujourd'hui, ni quoi manger au déjeuner, ni l'heure à laquelle il est temps d'aller au lit. Plus besoin non plus de se déplacer pour aller aux toilettes puisqu'une chaise percée est à portée de main, ou pour aller manger en salle à manger puisqu'il y a des fauteuils roulants ou encore de se fatiguer à faire sa toilette puisqu'il y a des personnes pour cela. Mécanisme plus souvent présent dans les services hospitaliers ou dans les institutions, à domicile aussi la volonté est du même acabit : chaque petit geste de nos aînés doit être économisé et effectué par nos soins. C'est inscrit dans notre culture du soin : les métiers de l'aide à la personne incluent, de par leur nom, la notion d'aide. Et c'est ce qu'attend la famille et la personne âgée le plus souvent !

Néanmoins, sommes-nous pertinents alors dans notre prise en charge globale de la personne âgée ?

La dépendance n'est-elle pas entretenue par nos soins ?

Est-ce bien traitant de choisir à sa place, de la priver de mouvements pour éviter la chute ou la fatigue ?

N'entraînons-nous pas le désinvestissement de la personne dans son soin ou son traitement en l'excluant de la sorte ?

La dépendance iatrogène hospitalière :

Ces dernières années, plusieurs études montrent que l'hôpital rend dépendant. Ainsi, une personne âgée sortant de l'hôpital est plus dépendante qu'avant. C'est ce qu'on appelle la dépendance iatrogène hospitalière.

En effet, il a été prouvé que, suite à une hospitalisation la vitesse de marche d'une personne âgée a tendance à diminuer [d]. Ce qui entraîne des répercussions sur ses activités de la vie quotidienne. Les facteurs de risques comme l'âge, la présence de comorbidité et le déclin fonctionnel antérieur sont les plus mis en avant [e][f].

Même avec une prise en charge en rééducation, le manque d'activité physique durant l'hospitalisation est mis en avant dans les différentes recherches.

Ainsi les moindres stimulations dans la journée sont dues à différents facteurs : l'hospitalisation en elle-même, puisqu'elle apporte la gestion de toute l'intendance d'une journée (préparation des repas, faire sa toilette, s'occuper de sa maison...). Mais aussi la difficulté aux déplacements qu'amène les sondes urinaires, les perfusions, tubulures à oxygène... ou la présence de sonde urinaire réduit le nombre d'aller/retour aux toilettes dans la journée. Le manque de repère, la peur de tomber et l'isolement sont aussi limitateur d'activités physiques durant l'hospitalisation [i] [j].

La perte du contrôle sur sa vie (dû aux diminutions des capacités sensorimotrices, perte du sentiment d'utilité, la difficulté d'appréhender le monde extérieur...) entraîne un isolement de la personne âgée.

Associé à la mise à l'écart dans son parcours de soin, un environnement et une organisation des services hospitaliers non centrés sur les patients âgés, une tendance à la surprotection... et le résultat est un désinvestissement dans sa prise en charge et de son hospitalisation.

La personne âgée devient alors spectatrice et non actrice de sa santé.

Changeons notre culture pour améliorer l'autonomie de la personne âgée :

Il est nécessaire de faire évoluer les mentalités pour lutter contre l'âgisme dans notre société. Cela passe par l'éducation des plus jeunes : en cassant les stéréotypes sociétaux sur les personnes âgées, en favorisant les lieux de rencontres intergénérationnels (crèches dans les EHPAD, colocation étudiants/retraités...) [c]. Il faut aussi mieux informer les populations sur le vieillissement, promouvoir le bien vieillir, l'acceptation du temps qui passe et l'apprentissage de la résilience [k]. Une meilleure approche gérontologique dans les études médicales et paramédicales, mais aussi en développant les formations continues telle Humanitude ou Carpe Diem, permettront une prise en charge plus axée sur la personne.

Redonner aux personnes âgées le contrôle sur sa vie est primordial. Allier organisation de service et libre choix est parfois possible. Par exemple, proposer la toilette à un patient comme ceci : « souhaitez-vous la faire maintenant ou dans 30min ? », permet de laisser le choix et de préparer la personne à faire le soin. Ce questionnement valorise la personne puisqu'elle va choisir, contrôler et permet le respect du rythme de chacun.

Les prises de décisions sur les traitements ou sur les devenirs (retour à la maison, placement...) peuvent être accompagnés avec des explications concrètes et simples. C'est tout simplement le consentement éclairé. Ainsi l'implication permet de s'investir dans son soin et/ou son traitement.

Les séniors possèdent des choses précieuses : l'expérience et du temps. Que ce soit dans la vie professionnelle ou personnelle, ils peuvent nous faire profiter de leur expérience et nous guider dans beaucoup d'apprentissage. Le mentorat en médecin s'en inspire et de nombreuses associations proposent de l'aide aux devoirs des enfants encadrée par des personnes à la retraite. Leur donner un rôle dans notre société permet d'encourager le sentiment d'utilité.

Durant l'hospitalisation et dans une moindre mesure en institution, la dépendance iatrogène a des répercussions importantes. Pour lutter contre cette dernière, il faut commencer par informer : campagnes d'affichages sur les risques de dépendance iatrogène, encart dans les livrets d'accueil pour expliquer la nécessité de rester actif et de faire par soi-même au maximum durant le séjour....

Il faut aussi promouvoir l'activité physique tout au long de la journée. La notion de rééducation doit sortir de la salle de kinésithérapie !

En impliquant les aides-soignants et en leur donnant les moyens (formation et du personnel en nombre suffisant), leur rôle de rééducateurs de la vie quotidienne prendra de l'ampleur et sera pris en considération.

Ensuite, tout est prétexte à se mobiliser et à se sociabiliser : en proposant des ateliers/activités/animations (même en service hospitalier), en proposant un repas en salle commune... Enfin, dans nos prises en charge rééducatives, le sens doit être donné à nos exercices. Le lien avec les activités de la vie de tous les jours, la personnalisation en fonction des habitudes, des loisirs et des capacités doit permettre d'être plus pertinents que la simple marche-thérapie bien trop souvent présente dans nos services.

Le défi du vieillissement nécessite une approche holistique et réfléchie, tant au niveau individuel que sociétal.

L'âgisme, insidieusement ancré dans nos perceptions et institutions, doit être combattu par une éducation précoce, la promotion du bien vieillir et une sensibilisation accrue.

En matière de soins, un changement culturel s'impose, plaçant la personne âgée au centre de ses choix et de sa prise en charge, afin de prévenir la dépendance iatrogène.

Enfin, valoriser le rôle des seniors dans la société, en capitalisant sur leur expérience et en encourageant leur participation active, peut contribuer à inverser la tendance vers l'isolement social. La recherche de solutions innovantes et empathiques est cruciale pour garantir une qualité de vie optimale aux personnes âgées et favoriser un vieillissement épanouissant au sein de la société.

Eléonore Durand
Kinésithérapeute

KINESITHERAPIE SALARIEE

&

GERIATRIE

un thème au programme

des JNKS NANTES 2024

[a] Hugonot-Diener, L., Rossi, E., Gaillard, J., Hanon, C., Guyon, F. & Kruczek, E. (2017). Retrait et vieillissement. L'information psychiatrique, 93, 302- 309. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1630>

[b] Gonzalez L. Conséquences de la désafférentation sensorielle chez les personnes âgées. Rev Gériatr 2004 ; 29 : 61-6.

[c] Dufeu, A. (2021). Comment combattre l'âgisme ? Regards, 59, 91- 101. <https://doi.org/10.3917/regar.059.0091>

[d] Ehlenbach, W. J., Larson, E. B., Curtis, J. R., & Hough, C. L. (2015). Physical Function and Disability After Acute Care and Critical Illness Hospitalizations in a Prospective Cohort of Older Adults. Journal of the American Geriatrics Society, 63(10), 2061–2069. <https://doi.org/10.1111/jgs.13663>

[e] Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., Burant, C. J., & Landefeld, C. S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. Journal of the American Geriatrics Society, 51(4), 451–458. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51152.x>

[f] Mahoney, J. E., Sager, M. A., & Jalaluddin, M. (1998). New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness: incidence and significance. The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences, 53(4), M307–M312. <https://doi.org/10.1093/gerona/53a.4.m307>

[i] M. Holst, P.L. Hansen, L.A. Pedersen, S. Paulsen, C.D. Valentinsen, M. Kohler PHYSICAL ACTIVITY IN HOSPITALIZED OLD MEDICAL PATIENTS; HOW ACTIVE ARE THEY, AND WHAT DOI:10.14283/jarcp.2015.58

[j] Sourdet, S., Lafont, C., Rolland, Y., Nourhashemi, F., Andrieu, S., & Vellas, B. (2015). Preventable iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. Journal of the American Medical Directors Association, 16(8), 674–681. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.011>

[k] Beaulieu, Marie & Batista, Ana & Lévesque, Josée & J., Vézina. (2015). Éduquer à contrer l'âgisme à défaut de pouvoir bien l'évaluer!

Intérêt d'une réelle expertise dans une pratique professionnelle "orientée" pour accompagner des étudiants... en santé.

Petit changement d'horizon pour quelques heures... Je troque ma blouse blanche pour ma casquette de formatrice !

Intervenir auprès de futurs aides-soignants est très important pour moi : partager mon expérience mais aussi initier l'échange nécessaire dans nos métiers de soin ! Parce que, comme je le dis souvent, sans les aides-soignants, la rééducation ne sert pas à grand chose. Ils sont les rééducateurs de la vie quotidienne !

C'est comme ça que j'ai passé une journée avec les étudiants de l'ifas de Lavaur (Tarn), pour une séance toujours très appréciée : la combinaison simulant le vieillissement pathologique.

Équipés ainsi pour se mettre dans la peau d'une personne âgée ayant des difficultés durant les gestes de la vie quotidienne, la mise en situation très réaliste permet de réfléchir sur nos prises en charge. Ils leur a fallu s'habiller, descendre les escaliers, ramasser un objet, ouvrir l'opercule d'un yaourt...

Le but étant donc de se rendre compte des difficultés rencontrées mais surtout d'apporter des solutions :

- jouer sur les contrastes pour les troubles de la vision,
- privilégier l'habillage assis mais en autonomie,
- choisir des assises hautes, mettre les freins au fauteuil et lit...

Et surtout avoir en tête qu'il est primordial d'accompagner et de ne pas faire à la place de. Le lien avec la dépendance iatrogène hospitalière sera fait plus tard dans une autre cours!

J'ai aussi pu intervenir sur la bientraitance. Moment d'échange intéressant, de questionnement autour du soin avec une pointe d'éthique. J'ai essayé d'amener les étudiants à réfléchir autour de la bientraitance, de comprendre que ce n'est pas le contraire de la maltraitance, c'est bien plus que ça! Et surtout que l'échange, la discussion pluriprofessionnels et interprofessionnel est une des clés de la bientraitance.

Merci à Matthieu Chincholle et aux étudiants pour l'accueil qu'ils me réservent chaque année. C'est toujours un moment agréable et stimulant pour moi !



Eléonore Durand
Kinésithérapeute

EXERCICE SALARIE : EFFECTIFS ... VERS DES RATIOS ?

*L'intention,
le geste,
la trace !*



Faire équipe & être aux cotés ... des patients.



*Pour...quoi & comment être,
parmi et en lien avec tous les autres
tout aussi essentiels et indispensables,
**le juste écoutant ?
le juste doutant ?
le juste entendant ?***

*Pour...quoi & comment être,
parmi et en lien avec tous les autres
tout aussi essentiels et indispensables,
**le juste intervenant
... au juste moment
et ... à la juste place ?***

DETERMINATION D'EFFECTIFS RATIOS ou " CARE 'S TIME " ...

Nous évoluons dans 3 dimensions le temps, l'espace et l'énergie ... et l'IA, le métavers ... nous en promettent une 4^{ème}. De nombreuses, diverses et multiples méthodes ont été élaborées, au cours du temps, pour déterminer les effectifs en paramédicaux utiles, nécessaires et indispensables ... qui de fait se sont souvent, très souvent, trop souvent, très rapidement révélées obsolètes voire inadaptées.

Tout aussi nombreuses, diverses et multiples sont les causes : les avancées de la science, les progrès technologiques, la multiplicité des situations des patients ; tout comme l'unicité du "cas", la valse hésitation des politiques et modalités de prises en soin (par organes, par pathologies, par âge ...), la nécessaire mais complexe approche médico-économique ... Toutes ces causes entre autres ont conforté la segmentation, la spécialisation, disciplinaire ... pléthorique [le creuser profond ou ratisser large].

Ce sont autant de facteurs influant fortement sur la variabilité d'un bon dimensionnement des effectifs paramédicaux dédiés à un type de soin, un type de pathologie, une catégorie de patients ... pour offrir aux patients hospitalisés en garantie de qualité et de sécurité.

Le vœu d'une équation " juste soin au bon moment, au bon endroit, par le bon professionnel " reste à ce jour un véritable casse-tête de ressource humaine dont d'aucuns prédisent que par maquettes, ratios, intelligence artificielle, et démarches de QVCT, tout ira mieux enfin.

Que des logiciels, datas et autres systèmes puissent prendre en compte et calculer, plus rapidement que l'homme des dizaines, centaines de données de l'équation personne ne peut en douter ; pour autant que tous les paramètres et leurs variables individuelles au carré [besoins patient(s) et offres soignant(s)] soient "bien" ou plutôt "justement" renseignées.

Le(s) temps de soin(s), l'intensité de soin(s), l'espace de soin(s) sont autant de dimensions dans lesquelles le(s) soin(s) directs et indirects sont "et contraints et favorisés" quand ils sont effectivement pris en compte.

... EFFECTIFS AJUSTES ou EFFECTIFS AJUSTABLES ?

Un débat qui se poursuit, à retrouver aux JNKS NANTES 2024 et dans l'article ci-après de Bruno Benque, publié sur cadredesanté.com, reproduit avec l'aimable autorisation de son auteur.

UN GUIDE POUR LE DIMENSIONNEMENT OPTIMAL D'UNE ÉQUIPE

mardi 9 janvier 2024, par *Bruno Benque*

Quel manager de Santé n'a pas rêvé de disposer des ressources humaines optimales pour faire fonctionner son organisation ? Comment, en effet, évaluer la complexité des paramètres interférant dans la constitution d'une équipe afin de la dimensionner efficacement ? La réponse se trouve certainement dans l'ouvrage de Jean Grimaldi d'Esdra, « Le nombre d'or dans une équipe ».

Les difficultés rencontrées aujourd'hui par les managers de santé pour compléter leurs équipes, à partir d'un référentiel indiquant un ratio de soignants par patients, sont le reflet d'une pénurie de ressources humaines dans ce secteur, nous le relatons dans nos colonnes depuis plusieurs années.

Quel dimensionnement pour une équipe efficace ?

Mais ce phénomène ne serait-il pas la résultante d'une évaluation optimale des besoins réels pour faire fonctionner un service ? Car en effet, les spécialités médicales sont par essence inhomogènes et nécessitent l'intervention de personnels plus ou moins nombreux, aux compétences diverses et aux profils personnels souvent spécifiques. Ainsi, la bonne marche d'une unité de soins relèverait de nombreux paramètres à partir desquels une équipe arriverait à un mode de fonctionnement optimal.

Et c'est justement le thème de l'ouvrage élaboré par Jean Grimaldi d'Esdra, docteur en droit et enseignant en droit privé, intitulé « Le nombre d'or dans une équipe » et publié aux Éditions Gereso.

Le nombre d'or appliqué à un effectif d'une efficacité optimale

Le nombre d'or, cette formule mathématique appelée aussi section dorée, proportion dorée, ou encore divine proportion, serait la base de la représentation de toute forme esthétique, fournirait les prérequis à l'harmonie. Il est largement présente dans l'architecture, dans l'art et même dans la nature, puisqu'il guide la constitution de la spirale parfaite, celle qui régit la coquille d'escargot par exemple. Ceci étant posé, quelle est donc l'influence du nombre d'or dans la constitution d'une équipe ? Jean Grimaldi d'Esdra utilise cette notion pour essayer de trouver les bons ingrédients dans le cadre de la recherche de l'équipe parfaite pour aboutir à un fonctionnement efficace dans une situation donnée.

Bien évaluer la complexité des paramètres interférant dans une équipe

Pour cela, il nous convie, tout au long de cet ouvrage, à un cheminement en deux temps, en posant les bases de l'efficacité et de la productivité tout d'abord, de la psychologie, de la sociologie pour y adapter les relations interpersonnelles ensuite, et au cours duquel il nous engage à prendre des notes pour y ajouter des impressions personnelles.

Il s'agit donc d'évaluer, à partir de qualités individuelles, les forces et les faiblesses d'un groupe d'individualités, puis d'une équipe, un saupoudrant l'analyse de relations humaines, tout au long de la progression de cette équipe, ainsi que de données économiques et environnementales. On est ainsi plus à même d'apprécier la complexité des nombreux paramètres qui peuvent interférer dans la constitution de l'équipe idéale dans un contexte donné.

Des références théoriques et historiques pour étayer l'expérience

L'auteur étaye ensuite les observations issues de ses expériences par une suite de données théoriques sur le sujet. Cette revue éclectique passe par la pensée de Leopold Khor dans son ouvrage « L'effondrement des puissances » qui promeut la vertu des communautés politiques de taille raisonnable, mais aussi par les travaux de Roger Mucchielli, bien connus dans les IFCS, sur la dynamique de groupe et le travail d'équipe. Il y ajoute enfin des références historiques dans des contextes religieux, militaires ou sportifs et édite quelques lois qui pourraient présider au bon choix du nombre juste.

Un ouvrage court et très didactique qui peut se lire d'un seul trait ou, comme le préconise l'auteur, qui peut s'enrichir de réflexions personnelles approbatrices ou critiques. Un bon guide en tout cas pour les managers de Santé en recherche d'efficacité dans la gouvernance de leur organisation.

Jean Grimaldi d'Esdra Le nombre d'or dans une équipe Éditions Gereso, Avril 2023 129 pages - édition papier 23€ ; ebook 15,99€

Bruno Benque
Rédacteur en chef www.cadredesante.com
bruno.benque@gpsante.fr
[@bbenk34](https://twitter.com/bbenk34)

RATIOS

OU

**DETERMINATION
D'EFFECTIFS
AJUSTES ... AJUSTABLES**

TEMPS DU SOIN

INTENSITE DU SOIN

ESPACE DU SOIN

UN SUJET

AU PROGRAMME

DES JNKS NANTES 2024

du 25 au 27 septembre 2024

au CHU de Nantes

Impliquer pour fidéliser une politique d'attractivité conçue par et pour les professionnels

Guillaume Couvreur,
Directeur des ressources humaines
du Centre hospitalier de Roubaix

Le Centre Hospitalier de Roubaix a choisi en 2022 d'intégrer l'encadrement intermédiaire, supérieur et l'ensemble des agents qui le souhaitent dans le projet "Impliquer pour fidéliser". Un pari gagnant grâce à une mobilisation collective autour d'une réinvention constante des pratiques et qui a reçu le grand prix de l'innovation RH à l'occasion des Rencontres RH de la Santé 2023. À découvrir dans le dernier numéro de la RHF <https://ow.ly/kBVn50QlrFL>

RESSOURCES HUMAINES PRIZ DE L'INNOVATION RH 2023

Decider « Ressources humaines » réalisé en partenariat avec :

casden | mgen

Impliquer pour fidéliser

Une politique d'attractivité conçue par et pour les professionnels

Face à la crise des ressources humaines, le centre hospitalier de Roubaix a choisi en 2022 d'intégrer l'encadrement intermédiaire, supérieur et l'ensemble des agents qui le souhaitent dans le projet « Impliquer pour fidéliser ». Un pari qui s'est révélé gagnant grâce à une mobilisation collective autour d'une réinvention constante des pratiques.

Ce projet a reçu le grand prix de l'Innovation en ressources humaines, à l'occasion des Rencontres RH de la Santé 2023.

Guillaume Couvreur, directeur des ressources humaines du Centre Hospitalier de Roubaix

Projet d'encadrement intermédiaire, supérieur et l'ensemble des agents qui le souhaitent dans le projet « Impliquer pour fidéliser ».

Valorisation des métiers hospitaliers et de la marque employeur, les salariés des services de soins de l'encadrement intermédiaire, supérieur et l'ensemble des agents qui le souhaitent dans le projet « Impliquer pour fidéliser ».

Le projet a reçu le grand prix de l'Innovation en ressources humaines, à l'occasion des Rencontres RH de la Santé 2023.

www.hospitaliers.com

Un changement de paradigme

Le Centre Hospitalier de Roubaix a choisi en 2022 d'intégrer l'encadrement intermédiaire, supérieur et l'ensemble des agents qui le souhaitent dans le projet "Impliquer pour fidéliser".

Une politique de recrutement offensive

Le projet "Impliquer pour fidéliser" a été lancé en 2022 et vise à intégrer l'encadrement intermédiaire, supérieur et l'ensemble des agents qui le souhaitent dans le projet.

Le nombre de soignants recrutés en un an à triple

Le Centre Hospitalier de Roubaix a recruté 3000 professionnels de santé en 2023, soit un triplement par rapport à l'année précédente.

Négocier les actions d'amélioration des conditions de travail

Le projet "Impliquer pour fidéliser" a permis de négocier des actions d'amélioration des conditions de travail pour les professionnels de santé.

www.hospitaliers.com

Reconnaitre l'engagement des agents

Le projet "Impliquer pour fidéliser" a permis de reconnaître l'engagement des agents et de leur offrir de meilleures conditions de travail.

Répondre aux attentes des managers

Le projet "Impliquer pour fidéliser" a permis de répondre aux attentes des managers et de leur offrir de meilleures conditions de travail.

Une implication massive, collective et fédératrice

Le projet "Impliquer pour fidéliser" a permis de réaliser une implication massive, collective et fédératrice pour tous les professionnels de santé.

Négocier les actions d'amélioration des conditions de travail

Le projet "Impliquer pour fidéliser" a permis de négocier des actions d'amélioration des conditions de travail pour les professionnels de santé.

www.hospitaliers.com

Le nombre de soignants recrutés en un an à triple

Le Centre Hospitalier de Roubaix a recruté 3000 professionnels de santé en 2023, soit un triplement par rapport à l'année précédente.

Négocier les actions d'amélioration des conditions de travail

Le projet "Impliquer pour fidéliser" a permis de négocier des actions d'amélioration des conditions de travail pour les professionnels de santé.

Une implication massive, collective et fédératrice

Le projet "Impliquer pour fidéliser" a permis de réaliser une implication massive, collective et fédératrice pour tous les professionnels de santé.

Reconnaitre l'engagement des agents

Le projet "Impliquer pour fidéliser" a permis de reconnaître l'engagement des agents et de leur offrir de meilleures conditions de travail.

Répondre aux attentes des managers

Le projet "Impliquer pour fidéliser" a permis de répondre aux attentes des managers et de leur offrir de meilleures conditions de travail.

www.hospitaliers.com

Pourraient être dissertés les concepts "Engagement ou Implication".... "Engager ou S'engager" ... "Impliquer ou S'impliquer" mais l'essentiel n'est pas là. "Ratios" ou "effectifs" ne suffisent pas à satisfaire la QVCT : il faut aussi savoir organiser les conditions génératrices de l'envie de rester et/ou comprendre celles qui font partir. Ce que KINESCOPE souhaite avant tout ici, au-delà du prix reçu par ce CH, c'est saluer la démarche qui - comme l'énonce le CNKS depuis de nombreuses années - place en avant et au cœur de l'attractivité, comme déterminants incontournables, les "conditions de fidélisation" (via une participation collective).

L'Hôpital Léon Bérard recrute : Masseur-Kinésithérapeute

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, le kinésithérapeute intervient auprès des patients en hospitalisation complète et à temps partiel

Poste à temps plein en CDI ou CDD long, sur le PT locomoteur/brûlés
Semaine de 35h en 4 jours

A pourvoir immédiatement

Les + HLB :

- Possibilité de logement temporaire sur site
- Centre aéré pour les enfants de 3 à 13 ans
- CSE (loisirs, voyages...)

Contact : Servane PRIEU,
Cadre de rééducation
s.prieu@leonberard.com
04 94 38 00 29



Hôpital Léon Bérard
Réhabilitation spécialisée

Etablissement de soins médicaux et de réadaptation pour adultes spécialisé :

- appareil locomoteur,
- système nerveux,
- affections cardio-vasculaires
- affections des brûlés

Hôpital Léon Bérard
Avenue du Dr Marcel Armanet
83400 HYERES
www.leonberard.com



RetEx



Au cœur d'un établissement
Portraits, Parcours & Paroles

Pourquoi suis-je devenu masseur kinésithérapeute ?

« Il n'y a pas de hasard, il n'y a que des rendez-vous » Paul Eluard. J'aime à me réfugier derrière cette citation pour expliquer mon choix, comme bien souvent mon choix d'orientation ne s'est pas fait « naturellement », enfant j'aimais passer du temps en forêt et m'intéresser à la vie animale et aux « sciences naturelles », je ne souhaitais pas un travail administratif et j'ai toujours pratiqué l'exercice physique régulièrement.

Quand après mon bac scientifique je me suis orienté vers une prépa scientifique le manque de « concret » m'a fait défaut et c'est alors que je me suis orienté vers la formation de kinésithérapeute, mais en méconnaissant totalement en quoi consistait le métier.

J'avais en tête l'image d'Epinal à savoir la représentation d'un métier "cool" pouvant évoluer dans le domaine du sport...

Finalement je suis vraiment devenu masseur kinésithérapeute qu'à partir du moment où j'ai commencé à pratiquer et j'ai entrevu les multiples facettes de ce merveilleux métier.

Christophe Lombard
Cadre rééducateur
Centre Le Richelieu La Rochelle
Croix Rouge Française



1996 DE masso kinésithérapie
2010 DU Kinésithérapie du sport
2012 DU analyse du mouvement
2019 Formation à l'ETP
2020 Responsable Plateau technique
Centre Richelieu (La Rochelle)
2023 Master 2 Sciences de l'éducation

Historique et expériences

Après quelques années à chercher ma voie, j'ai intégré, suite à une année de préparation l'ENKRE d'où je suis sorti diplômé en 1996. J'ai débuté, comme bien souvent, l'exercice de la kinésithérapie en libéral avant de "partir" pour mes 10 mois de service militaire, encore obligatoire à l'époque.

Envie d'ailleurs et de découvertes j'avais tenté la demande de coopération qui n'a finalement pas abouti mais j'ai eu néanmoins la chance de réaliser 9 mois de mon service sous les drapeaux en tant que kinésithérapeute dans une infirmerie de garnison dans le département de la Marne.

A la fin de celui-ci, frustré d'être resté sur le territoire métropolitain c'est tout naturellement que je suis parti dans les DOM (en Guyane) pour exercer en salariat, cette expérience m'a convaincu de mon appétence vers le salariat et de mon besoin d'altérité.

Néanmoins au bout de 2 ans le manque de moyens dévolu à la kinésithérapie et l'envie de reprendre des études dans le domaine du sport m'a motivé à retourner sur le banc de l'université.

Expérience à mi-temps qui s'est finalement terminée sans validation de l'année mais par un recrutement pour réaliser des cours d'anatomie et de pathologies du sport à des DEUST métiers de la forme de l'université de Créteil.

Après une incursion en rééducation cardiologique à Créteil j'ai découvert la rééducation de l'enfant, plus précisément de l'adolescent au CMPA de Neufmoutiers en brie, où mon expérience très enrichissante s'est surtout faite en neurologie. Il s'est écoulé 6 ans durant lesquels je me suis formé régulièrement pendant et hors de mon temps de travail (ostéopathie, ergonomie, ...). Muni de ces nouvelles connaissances et motivé pour les mettre en pratique j'ai choisi de débiter une activité libérale que j'ai poursuivie pendant 2 ans.

L'appel de la découverte d'ailleurs étant revenu, je suis parti sur l'île de la Réunion où j'ai exercé en salariat pendant 12 ans au centre de rééducation de Sainte Clotilde. Initialement prévu pour y rester 3 ou 4 ans, l'intérêt professionnel, familial et personnel a fait que la durée s'est allongée.

En effet, très vite le centre dans lequel j'ai travaillé m'a confié des responsabilités (responsable stagiaire et responsable évaluation/Analyse du mouvement) et m'a permis de décrocher 2 DU (DU kinésithérapie du sport/DU Analyse du mouvement), l'IFMK de la Réunion ouvrant, j'ai postulé à l'enseignement en neurologie et très vite encadrant mémoire.

En parallèle, je me suis investi dans divers associations SRMKS (Société réunionnaise des masseurs kinésithérapeutes du sport), RAS (Run Assistance Sport) et ARNO (Association Réunionnaise de neuro orthopédie), cela m'a permis d'intervenir au sein de ces associations comme kinésithérapeute du sport (sur le Grand Raid, les jeux des îles), co-organisateur et/ ou intervenants d'EPU ou formations.

J'ai pu échanger régulièrement avec le responsable de l'Analyse du mouvement du CMPRE de Bois Larris et organiser des échanges en visio sur des revues de cas clinique.

Mon investissement dans la formation m'a conduit à réfléchir et réaliser de multiples MOOC pour mieux accompagner les étudiants et stagiaires.

Néanmoins peu à peu la routine m'a gagné, et, familialement nous avons pris la décision de rentrer en métropole.

Le choix s'est finalement porté sur la région de la Rochelle au Centre Richelieu, d'abord en tant que kinésithérapeute en neurologie de 2018 à 2020.

A la suite d'un départ j'ai postulé pour la fonction que j'occupe encore de responsable du plateau technique de la rééducation. Ce poste me permet de m'investir à part entière dans les projets de service et d'établissement, ce qui est souvent plus difficile en tant que « simple » rééducateur cependant je tiens à conserver un lien avec les patients c'est pourquoi je réalise des séances d'initiation de Qi Gong et de tai chi chuan, étant moi-même un pratiquant assidu.

Ayant perdu tout mon réseau local de la Réunion j'ai dû en reconstituer un nouveau : aujourd'hui je suis à nouveau directeur de mémoire pour les IFMK d'Alençon et d'Orléans et j'interviens à l'IFMF de Bègles concernant la rééducation de l'AVC et l'Analyse observationnelle de la marche.

En 2023, j'ai suivi avec l'université de Montpellier un Master en sciences de l'éducation (Master Responsable ingénierie des systèmes d'Organisation), mon sujet de mémoire était "Analyse de la pertinence de la recherche clinique en rééducation. Résultats d'enquête et proposition de recommandations à la création d'un pôle de recherche clinique en rééducation".

Je fais partie de la génération des kinésithérapeutes qui ont vécu au moins 2 profondes mutations :

- du métier strictement de soin à celui de rendre compte des soins...En effet le travail administratif quasi inexistant au début de ma carrière n'a cessé de prendre davantage de place et nous avons parfois l'impression que cette demande de traçage au nom de la qualité nous éloigne du temps consacré au patient et de cette qualité que nous nous efforçons d'atteindre auprès du patient.
- de la rééducation reposant sur des méthodes et concepts empiriques revêtant le nom de leur inventeur ou propagateur vers une rééducation reposant sur l'EBP et tentant de prendre en compte l'expérience du patient.

Aujourd'hui je veille à conserver un esprit d'équipe, à travailler en transdisciplinarité, à ce que chacun s'épanouisse dans la réalisation de son quotidien dans une approche EBP ainsi je l'espère, je continue à prendre soins des patients indirectement à travers l'épanouissement de mes collègues.

Je tente aussi de développer l'engagement des patients dans leur rééducation, mes formations telles que Mac Kenzie, puis formation à l'ETP et Initiation à l'entretien motivationnel m'ont fait prendre pleinement conscience de la nécessité de prise de pouvoir du patient pour qu'il soit pleinement acteur de ses soins au quotidien.

Enfin, mon mémoire de Master 2 est la première pierre d'un édifice qui doit nous conduire à développer un pôle recherche au sein du Centre Richelieu pour s'interroger sur nos pratiques et continuer à progresser au service des patients.

Le Centre Richelieu est un centre SMR (Soins médicaux et de réadaptation) rattaché à la filière sanitaire de la Croix Rouge française. Il est situé en bord de mer sur la commune de la Rochelle. Son agrément lui permet de s'organiser sous 4 unités, 3 en hospitalisation complète pour une totalité de 90 lits (Affections appareil locomoteur/Affections Système nerveux/Affections respiratoires) et une unité en hospitalisation temps partiel(HDJ) pour une trentaine de patients.

Il accueille environ 1600 patients par an, nous y retrouvons donc des pathologies en rapport avec les unités, à savoir :

- Affections respiratoires : principalement des patients BPCO avec l'existence d'un programme ETP.
- Affections appareil locomoteur : patients douloureux chronique (fibromyalgie, lombalgie), amputés, polytraumatisés, autres pathologies comme maladie d'Ehler danlos. A noter l'existence d'un programme ETP lombalgique.
- Affections Système nerveux : principalement des patients AVC mais aussi blessés médullaires, Sclérose en plaque, et maladie de Parkinson avec l'existence de 2 programmes ETP un concernant l'AVC et l'autre la SEP.

Il regroupe 155 professionnels (140 équivalent temps plein) sur l'ensemble des métiers dévolus à la rééducation et au bon fonctionnement d'un établissement accueillant des patients, soit :

Des médecins spécialistes et généralistes, pharmaciens Infirmières et aides-soignants, une équipe psycho-sociale, une équipe d'accueil et administrative ainsi que du personnel hôtelier et logistique. Et, bien entendu une équipe de rééducateurs (au nombre de 28) qui regroupe kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et enseignants en activités physiques adaptées



Kinésithérapeute Salarié, un métier et un exercice en (r)évolution !



C'est dans cette dynamique que nous recherchons des kinésithérapeutes pour intégrer l'équipe du service de Médecine Physique et Rééducation du CHU. Vous êtes attirés par les soins critiques ? la kinésithérapie respiratoire ? vous attachez de l'importance à la coopération interprofessionnelle ? et vous souhaitez contribuer à l'amélioration des capacités fonctionnelles des patients hospitalisés ? **rejoignez nous !**

Vous accéderez à la formation, participerez aux études et projets en cours. Venez faire vivre la spécificité de la kinésithérapie hospitalière, portez avec nous l'expertise kinésithérapique au bénéfice des patients et des résidents... Vous participerez à la prévention, l'évaluation et au traitement des troubles du mouvement, de la motricité, des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles

Il s'agit de :

- l'évaluation, de l'élaboration de recommandations et d'un pronostic rééducatif.
- la kinésithérapie respiratoire.
- la participation à la prise en charge des troubles de la déglutition.
- la kinésithérapie (loco)motrice et fonctionnelle précoce des déficiences ou altérations spécifiques acquises ou ayant justifiées l'hospitalisation.
- consultations dans des domaines kinésithérapiques spécifiques.
- assurer des actes de kinésithérapie respiratoire les weekends et jours fériés.

Poste à pourvoir

MASSEUR KINESITHERAPEUTE
Temps plein ou temps partiel,
de jour, en CDD ou CDI,
par éventuelle mutation

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, pôle de référence et d'appel en matière de santé, est leader en soins, enseignement, recherche et prévention. Il est l'un des premiers opérateurs santé de la région avec plus de 195.000 patients et 390 résidents par an et 1 745 lits et places.

À la fois établissement de soins de proximité et centre de recours et d'expertise, il concilie au quotidien innovation et solidarité. Avec 9 pôles et 60 services cliniques médicaux-sociaux et biologiques, l'offre de soins du CHU couvre l'ensemble des spécialités médicales, chirurgicales et biologiques, dont la cancérologie. Les pathologies rares et complexes sont prises en charge par des centres de références et de ressources. Les compétences des équipes hospitalo-universitaires sont soutenues par un plateau technique de pointe.

Au quotidien, l'activité du CHU s'inscrit dans une démarche de qualité et de sécurité des soins. Cette dynamique est portée jusqu'aux patients par chaque professionnel de santé. Des structures dédiées impulsent et coordonnent les actions réalisées dans ce cadre. Membre d'HUGO (GSC Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest), le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers est un pôle de recherche et d'enseignement supérieur. Premier employeur du Maine-et-Loire, et l'un des premiers de la région des Pays de la Loire avec 6 900 salariés, le CHU participe également à la formation des futurs professionnels de santé. Une position qui en fait un acteur de cohésion sociale et l'un des premiers partenaires des autres établissements de santé publics et privés régionaux.

Pour aller plus loin :

<https://chu-angers.mstaff.co>

Centre Hospitalier Universitaire d'Angers
4 Rue Larrey, 49100 Angers, France

Kaleïdoscope



La rubrique de KINESCOPE

*qui s'efforce de retransmettre des informations
diverses et variées sur le monde de la santé,
le monde du soin, le monde de la réadaptation,
le monde de la kinésithérapie.*



INFORMATIONS qui intéressent (in)directement les kinésithérapeutes ... salariés et cadres de santé

Lancée en mars 2023, une mission, confiée au docteur Philippe Denormandie, chirurgien et délégué général de la fondation MNH, à la docteure Marine Crest-Guilly, médecin généraliste et à Alexis Bataille-Hembert, infirmier avait pour objet de **"dresser un état des lieux de la santé de nos professionnels de santé dans un contexte post-crise sanitaire, et de proposer des mesures concrètes visant à l'améliorer"**. Aux termes de nombreux entretiens et visites de terrain et **des résultats d'une consultation lancée par la ministre déléguée** auprès de professionnels (~ 50 000 contributions) sur l'appréhension de leur santé et leurs attentes. Le rapport a été remis le 9 octobre 2023.



Structurées autour de six axes, les recommandations formulées dans ce rapport ont vocation à mettre en avant des solutions concrètes pour améliorer la santé des professionnels.

Axe n°1 - Intégrer le sujet de la santé des professionnels de santé comme une priorité de notre système de santé publique à tous les niveaux.

Axe n°2 - Sensibiliser et former les professionnels de santé à veiller à leur propre santé.

Axe n°3 - Prévenir les risques professionnels, en repensant l'organisation de l'offre de médecine de santé au travail et en sensibilisant l'écosystème.

Axe n°4 - Organiser pour tous les professionnels de santé un accès à une offre de prévention et de soins et dédier des actions spécifiques de prévention aux professionnelles et aux étudiants en santé.

Axe n°5 – Repenser l'architecture de l'accès à la prévention et aux soins pour les professionnels de santé.

Axe n°6 - Assurer un pilotage transversal des actions dédiées à la santé des professionnels de santé.

" Sur la base de ces recommandations, **une feuille de route pluriannuelle sur la santé des professionnels de santé sera dévoilée en décembre prochain**. Cette feuille de route viendra compléter les différentes actions lancées récemment par le ministère de la Santé et de la Prévention, notamment le plan de lutte contre les violences à l'encontre des professionnels de santé et les différentes mesures liées à l'attractivité des professionnels et aux conditions de travail" indique le site du ministère de la santé.

Rapport sur la santé des professionnels de santé

Table des matières

Partie I : Etat des lieux et perspectives	8
1) Etat des lieux de la santé des soignants en France (consultation nationale)	8
2) Panorama international.....	11
Partie II : Agir ensemble pour la santé des professionnels de santé	14
AXE 1 : Intégrer le sujet de la santé des professionnels de santé comme une priorité de notre système de santé publique à tous les niveaux.....	14
1) Reconnaître et partager le sujet collectivement	15
2) Valoriser les initiatives de terrain et des territoires	16
3) Produire de la connaissance.....	17
AXE 2 : Sensibiliser et former les professionnels de santé à veiller à leur propre santé	18
1) Dans les cursus de formation initiale, continue et les parcours professionnels	19
2) Dans la formation initiale et continue de tous les cadres, directeurs, encadrants, et formateurs.....	21
3) Dans les manifestations et les événements professionnels.....	21
AXE 3 : Prévenir les risques professionnels, en repensant l'organisation de l'offre de médecine de santé au travail et en sensibilisant l'écosystème.....	22
1) Mettre en place des indicateurs sur la santé des professionnels de santé dans l'ensemble des certifications	22
2) Repenser l'organisation et l'offre de médecine de santé au travail.....	23
3) Impliquer l'ensemble des acteurs.....	25
AXE 4 : Organiser pour tous les professionnels de santé un accès et une offre de prévention et de soins.	26
1) Promouvoir les programmes de prévention, de promotion de la santé et de soins auprès des professionnels de santé.....	27
2) Intégrer les actions de prévention, de promotion de la santé et de soins à destination des étudiants en santé dans tous les cursus de formation	28
3) Développer la prévention, la promotion de la santé et de soins des femmes professionnelles de santé et étudiantes en santé.....	29
AXE 5 : Repenser et mieux utiliser l'architecture organisationnelle et financière d'accès à la prévention et aux soins pour nos professionnels de santé	31
1) Assurer un accès facilité à la prévention en santé et à la gestion des maladies professionnelles pour tous les professionnels de santé.....	31
2) Agir sur la prévention de l'usure professionnelle spécifique pour les professionnels de santé	32
3) Développer la culture de l'étude d'impact préalable et de l'évaluation sur les mesures concernant la santé des professionnels.....	33
AXE 6 : Assurer un pilotage transversal des actions dédiées à la santé des professionnels de santé.....	33
1) Garantir le pilotage national par la création d'une instance interministérielle	34
2) Rendre accessible le déploiement local.....	34

" La santé des professionnels de santé est au cœur des priorités du ministère de la Santé et de la Prévention, et contribue aux enjeux d'attractivité et de fidélisation au sein de notre système de santé. Ces travaux démontrent que nous sommes attendus sur la structuration d'un plan d'action pour la santé de nos professionnels, et vous pouvez compter sur l'engagement du Gouvernement pour y parvenir, a déclaré Aurélien Rousseau.

Face à l'impact que peut avoir une mauvaise santé de nos professionnels sur leur qualité de vie mais aussi sur notre système de santé, il est important d'agir à tous les niveaux. Un professionnel de santé qui va bien est un professionnel de santé qui soigne bien ! a déclaré Agnès Firmin Le Bodo" indique le site du ministère de la santé.

<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/remise-publique-du-rapport-sur-la-sante-des-professionnels-de-sante>

POUR VOTRE INFORMATION SUR LES RESEAUX SOCIAUX Alexis Bataille-Hembert, infirmier, co-auteur, avec Marine Crest-Guilluy, médecin généraliste et Philippe Denormandie, chirurgien neuro-orthopédiste, du rapport sur la santé des professionnels de santé, désormais conseiller paramédical de la MNH publie régulièrement sur linkedin des éditos. Avec son aimable autorisation Kinéscope publie dans ce numéro les 4 premiers.

EDITO # 1 L'expertise du professionnel de santé devenu patient : un atout pour le parcours de santé ?

Au quotidien de soin, la situation au cours de laquelle un professionnel de santé devient patient est une rencontre tout à fait atypique. Située au carrefour de l'expérience professionnelle et parcours de vie personnelle, cette rencontre influence la relation à l'Autre, tant dans la perception du soin prodigué que reçu.

En effet, malgré une expérience de patient enrichie de compétences et de connaissances médicales, cette double perspective n'en reste pas moins complexe pour le soignant et le soigné.

Au cours de la mission ministérielle "Santé des Soignants - Innovons & Agissons Ensemble", ce mélange atypique entre l'expertise et la vulnérabilité du professionnel de santé vivant l'expérience de la maladie m'a interpellé.

La rencontre avec des pairs soignés n'a fait que confirmer mon intérêt pour ce sujet, et en particulier pour les différents enjeux soulevés par cette situation de soin qui sollicite toutes les formes de savoirs utiles à la relation soignant-soigné.

Opportunités, défis, conflits éthiques et implications professionnelles, la place et le rôle de l'expertise du professionnel de santé patient permet, a minima, de regarder le système de santé à travers le prisme déjà éprouvé de l'expérience patient. Cependant, est-ce tout ?

Afin de mieux comprendre et découvrir ce sujet, nous nous intéresserons à l'explorer sur la base de cette problématique : en quoi l'expertise du soignant influence-t-elle son parcours de soins lorsqu'il est patient ?

Expertise professionnelle et expérience personnelle : le mariage de la carpe et du lapin ?

Devenir personne soignée lorsque l'on est professionnel de santé, c'est accepter la confrontation entre deux aspects de Soi : l'expertise professionnelle et l'expérience personnelle, qui plus est, en situation de vulnérabilité.

Sans pour autant être déséquilibrée par nature, cette confrontation est toutefois à l'initiative de troubles où s'entremêlent les connaissances professionnelles et la réalité vécue en tant que personne soignée.

En effet, les compétences soignantes (scientifiques, techniques...etc.) fournissent des outils de compréhension et de lecture du parcours de soins, tels que le diagnostic et la stratégie thérapeutique.

A contrario, il est évident que ces mêmes compétences peuvent conduire le "soignant patient" à avoir des attentes fortes, parfois légitimes mais souvent irréalistes qui, à terme, remettront en cause l'équipe pluridisciplinaire et/ou l'établissement de santé dans leur capacité à les prendre en soin.

Dans le même temps, posséder des connaissances médicales, c'est se positionner à la frontière d'une limite souvent franchie en tant que soignant, celle de l'auto-diagnostic, voire de l'automédication. Nous le savons, cela conduit indubitablement à des biais de jugement et vers une prise en charge potentiellement inadaptée.

De manière générale, c'est la relation soignant-soigné qui risque d'être affectée. Si les connaissances et les compétences favorisent les échanges techniques et une participation active aux soins, elles offrent un champ de crispation fait de malentendus et de tensions, qui plus est lorsque les valeurs et les attentes s'opposent.

En la matière, la gestion des émotions du professionnel de santé patient se voit complexifiée à plus d'un titre car, le mélange entre l'expérience personnelle et l'expertise professionnelle génère un état de stress supplémentaire, ayant une forme dont les contours se précisent sous les traits de l'anxiété.

Partant du principe que le stress un facteur constitutif d'une relation de soin dégradée, la situation du "soignant patient" replace l'enjeu fondamental de la confiance et de la communication afin de mieux envisager la collaboration au sein de cette dite relation, et cela dans un contexte de respect et d'adaptabilité.

Pour autant, au-delà de ces aspects, il est indiscutable que prendre en soin un professionnel de santé met en lumière des défis éthiques et professionnels qui dépassent le seul cadre de la communication. Mais quels sont-ils ?

Prendre en soin un pair, un défi ?

Placé au premier rang de ces défis, le respect de la confidentialité est un enjeu majeur, notamment lorsque les professionnels de santé patients sont pris en soins sur leur propre lieu de travail. Le difficile et juste équilibre entre la vie privée et professionnelle est un sujet central qui doit être objet d'attention de la part de l'équipe pluridisciplinaire sans pour autant être un tabou. Sans être jugé ou remis en question, un professionnel de santé doit pouvoir se retirer d'une prise en soins et passer la main dès lors que son implication personnelle est trop importante.

Une condition qui renvoie au second défi, celui de l'équité dans le traitement ; le risque principal étant que le professionnel de santé patient reçoit un traitement différent - soit privilégié, soit défavorisé - en raison de son statut, ses connaissances et/ou sa position au sein de l'écosystème. Un professionnel de santé patient est d'abord et surtout une personne soignée comme les autres et doit bénéficier d'une prise en soins égale, basée sur le même raisonnement et des moyens homologues.

Enfin, en ce qui concerne la posture à adopter face à un "soignant patient", force est de constater que cela semble être difficile sans un minimum d'empathie pour celui ou celle qui n'est plus dans la blouse, mais devant celle-ci.

La transition du statut d'autorité vers celui de personne vulnérable doit être accompagnée avec vigilance et bienveillance par l'équipe pluridisciplinaire. Les soins relationnels se concentreront ici à enclencher le processus de résilience et d'empowerment chez lui avec efficacité et pertinence, d'autant plus lorsque la maladie aura un impact sur l'avenir professionnel du soignant ou dans son quotidien.

A plus forte raison, l'employeur et le service de médecine de santé au travail du professionnel de santé soigné auront un rôle important dans l'adaptation des conditions de travail favorables au maintien dans l'emploi du soignant, quand cela est possible. Un soignant ne doit pas être considéré comme "invulnérable" ou "invincible". L'expérience maladie, aussi minime soit-elle, laissera des traces physiques et psychiques indélébiles, la blouse n'effaçant rien.

L'expérience patient du professionnel de santé : quelles perspectives ?

En tout état de cause, l'expérience patient du professionnel de santé ouvre des perspectives intéressantes pour la démarche de soins, et plus globalement l'évolution du système de santé ; la situation de ces "soignants patients" souligne les ponts qui existent entre le territoire du soignant et celui du soigné.

Auquel cas, dans une approche toujours plus inclusive et empathique des soins, voyons cela comme une nouvelle opportunité de développer des compétences mutuelles qui amélioreront la compréhension entre soignants et soignés grâce, par exemple, à de nouvelles stratégies de communication et de partenariat de soins.

En parallèle de cela, le développement de la pair-aidance semble pertinente, en particulier pour son caractère contributif à l'amélioration continue des pratiques soignantes et à la production de nouveaux savoirs/connaissances.

Ainsi, sans enfoncer une porte ouverte, il est également judicieux d'insister sur l'intérêt d'incorporer ces expériences dans la formation initiale et continue des professionnels de santé.

En effet, fort de sa double identité, le "soignant patient" a toute légitimité pour enrichir la formation de ses pairs, autant sur le plan technique que sensible. L'objectif étant de continuer à améliorer la personnalisation des soins, ceux-ci devenant a fortiori centrés sur la personne soignée.

Sur ce dernier point, la plus-value de l'expérience patient du professionnel de santé revêt un caractère innovant afin de coconstruire des politiques publiques de santé qualitatives et adaptatives. En n'écartant pas l'équité des soins entre tous les citoyens, il serait judicieux de s'interroger sur une offre de prévention et de soins spécifiques pour les professionnels de santé permettant de garantir un système de santé résilient et vertueux car, un professionnel de santé qui va bien, c'est un professionnel de santé qui soigne bien.

Quand le soignant devient soigné, le système de santé se trouve face un miroir reflétant une partie de ses défis pour l'avenir. De cette frontière brouillée entre soignant et soigné, c'est notre approche des soins qui se voit renouvelée en valorisant la démarche centrée sur le patient. L'holisme indiscutable, s'il fallait le répéter, se révèle en cela incontournable de toute démarche de soins et clinique.

Avec pour point de départ les professionnels de santé devenus patients, l'exploration de la problématique initiale nous donne des pistes et des outils qui ouvrent un large champ des possibles pour la qualité et la sécurité des soins tout en interrogeant notre système de santé avec simplicité : dans un souci d'efficacité et de pertinence, l'expérience patient des soignants peut-elle participer à la rénovation des politiques publiques de santé dans un contexte de promotion et de prévention de la santé ?

Edito # 2 janvier 2024 **Soigner : un acte politique ?**

Prendre soin, dépasse largement les frontières de la médecine. Aujourd'hui, tout est santé, où devrions-nous plutôt dire, tout est soin.

Auquel cas, quid de ceux qui incarnent ce noble art, les professionnels de santé ? Sans doute, revêtent-ils une dimension essentielle, si ce n'est fondamentale dans l'articulation élémentaire de ce que chacun pourrait considérer comme le "faire Nation" au sein de notre société étant donné le rôle de liant qu'ils jouent.

Considérant cela, arrêtons-nous un instant afin de nous interroger sur cette question aux contours a priori simplistes : soigner, est-ce un acte politique ?

La santé est un droit universel reconnu par de nombreux pays. Ceux-ci ont mis en œuvre un certain nombre d'instruments juridiques, allant même jusqu'à des dispositifs conventionnels entre nations. Ce droit humain est consacré.

La santé est un droit universel reconnu par de nombreux pays. Ceux-ci ont mis en œuvre un certain nombre d'instruments juridiques, allant même jusqu'à des dispositifs conventionnels entre nations. Ce droit humain est consacré.

En outre, c'est désormais une réalité démontrée par la récente pandémie, l'acte politique de soigner n'est plus seulement circonscrit aux frontières d'un pays ; il est soumis à des mécaniques diplomatiques et de coopérations internationales complexes qui soulignent, outre l'émergence toujours plus forte de nouvelles conceptions politico-sanitaires, comme un système de santé international (à l'échelle européenne par exemple), une volonté des Etats à structurer des réponses coordonnées face à des enjeux communs de santé publique pesant lourd dans leur balance socio-économique (ex. vieillissement démographique, pandémie, cancers...).

A contrario, les choix politiques d'un pays en matière de santé peuvent avoir une influence géopolitique concrète avec des conséquences mondiales importantes agissant comme un puissant levier de négociation ou d'influence stratégique (ex. la découverte du vaccin anti COVID-19).

Cela étant, il est pertinent d'argumenter en faveur du rôle politique des professionnels de santé.

En effet, ceux-ci sont des acteurs centraux de tous ces dispositifs et participent par nature à un acte politique, allant même jusqu'à ce dresser contre eux, en étant notamment les vigiles utiles de la justice sociale, les gardiens de l'éthique et les promoteurs de l'équité au sein de leur communauté.

Etre professionnel de santé, c'est un engagement de choix et d'actions qui posent a fortiori des actes politiques concrets. C'est-à-dire, entendus, compris et appréciés de la population rendant ici incontestable l'utilité des professionnels de santé dans ce qu'il y a de plus quotidien et rénovant l'idée de la politique de proximité et holistique.

Grâce à leurs actions et rôles au sein de la société, les professionnels de santé incarnent et ont une influence manifeste sur les valeurs du "faire Nation" autour des notions historiques d'égalité, de liberté et fraternité.

Néanmoins, en 2024, se pose une situation politique paradoxale. A la différence de leur présence dans la vie municipale qui confirme leur proximité, les professionnels de santé, en particulier paramédicaux, s'engagent peu ou pas en politique à l'échelle nationale, tant au Parlement (Assemblée Nationale ou Sénat) que dans les administrations centrales, par exemple à travers le haut-fonctionariat.

Ce constat interroge alors que nous avons plus que jamais besoin des professionnels de santé afin d'envisager durablement la néo-conception de "Nation résiliente". A ce jour, plusieurs réponses se dessinent sans pour autant dresser une image concrète des solutions....

Dans ce contexte, il est évident que si soigner est un acte politique, prendre soin est un engagement citoyen.

Alors que les professionnels de santé ont déjà largement fait leur preuve de leur engagement citoyen, 2024, sera-t-elle l'année politique des professionnels de santé ?

Edito #3 Faire du soin ou être soignant : quel engagement ?

Alors que les défis sanitaires complexes, tant sur le territoire national qu'à l'international, les enjeux financiers et d'équilibre budgétaire s'imposent au débat public, chargeant le décideur de répondre à des questions somme toute pragmatiques, il est une question plus transcendante qui émerge avec force depuis la crise sanitaire, celle de l'engagement et de son corollaire le sens. Autrefois, accessoire, car par essence a priori, cette notion revient en tête des aspirations profondes des professionnels de santé sans pour autant nous permettre d'en dégager une image précise car, en effet, faire du soin ou être soignant : quel engagement ?

Et si soigner était un acte politique ? C'est en tout cas autour de ce postulat simple que s'articule la réflexion de l'édito du jour. Les professionnels de santé ont un rôle et une place qui relèvent de la politique au sens le plus noble du terme mais quid des ressorts qui font que, chaque jour, ils/elles s'engagent à défendre les valeurs indéfectibles du "faire Nation" dans sa compréhension la plus basique mais néanmoins holistique ?

Edito # 4 L'intelligence collective : quels enjeux pour le savoir comportemental en santé

Nul ne peut dire le contraire. En 2024, le collectif est une valeur refuge, en particulier dans un monde où les préoccupations individuelles rejoignent simultanément celles collectives. Cela est encore plus vrai dans notre écosystème de santé dans lequel, d'ailleurs, l'intelligence collective émerge comme un levier de transformation de nos approches en la matière, tant sur le plan scientifique que sur celui des innovations ou de la promotion de la santé.

En effet, alors que notre écosystème de santé s'appuie traditionnellement sur des approches conventionnelles comme le diagnostic et la thérapeutique, intéressant de facto l'individu dans sa constitution physique et physiologique, le paradigme de la santé évolue. Tel que proposé par le concept "One Health", l'holisme fait figure de nouvelle considération mixant les déterminants de santé individuels et collectifs ; si l'Homme est un tout, il appartient toutefois à un ensemble.

Aussi, aujourd'hui, à la frontière de l'approche individuelle et collective de la santé, je vous propose que nous nous interrogeons sur l'influence synergique de ces dernières, en particulier sur une forme de savoir qui apparaît comme étant la clé d'un ensemble complexe : le savoir comportemental.

Aussi, aujourd'hui, à la frontière de l'approche individuelle et collective de la santé, je vous propose que nous nous interrogeons sur l'influence synergique de ces dernières, en particulier sur une forme de savoir qui apparaît comme étant la clé d'un ensemble complexe : le savoir comportemental.

Aussi, aujourd'hui, à la frontière de l'approche individuelle et collective de la santé, je vous propose que nous nous interrogeons sur l'influence synergique de ces dernières, en particulier sur une forme de savoir qui apparaît comme étant la clé d'un ensemble complexe : le savoir comportemental.

De toute évidence, oui car, à première vue, qui dit intelligence collective évoque naturellement des notions élémentaires telles que la collaboration, l'idéation, l'expérience (professionnelle, usager, grand public), la projection et l'anticipation. N'est-ce pas ce que nous recherchons dans le monde de la santé, ce que nous recherchons pour NOTRE santé ? Par nature, l'intelligence collective est à l'œuvre dans toutes les démarches cliniques et de soins qui sont pluridisciplinaires et collaboratives. Une chaîne de facteurs (humains, logistiques, matériels, techniques, scientifiques...) qui tentent de s'imbriquer avec plus ou moins de facilité ; autrement dit, qui collaborent.

C'est là même la plus-value fondamentale de l'intelligence collective en santé : la collaboration au service d'un objectif commun, le soin, consistant en un partage de connaissances entre experts de différents domaines, aussi bien techniques que pratiques, pouvant aller jusqu'à impliquer la personne soignée et son entourage.

Promouvant directement l'individualisation de l'approche, l'intelligence collective en santé est également un levier de partage des bonnes pratiques. Cela forme une subtile combinaison permettant de dégager des axes de compréhensions approfondies d'une situation clinique où les comportements en santé trouvent in fine une explication nuancée, pondérée et argumentée.

Toutefois, dans un environnement de travail de plus en plus complexifié, créer un espace de partage, donc d'intelligence collective, est sans aucun doute un défi pour les organisations de santé. Bien que les réunions cliniques, dites "transmissions", constituent cette première étape d'intelligence collective mobilisée au quotidien par les équipes, il faut aller au-delà. L'intelligence collective s'épanouit, se valorise et s'encourage dans un espace, à la fois, de temps et de lieux.

Dans le champ des savoirs comportementaux en santé, il semble pertinent de mettre encore plus le pied dans la porte de la recherche en sciences de la santé à travers, par exemple, des open labs in situ des établissements de santé coalisant les techniques de design thinking comme l'idéation, la gamification et le prototypage. Des open labs mixant les disciplines, mais également les champs d'interventions, permettront d'autre part de renforcer les dimensions transversales des savoirs comportementaux en santé, nécessitant indéniablement d'intégrer les technologies numériques et digitales ainsi que l'entrepreneuriat.

Néanmoins, quand bien même il existe des idées ou des espaces, l'intelligence collective en santé interroge d'autres problématiques, ouvrant la porte à un cadre réglementaire et législatif qui intégrera des questions légales, éthiques et pratiques comme la RGPD, l'organisation du travail, la valorisation et la place de l'expérience patient, la propriété des concepts...

Somme toute, cette démarche trace une voie prometteuse afin d'améliorer les politiques publiques de santé en s'appuyant sur l'étude des savoirs comportementaux. L'intelligence collective dessine a minima un nouveau socle de collaboration et de partage entre acteurs de la santé car le soin et la santé sont d'abord et surtout une question de créativité.

En cela, ouvrons notre réflexion sur cette perspective : En quoi l'innovation collaborative en santé est-elle un outil de résilience du système de santé ?

**JE SUIS KINÉSITHÉRAPEUTE SALARIÉ·E
JE SUIS PROFESSIONNEL·LE DE LA SANTÉ
J'AI AUSSI BESOIN
D'ÊTRE SOUTENU·E**

J'APPELLE LE NUMÉRO VERT SPS 24H/7J

0 805 23 23 36

Service & appel
gratuits

100 psychologues de la plateforme



PROS-CONSULTE
Groupes Minway



JE TÉLÉCHARGE
L'APPLICATION
ASSO SPS

JE CONSULTE LE RÉSEAU
NATIONAL DU RISQUE
PSYCHOSOCIAL
ET RETROUVE TOUTES
LES INFORMATIONS SUR :
www.asso-sps.fr

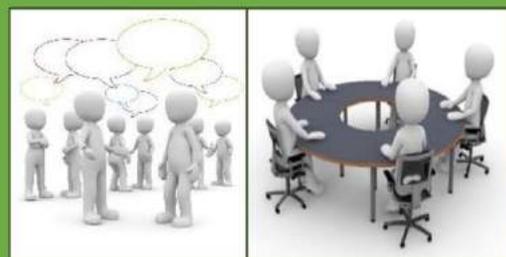
Un dispositif de

association
SPS
Soins aux Professionnels de la Santé

En partenariat avec

cnks

ASSO VIE de l'ASSO SCOPE



*La rubrique de KINESCOPE
qui vous informe de la vie associative du CNKS*

Composition & calendrier :

- ✓ *des instances, des groupes de travail,*
- ✓ *des Soirées Thématiques en visio (STKS)*
- ✓ *des Journées Nationales -Séminaire annuel (JNKS)*



Séminaire du CA et Assemblée(s) Générale(s)

vendredi 15 & samedi 16 mars 2024

Séminaire & Assemblée(s) Générale(s) du CNKS ont conduit à l'adoption du projet associatif 2024 -2027, à l'élection du conseil d'administration et - à l'issue de sessions de réflexions - aux éléments de propositions, de motions, et d'enquêtes à venir entre autres :

- Recherche,
- MKPA, MKCC,
- QVCT
- Détermination d'effectifs, ...

...sujets indispensables à la valorisation étayée du métier de #MKSsalarié

Une première phase de brainstorming, s'est donc tenue toute l'après-midi du vendredi avec les membres du conseil d'administration, animée par le Président et le Secrétaire Général, sur les dossiers et thèmes sur lesquels le bureau CNKS souhaite apporter réflexions, enquêtes, et propositions.



En début de soirée, de 20h à 21h 30, avec la participation d'autres adhérents et membres du conseil d'administration, en présentiel ou en distanciel, en format assemblée générale ordinaire

- le rapport d'activité présenté par Pierre-Henri Haller
- et le rapport financier présenté par Julien Grouès, ont été adoptés à l'unanimité des membres présents et représentés.

S'en est suivi, en format assemblée générale extra-ordinaire, la présentation d'une évolution du

Ont été élus membres du CA :

ARNAUD Fanny (69) , AUGER Aurélien (27), BARBIER Jules (56), BERTHEZENE Christelle (30), BLANDIN Marie (44), BONECKA Barbara (13), BUISSON Laetitia (78), COTTRET Yves (60), DESPREZ Anne Sophie (76), DUDOUEY Renaud (89), FAROULT Magali (65), GIBELIN Andrée (69), GRATTARD Véronique (25), GROUES Julien (22), GUERET Léa (92), HALLER Pierre Henri (13) , HANCART LAGACHE Véronique (76), KRIEGER Christelle (57), MARTEL Valérie (76), MAY CARLE Pierre (18), PRIEU Servane (83), RULLEAU Thomas (44), SALTARELLI Olivier (21) , TRICHOT Sophie (51) , WILD Pauline (95).



projet associatif consacrée par l'adoption à une très large majorité de deux résolutions donnant mandat au futur conseil d'administration d'opérer leur mise en œuvre.

Pour clore cette phase, les membres participants ou représentés ont été appelés à voter pour les candidats au conseil d'administration (mandat 2024-2027).

Une dernière phase a consisté à peaufiner et adopter l'avant programme des JNKS Nantes 2024



PARLER ...



**nécessite
d'écouter et d'entendre**

PARTICIPATION AU SEMINAIRE DU CONSEIL NATIONAL DU CNOMK

mardi 19 mars 2024

Le mardi 19 mars à l'invitation de sa Présidente, Pascale Mathieu, une délégation de notre association professionnelle, composée du Président, Pierre Henri Haller, de Marie Blandin et Léa Gueret, kinésithérapeutes, membres du conseil d'administration, ont participé au "séminaire de travail pour évoquer les pistes d'évolution de la kinésithérapie pour les années à venir".



Sur les réseaux sociaux le CNOMK a notifié :



" Les élus du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et les représentants de la profession, soit une soixantaine de personnes, sont réunis aujourd'hui pour un séminaire de travail pour évoquer les pistes d'évolution de la kinésithérapie pour les années à venir.

Sont présents les syndicats représentatifs de libéraux, salariés et étudiants SNMKR, le syndicat de kinésithérapeutes Alizé, la FNEK (Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie), SNIFMK (Syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie), universitaires, associations Collège National de la Kinésithérapie Salariée CNKS, UNAKAM (Union Nationale des masseurs-kinésithérapeutes Aveugles et Malvoyants), OMT-France, SFP (Société Française de Physiothérapie), SFKV".

"Merci au Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes pour l'invitation à échanger ensemble sur la kinésithérapie et penser ensemble les évolutions de notre profession et de ses métiers libéral et salarié.

Merci pour la qualité des échanges et de l'écoute mutuelle autour des enjeux de l'universitarisation - tutorat mentorat partenariat / accueil accompagnement acculturation - de la formation continue et la certification, de l'exercice professionnel et de la diversité de carrière et d'accès aux soins - pratique avancée, enseignant et clinicien chercheur...

L'attractivité et la fidélisation pour l'exercice et l'utilité sociale et médico économique sont à penser et à décliner, ensemble " a déclaré notre délégation le soir même de cette réunion.



Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

L'autre voie
de participation *

- est une organisation professionnelle associative de type Loi 1901 ;
ni syndicale, ni ordinale, ni politique, comme d'autres associations spécifiques de la profession
- a pour objet : défense et promotion de l'exercice salarié
organisation - conditions de travail des MKs et CDS MKs salariés d'établissements de santé
- a pour vocation de représenter les adhérents qui en partagent l'objet
 - échanges avec toute autre organisation professionnelle ou interprofessionnelle de santé, les tutelles régionales ou nationales, les représentations politiques nationales ;
 - formulations en ces mêmes lieux, d'avis et de propositions d'évolution des activités, pratiques professionnelles, des réglementations et statuts

L'association est missionnée par ses adhérents
sur la base des orientations d'assemblées générales
pour défendre et promouvoir l'exercice salarié en général.

- réflexions, actions, et communication pour y contribuer sont :
 - préparées et exécutées par le bureau national (mensuel)
 - étayées par des enquêtes et les réflexions des groupes de travail
 - soumises pour approbation au conseil d'administration (trimestriel).

Le CNKS informe ses adhérents,
et plus largement les kinésithérapeutes salariés,
via KINESCOPE, son site web, et ses réseaux sociaux
des soirées thématiques de la kinésithérapie salariée (STKS).

Les **JNKS**, [Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée]

« séminaire annuel » itinérant, offrent depuis plus de 25 ans
aux Kinésithérapeutes & CDS Kinésithérapeutes salariés, adhérents ou non,
un temps spécifique de formation, d'actualités, de rencontres et d'échanges.

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Une publication du Collège National de la Kinésithérapie Salariée

L'autre voix
d'information

www.cnks.org



contact.cnks@gmail.com

(*) **Participer : c'est prendre part et faire partie ! ... nous rejoindre ? s'abonner ? adhérer ?**

*Une autre voie de participation...
une autre voix d'information*

- **Depuis 1996**
organisation professionnelle
associative loi 1901
- **Au quotidien**
défendre et promouvoir
l'exercice salarié
- **A chaque occasion**
représenter les MKs & CDS MKs qui adhèrent
- **Des réflexions**
groupes de travail, soirée thématiques
- **Des actions**
formations / information " JNKS "
pétitions, rencontres des tutelles...
- **De la communication**
site web, réseaux sociaux
revue numérique bimestrielle

Kinéscope
La revue de l'Équipe de la CNKS
Une publication de l'Ordre National de la Kinésithérapie Française

**Participer : c'est prendre part et faire partie ! ...
nous rejoindre ? adhérer ?**



@ CNKS



@ CNKS.org



@ CNKS

**Association
des Kinésithérapeutes
et Cadres Kinésithérapeutes**

***Vecteur d'idées
& lien des kinésithérapeutes salariés***

**Association
des Kinésithérapeutes
et Cadres Kinésithérapeutes**

Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

contact@cnks.org - www.cnks.org

contact@cnks.org

www.cnks.org


@ CNKS_org


@ CNKS


@ CNKS

MERCI

à nos partenaires
KINESCOPE 2024

(cf. pages ci-après)

et **JNKS NANTES 2024**
(cf pages dans l'avant-programme
dans KINESCOPE n°30 supplément)

MOVEMENT FOR LIFE

*Le 1er système embarqué combinant un outil
d'évaluation
et
de réhabilitation à la marche !*

1. Diagnostic et classification

2. Pilotage de l'entraînement

3. suivi et accompagnement



Améliorer la marche



l'amplitude du mouvement



Faciliter la rééducation



Marquage CE med



Non invasif et
sans médicament

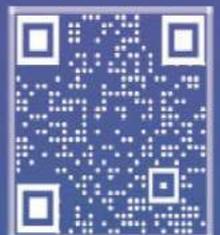
Renseignements ou informations ?

Demande de démonstration contactez-nous:

contact@kurage.fr

NeuroSkin®

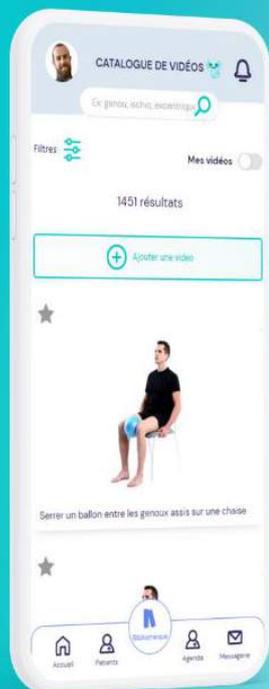
La première neuroprothèse pilotée par IA au
service de la rééducation à la marche



www.kurage.fr



L'assistant numérique du kiné



+ 1000 vidéos
d'exercices sur un large
spectre de pathologie



Poursuite du suivi
patient avec monitoring
et suivi d'activité



Auto- rééducation
pour autonomiser
le patient



Découvrez notre livre blanc pour améliorer l'observance patient

Toutes nos stratégies et outils pour booster
l'observance aux traitements de rééducation !

Télécharger
gratuitement





THERA-Trainer France est une entreprise qui propose des solutions innovantes pour la rééducation de la marche, la mobilisation et la mobilisation précoce. Nous améliorons la qualité de vie des patients en leur offrant des technologies avancées, pour une récupération plus rapide et plus efficace. Avec une équipe dévouée et une gamme de produits de qualité, nous sommes fiers de jouer un rôle actif dans le domaine de la mobilisation. Nous proposons des dispositifs et solutions pour toutes les phases de la rééducation et partageons avec vous les dernières découvertes scientifiques dans le quotidien thérapeutique.

THERA
TRAINER
LIFE IN MOTION
tél : 03 91 89 73 06
mail : secretariat@thera-trainer.fr

Nouveau ! THERA-Trainer senso

Le **THERA-Trainer senso** améliore l'activité cognitivo-motrice : Performances cognitives (concentration, attention, actions orientées vers un but et coordination, par exemple). Compétences motrices (force, endurance, équilibre, contrôle postural, temps de réaction et vitesse de marche, par exemple)



THERA-Trainer coro



THERA-Trainer balo



THERA-Trainer verto

Appareils modulaires de verticalisation

Verticalisation précoce et entraînement de l'équilibre dynamique et sécurisé. Avec un maximum de liberté et un minimum de risques. Cela crée les conditions nécessaires de l'indépendance, de la participation active et de la qualité de vie.

La gamme Standing & Balancing comprend : le THERA-Trainer balo, le THERA-Trainer coro et le THERA-Trainer verto

Logiciels thérapeutiques

THERA-soft est un logiciel de thérapie et de documentation spécialement conçu pour les dispositifs THERA-Trainer de la gamme Cycling et Standing. En fonction du contexte de traitement et de l'objectif thérapeutique, l'association du logiciel THERA-soft et d'un dispositif THERA-Trainer offre une variété de tâches d'exercices et un affichage du biofeedback qui favorise la rééducation des facultés motrices et motive les patients à faire l'exercice avec plaisir. La base de données patients intégrée permet de conserver les séances de patients.



Robot effecteur à la marche

THERA-Trainer lyra est un robot de rééducation de la marche à effecteur pour le mouvement des membres inférieurs.

Ce dispositif est destiné à la rééducation de la marche avec délestage de poids chez les patients à mobilité réduite. La réduction de la mobilité du patient peut être le résultat d'atteintes cérébrales, spinales ou neurologiques. Un dispositif indispensable pour la plasticité neuronale.

Entraîneurs thérapeutiques motorisés

Ils permettent d'effectuer une activité physique dans toutes les conditions et en parfaite sécurité, ils sont particulièrement adaptés aux personnes à mobilité réduite et tout spécialement aux fauteuils roulants. Avec les entraîneurs, vous avez la possibilité de faire des mouvements motorisés (passifs), assistifs ou actifs (avec votre propre force musculaire) avec un seul appareil.

La gamme Cycling comprend : le THERA-Trainer tigo, le THERA-Trainer mobi et le THERA-Trainer bemo.



THERA-Trainer tigo



THERA-Trainer mobi



THERA-Trainer bemo

Améliorer votre pratique avec des données objectives et précises



Bouger

Un bilan biomécanique, c'est mesurer divers paramètres (orientations, forces, vitesses, taux de charge...)



Analyser

Des capteurs enregistrent les mouvements les plus complexes

Ils fournissent une analyse immédiate 3D en temps réel sur le terrain

Des bandes Velcro garantissent le placement correct des capteurs tout au long de l'exercice.



Apprendre

Un feed-back personnalisé, en temps réel & accessible à distance

Des mesures objectives, précises, permettent de suivre l'évolution de l'état du patient, partageables avec les autres professionnels de santé



Une formule d'abonnement mensuel à 70€/mois patients et bilans illimités

Francis Laffet : 06.84.80.28.94
contact@mysmartmove.fr
mysmartmove.fr

DÉCOUVREZ NOS EXOSQUELETTES

LOKOMAT

Exosquelette des membres inférieurs électro mécanisé qui permet une thérapie locomotrice efficace et motivante pour les patients atteints de déficits de la marche suite à différentes lésions.



EKSO NR

Exosquelette autoportant autonome d'assistance à la marche. Adapté pour les personnes souffrant de déficit locomoteur majeur des membres inférieurs. Il est à la fois une aide technique à la mobilité et un outil de rééducation à la marche.



KEEOGO

Orthèse motorisée intelligente qui fournit une assistance complémentaire aux articulations du genou pour aider les personnes à compléter les mouvements qu'elles amorcent.



POURQUOI CHOISIR NOS EXOSQUELETTES ?

Innovation médicale

Des technologies de pointe et des produits scientifiquement validés

Personnalisation

Des exosquelettes qui répondent aux différents besoins des patients

Installation et formation

Des équipes disponibles pour l'installation, la mise en service et la formation sur ces dispositifs

La **réalité virtuelle** au service de la rééducation



Gain de motivation
thérapeutique



Lutte contre la
kinésiophobie

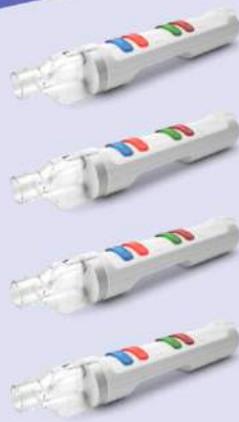


Installation rapide
et dispositif portable



Réservez une démonstration

www.hability.fr | contact@hability.fr | 09 82 30 10 82



Créez vos ateliers de **rééducation respiratoire** avec LORIO Espace, la première solution **interactive** et **ludique** capable de connecter jusqu'à 4 patients en simultanée.



Dispositif Médical certifié CE de classe I - Règlement MDR 2017/745

Pour plus d'informations
<https://www.haplyzmedical.com/>



DES ENTRAÎNEMENTS

Entraînez vos patients aux techniques de rééducation respiratoire comme par exemple la pause inspiratoire ou encore descendre dans les volumes de réserve. Grâce aux biofeedbacks, vos patients sont guidés tout au long de leur exercice.

DES JEUX VIDÉOS

Grâce à l'approche par le jeu vidéo, la rééducation respiratoire devient une distraction et non plus une contrainte. Nos jeux alternent des séquences de techniques respiratoires et des actions classiques de l'univers du jeu vidéo.



DES RÉSULTATS

Suivez la progression de vos patients sur les techniques apprises à travers le tableau de bord individuel.

Une fois le patient de retour à domicile, vous pouvez continuer à suivre ses résultats à distance si celui-ci s'équipe de LORIO Pack Starter (en vente directement sur notre site Internet).

